



WAVESTONE

**Rapport d'évaluation du Projet
Régional de Santé (PRS) 2012-2016
Nord-Pas-de-Calais**

Octobre 2016



Table des matières

Partie 1 : Objectifs et méthode	1
1 Le cadre de l'évaluation : contexte et objectifs	2
1.1 Le Projet régional de santé du Nord-Pas-de-Calais	2
1.2 Objectifs de l'évaluation	3
2 La méthode retenue pour l'évaluation finale du PRS	4
2.1 L'évaluation du PRS s'est structurée autour de 4 axes d'analyse	4
2.2 L'évaluation a été menée selon une logique d'approfondissement progressif	4
2.3 Les questions évaluatives	6
2.4 Les modalités d'investigation	6
2.5 Le pilotage de la démarche d'évaluation	7
2.6 Limites de l'évaluation	8
Partie 2 : Résultats de l'évaluation	9
3 AXE1 : Méthode	10
3.1 La méthodologie d'élaboration du PRS : pertinence, partage et niveau de qualité du livrable	11
3.2 La méthodologie de mise en œuvre du PRS : lisibilité et appropriation par les acteurs	14
3.3 La méthodologie de suivi du PRS : opérationnalité et pertinence	15
3.4 Les moyens mobilisés par le PRS	16
4 AXE 2 : La concertation et la démocratie sanitaire	20
4.1 Un PRS intégré dans une démarche de démocratie sanitaire	21
4.2 L'association des partenaires institutionnels	24
5 AXE3 : La cohérence externe : synergie et complémentarité entre les politiques publiques	27
5.1 Des champs d'intervention communs, fruits d'une volonté des acteurs	28
5.2 Des dispositifs et actions mis en œuvre conjointement	29
5.3 Une cohérence externe qui reste à renforcer sur différents champs	30
6 AXE 4 : L'efficacité du PRS : effectivité et apports du PRS	33
6.1 Axe 4 : effectivité du PRS	33
6.1.1 Agir de façon concertée sur les déterminants de santé	33
6.1.2 Un accès garanti au système de santé	45
6.1.3 Mettre en œuvre une dynamique de parcours	63
6.1.4 Promouvoir un système de santé efficient	83
6.1.1 Organiser la veille et l'alerte et préparer la réponse aux urgences sanitaires	94
6.1.2 Garantir la qualité des soins	97
6.1.3 Territorialiser l'action pour répondre aux besoins des populations	98
6.2 Axe 4 : apports du PRS (focus sur 4 dispositifs)	104
6.2.1 Focus : apports du dispositif télé-AVC	106
6.2.2 Focus : apports du dispositif de Coordination Territorial d'Appui (CTA) déployé dans le Valenciennois-Quercitain (expérimentation PAERPA)	109

6.2.3	Focus : apports des mesures d'appui à l'installation des professionnels de santé libéraux	115
6.2.4	Focus : apports des travaux menés sur les parcours d'inclusion scolaire en partenariat avec l'Education Nationale	119
7	Conclusion et recommandations	124
7.1	Conclusion générale	124
7.1	Recommandations portant sur la méthode d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PRS126	
7.2	Recommandations pour une évaluation de l'efficacité du PRS améliorée	128
8	Annexes	139

Partie 1 : Objectifs et méthode

1 Le cadre de l'évaluation : contexte et objectifs

1.1 Le Projet régional de santé du Nord-Pas-de-Calais

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

Le PRS de la région Nord-Pas-de-Calais a été adopté le 12 janvier 2012 et mis en œuvre sur la période 2012 à 2016

La politique régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais a été conduite avec deux ambitions fortes :

- › **L'égalité d'accès à la santé**, impliquant d'engager un effort de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé fortement marquées dans la région, avec pour objectif une réduction de l'écart entre les indicateurs sanitaires de la région et les indicateurs nationaux.
- › **L'efficacité du système de soins**, impliquant de renforcer l'efficacité médico-économique du système de santé régional avec pour objectif une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Leur réalisation implique d'importants efforts nécessitant de cibler les interventions et les investissements. Pour cela, le **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** a eu vocation à impulser des orientations afin de combler le retard du Nord-Pas-de-Calais en santé et améliorer l'efficacité globale du système de santé régional, explicitées par **quatre leviers** :

- **Promouvoir la connaissance en santé**, en diffusant la connaissance des risques, des facteurs de risque et des pathologies auprès des usagers,
- **Agir de manière concertée sur les déterminants de santé**, à travers une coordination plus étroite entre les partenaires des domaines sanitaires, médico-sociaux, institutions, associations,...
- **Favoriser un recours plus précoce aux soins**, avec pour objectif d'améliorer les indicateurs de santé de la région et réduire les coûts d'un recours aux soins trop tardif,
- **Organiser au mieux la prise en charge dans le cadre d'un parcours coordonné**, pour permettre à chaque usager de bénéficier du parcours dont il a besoin.

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

L'ensemble des orientations déclinées au sein des schémas et programmes du Plan Régional de Santé s'inscrivent dans la logique de ces 4 leviers d'action. Les orientations et actions se sont également fondées sur deux **principes méthodologiques** clefs repris par le PSRS :

- › L'analyse détaillée des inégalités sociales et territoriales de santé
- › La territorialisation de la politique par **la définition de 4 territoires et 15 zones de proximité**, en appui à une déclinaison adaptée des orientations du plan et de l'offre de santé préventive, sanitaire et médico-sociale et conduite en concertation avec les acteurs.

1.2 Objectifs de l'évaluation

A l'issue de la période de mise en œuvre du PRS au niveau régional, l'heure est venue de tirer les premiers enseignements de cette expérience et d'évaluer de manière précise le dispositif mis en œuvre. Le mécanisme d'évaluation s'inscrit désormais dans toute démarche de gouvernance accompagnant la mise en œuvre d'une politique publique, dans le cadre de la recherche d'une action publique plus performante, plus transparente et plus convaincante. Outre ce caractère normatif de l'Evaluation des Politiques Publiques (EPP), il s'agit aussi pour l'Agence de préparer l'avenir et notamment le futur PRS de deuxième génération, dans un contexte de fusion des deux ex-régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

L'ARS Hauts-de-France a ainsi confié à Gaveston la réalisation de l'évaluation finale de son PRS avec les objectifs suivants :

- › **Porter une appréciation** sur le PRS Nord-Pas-de-Calais en tant que politique publique, vecteur d'amélioration du système de santé régional ;
- › **Mesurer** les résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;
- › **Tirer les enseignements** relatifs à sa gouvernance pour l'ensemble des acteurs (instances, professionnels de santé, institutions financeurs, structures associatives, bénéficiaires) en analysant notamment sa cohérence externe avec les politiques publiques régionales ;
- › **Présenter des recommandations** en appui à la construction du prochain PRS.

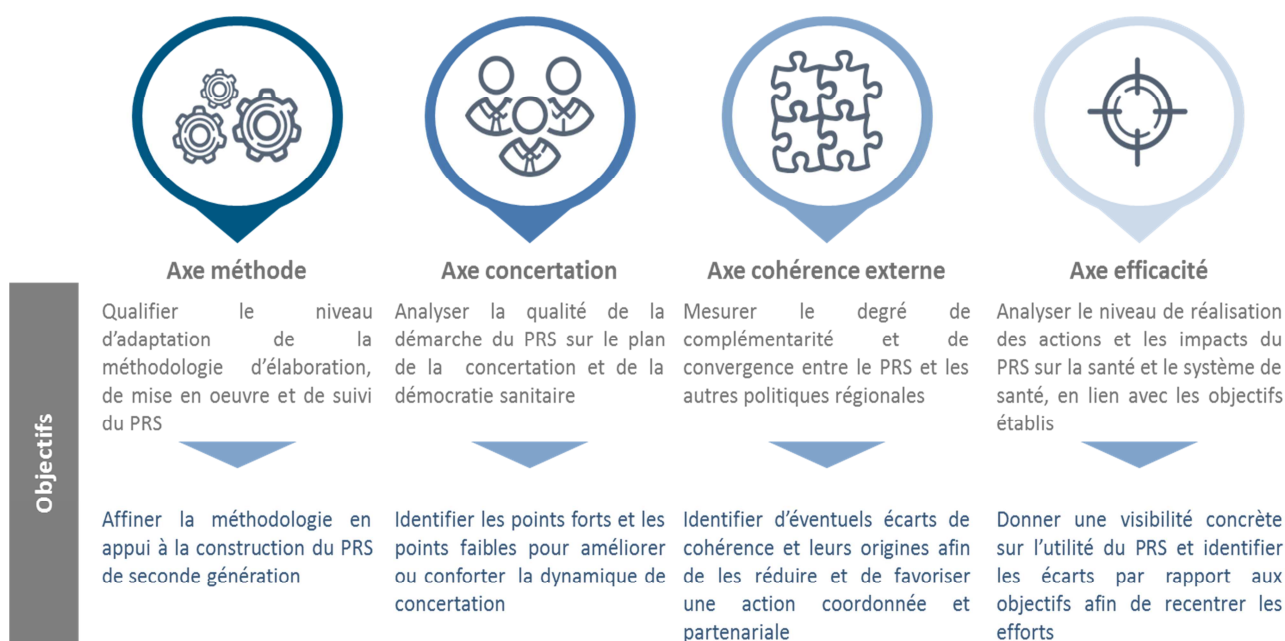
Les principes méthodologiques retenus s'appliquent à répondre à ces objectifs par le déploiement de différentes modalités d'investigation.

2 La méthode retenue pour l'évaluation finale du PRS

2.1 L'évaluation du PRS s'est structurée autour de 4 axes d'analyse

Le PRS est évalué au regard de la méthodologie d'élaboration, de la mise en œuvre de suivi déployée, de sa cohérence externe vis-à-vis de politiques ou dispositifs d'action publique connexes porteurs d'une dimension santé (éducation, champ du médico-social, justice, cohésion sociale,...), de la dynamique de concertation générée, et de l'efficacité des mesures programmées (effectivité des actions mises en œuvre et leurs impacts).

L'évaluation est donc structurée autour de quatre axes qui poursuivent chacun des objectifs spécifiques :

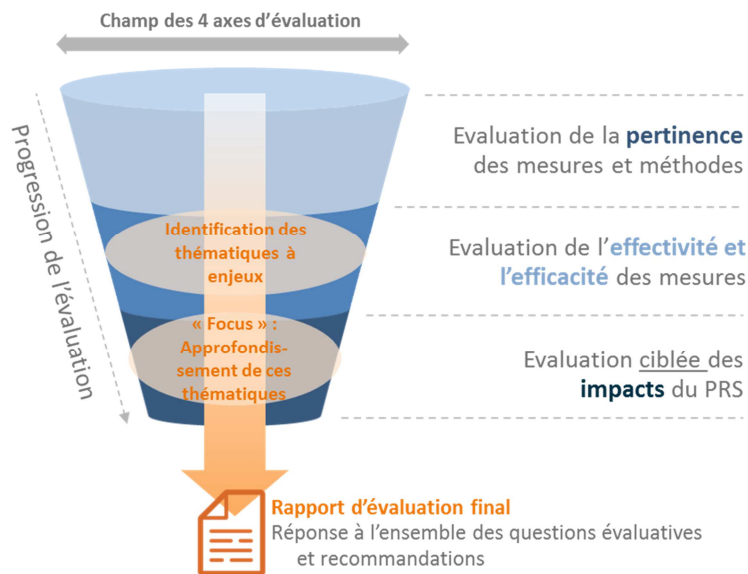


L'évaluation réalisée est porteuse à la fois **d'une vision rétrospective sur les réalisations de la période d'application du PRS**, et **d'une vision prospective pour l'élaboration du nouveau Projet Régional de Santé**.

2.2 L'évaluation a été menée selon une logique d'approfondissement progressif

L'évaluation de l'axe efficacité est construite dans une logique d'approfondissement progressif de l'évaluation :

- › **Dans une première phase, les travaux ont consisté à évaluer le champ effectivement mis en œuvre** (dispositifs et actions mesurables mises en œuvre, résultats obtenus) et sa pertinence au regard des objectifs fixés. Les causes expliquant l'absence de mise en œuvre de certains objectifs et/ou de l'absence de résultats ont également été relevées.
- › **Dans une deuxième phase, l'analyse a porté sur l'évaluation des impacts ou effets** sur une sélection de thématiques ou dispositifs mis en œuvre. L'objectif a été de favoriser une évaluation des impacts du PRS sur un périmètre de mesures ou actions mesurables restreint et ayant effectivement apporté des résultats au cours de la période de mise en œuvre.



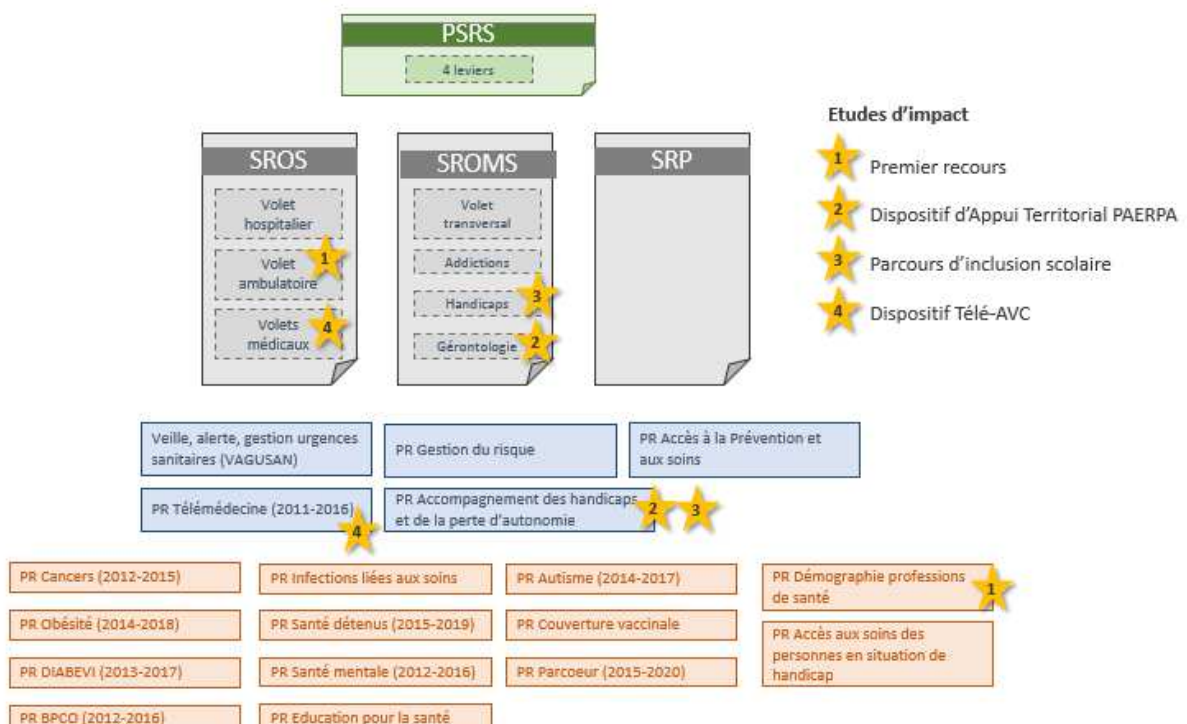
Les thématiques ont été sélectionnées à partir d'une liste de critères définis par le groupe projet :

- › **Intérêt stratégique/politique et pertinence de la thématique** : lien avec une orientation nationale, priorité de santé régionale, thématique de nature transversale, thématique constituant un enjeu clé pour le prochain PRS, thématique constituant une "promotion" de l'action publique régionale.
- › **Faisabilité de l'évaluation**: effectivité des mesures et dispositifs entrepris, date de mise en place du/des dispositifs (une mise en œuvre trop récente ne permettant pas une évaluation d'impacts), disponibilité d'indicateurs de mesure d'impact pour cette thématique.
- › **Contexte** : existence d'évaluations en cours ou prévues par d'autres institutions

Quatre thématiques ont ainsi été retenues et ont fait l'objet d'approfondissements intégrés dans le présent rapport d'évaluation :

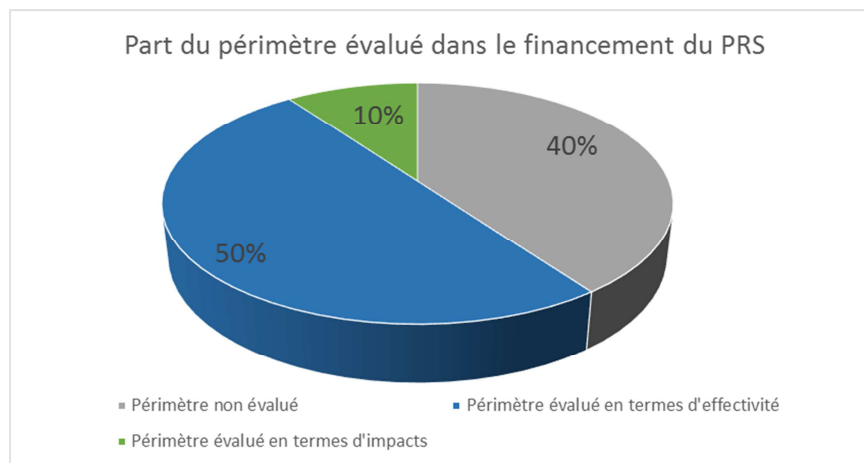
- › Le Dispositif d'Appui Territorial (DAT) mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation PAERPA,
- › Le dispositif Télé AVC,
- › Les mesures d'optimisation de l'offre de premier recours (appui et maintien à l'installation),
- › Les travaux menés sur les parcours d'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap.

Représentation des volets du PRS représentés dans le périmètre des focus réalisés :



2.3 Les questions évaluatives

L'évaluation a sur un élaboré sur la cahier des charges sous-direction du validé avant le des investigations. référentiel est annexe de ce document.



été fondée référentiel, base d'un établi par la PRS et démarrage Ce repris en

Le cahier des charges décline les quatre axes d'évaluation du PRS à travers des questions évaluatives générales, auxquelles tente de répondre cette évaluation :

Axe méthode :

- › Le calendrier d'élaboration du PRS dans ses différentes composantes a-t-il été pertinent ?
- › Les méthodes d'élaboration étaient-elles appropriées ?
- › Quel est le niveau de qualité du livrable ?

Axe concertation :

- › La démocratie sanitaire, aux niveaux régional et territorial, s'est-elle mise en place et a-t-elle fonctionné lors des différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre du PRS ?
- › La concertation avec les partenaires institutionnels a-t-elle fonctionné ?

Axe cohérence externe :

- › 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 (politique de la ville, éducation, santé au travail, santé environnementale, ...) ?

Axe efficacité :

- › La politique de prévention menée dans le cadre du PRS a-t-elle contribué à agir sur les déterminants de santé ?
- › Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations ?
- › Le PRS a-t-il pris en compte les spécificités territoriales ?
- › Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires ?
- › La qualité du système de santé (établissements sanitaires et médico-sociaux) a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée ?
- › Le PRS a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de sécurité sanitaire adapté et performant ?
- › Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficacité du système de santé ?

2.4 Les modalités d'investigation

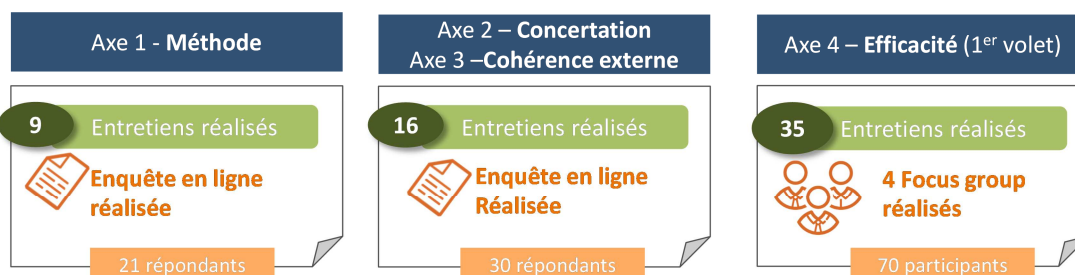
Afin d'accompagner l'analyse documentaire et la collecte des données, différentes modalités d'investigation ont été mises en œuvre permettant d'associer les partenaires et acteurs concernés par les thématiques évaluées.

Ainsi, le bilan évaluatif présenté repose, en complément de l'étude documentaire, sur la réalisation d'entretiens et d'une enquête en ligne :

- › **Dix entretiens de cadrage** ont été réalisés avec les membres de l'équipe projet
- › Des **entretiens individuels ou collectifs** ont été menés :
 - **auprès des professionnels des Directions Métiers de l'ARS** référents sur le périmètre évalué,
 - **auprès de représentants d'institutions partenaires de l'ARS** : Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseils Départementaux du Nord et du Pas-de-Calais, DRJSCS, DREAL, Rectorat de l'Académie de Lille, Préfecture Nord, DIRRECTE, les différentes fédérations (FHF, FHP, FEHAP)
 - **auprès de représentants des instances de la démocratie sanitaire**
- › La **collecte de données** d'effectivité des dispositifs et mesures mis en œuvre a été réalisée auprès des professionnels référents en interne à l'ARS.
- › Une **enquête en ligne** a été diffusée à l'attention de rédacteurs-contributeurs du PRS et des instances de la démocratie sanitaire, ayant pour objectifs d'évaluer d'une part la méthodologie d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre du PRS et d'autre part la dynamique de concertation dans les différentes étapes de concertation, d'élaboration et de suivi du PRS.

Pour les études d'impact relevant du second volet de l'axe 4 « efficacité », des **focus group** sur les thématiques spécifiques à approfondir ont été organisées avec la participation d'acteurs de terrain directement concernés par la thématique évaluée.

Répartition des modalités d'investigation sur les quatre axes d'évaluation :



2.5 Le pilotage de la démarche d'évaluation

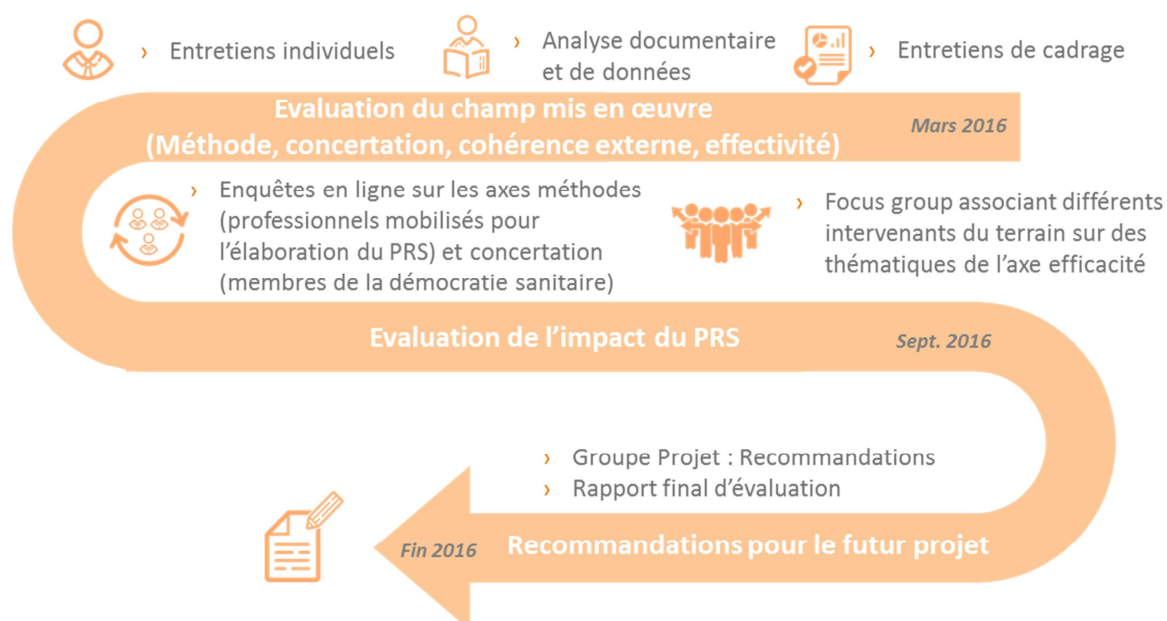
Afin d'assurer le suivi de l'évaluation, **un groupe projet** rassemblant des représentants des différentes Directions Métiers de l'ARS **a été constitué et piloté par la sous-direction en charge du PRS de la Direction de la Stratégie et des Territoires(DST)**¹. Ce groupe projet s'est réuni à une fréquence mensuelle sur la période de mars à octobre 2016 afin de réaliser un suivi technique de la démarche et des contenus de l'évaluation. Ses membres ont notamment établi le périmètre et le référentiel d'évaluation en lien avec l'équipe de Wavestone. Ils ont également été mobilisés autour de la formulation de recommandations à l'occasion d'un groupe de réflexion ciblé sur l'axe 4 « efficacité » mené en septembre 2016.

Le comité de pilotage, en charge de la validation des principaux jalons de la démarche et des résultats intermédiaires et finaux, a été constitué par le COMEX de l'ARS.

Enfin, un comité consultatif a été constitué par la commission permanente de la CRSA.

En synthèse, l'évaluation du Projet Régional de Santé s'est déroulée selon les phases et les modalités suivantes :

¹ La constitution du groupe projet est disponible en annexe du présent document



2.6 Limites de l'évaluation

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

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

Enfin, le niveau de disponibilité de données consolidées pour évaluer l'efficacité et les effets a pu constituer une limite d'évaluation sur certaines thématiques.

Partie 2 : Résultats de l'évaluation

3 AXE1 : Méthode

Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu d'entretiens réalisés avec des représentants des différentes directions et avec référents thématiques internes à l'ARS, ainsi que sur les retours de l'enquête en ligne obtenues auprès de 21 répondants sur le volet méthodologie.

Les répondants à l'enquête ont le plus souvent engagé une contribution sur plusieurs volets du PRS, sur des périmètres d'intervention variés. Il est à noter qu'une part importante d'entre eux a contribué au PRS sur des programmes (pour 29%) et sur le SROMS (24%). Les contributeurs du SROS (corps et volets) et du SRP sont légèrement moins représentés. Le profil des répondants indique, par ailleurs, qu'ils ont pour une majorité contribué à la rédaction des orientations et objectifs du PRS, à sa mise en œuvre et à son suivi. Les contributeurs à la réalisation des diagnostics des plans sont légèrement moins représentés².

Ce qu'il faut retenir

Principales questions évaluatives :

Les méthodes d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PRS étaient-elles appropriées?

Quel est le niveau de qualité du livrable?

Elaboration du PRS

- › Un PRS élaboré en concertation avec les partenaires
- › Une gouvernance en interne du PRS qui a peu fonctionné, mais des modalités de pilotage des travaux plutôt bien perçues par les rédacteurs et les contributeurs
- › Peu de consignes méthodologiques et une diversité de méthodes d'élaboration déployées
- › Des conditions d'élaboration ayant donné lieu à **un « livrable final » de qualité sur le fonds**, mais globalement **difficile d'appropriation** (cohérence entre les volets, architectures, vocabulaire, multiplicité des objectifs et actions).

Mise en œuvre du PRS

- › Une programmation conçue d'abord de manière centralisée, dont la mise en œuvre a fait l'objet d'une déclinaison territoriale progressive
- › **Un niveau d'opérationnalité des actions à renforcer** dès leur programmation et dans leur mise en œuvre via l'animation des schémas et programmes

Suivi du PRS

- › **Une dynamique de suivi partagé des actions du PRS non véritablement instaurée**, nécessitant d'être structurée

² Pour plus de détail sur le profil des répondants, se référer à l'annexe 2

Les points forts relevés	Les principaux points d'attention
<ul style="list-style-type: none"> › Une dynamique d'association des acteurs et partenaires lors de l'élaboration en particulier › Une évolution de la méthode vers une approche plus transversale entre les secteurs (notamment via les programmes « parcours ») › Un livrable de qualité sur le fonds › Un pilotage de la mise en œuvre au niveau des territoires 	<ul style="list-style-type: none"> › Instaurer une « culture commune » sur la méthodologie d'élaboration du PRS › Mettre en place une gouvernance interne: instances de pilotage et de validation permettant une priorisation des sujets, une approche transversale et un suivi partagé de l'élaboration puis de la mise en œuvre › Opérer une déclinaison territoriale dès l'élaboration › Améliorer la lisibilité du PRS › Instaurer une véritable dynamique de suivi

3.1 La méthodologie d'élaboration du PRS : pertinence, partage et niveau de qualité du livrable

Une démarche d'élaboration du PRS concertée

L'élaboration du PRS s'est inscrite dans **une démarche concertée avec les parties prenantes**; par la constitution de groupes de travail thématiques pour la réalisation de diagnostics, l'identification des objectifs et la programmation des mesures à mettre en œuvre, de comités de pilotage associant les partenaires ainsi que par l'association des instances de la démocratie sanitaire.

La composition « cible » des groupes de travail et comités de pilotage pour l'élaboration a été définie par arrêté par l'Agence. Sur ce point de la méthode, une part des acteurs interrogés ont regretté des compositions laissant moins de place aux professionnels de terrain et plus orientés sur la représentation des différentes institutions, notamment en comparaison avec les comités territoriaux qui préexistaient au cours de la 1^{ère} génération des SROS.

Une gouvernance du PRS qui a partiellement fonctionné

Au niveau de l'Agence, **une coordination des travaux et une centralisation des documents rédigés par les groupes de travail ont été mises en place** (comité de coordination intégrant des représentants de chaque direction et animé par la direction de la stratégie, comité de relecture constitué par un conseil médical rattaché à la direction générale) **mais ont partiellement fonctionné**. Le comité de coordination interne s'est en effet peu réuni. Ces instances n'ont pas permis de partage régulier et global du niveau d'avancement, ni de réorientations et validations internes, avec pour conséquences mentionnées un manque de priorisation des sujets à traiter, des défauts de transversalité et une difficulté de maintien de la cohérence dans l'approche globale (une rédaction « en silos » par direction, l'existence de redondances au sein des différents volets du plan), déjà induits par les contraintes réglementaires (3 schémas sectoriels et programmes prioritaires). L'élaboration de programmes, en déclinaison thématique des schémas et sur toute la période du PRS, a eu pour partie vocation à réintroduire une transversalité entre les secteurs. Cependant, ils n'ont pas fait l'objet d'instances de validation interne partagées.

Ce défaut de gouvernance globale a pu compliquer le travail des rédacteurs-contributeurs. Néanmoins, pour une majorité de personnes interrogées **les modalités de pilotage et d'organisation projet de l'élaboration du PRS ont été perçues comme étant plutôt adaptées** (86% des répondants à l'enquête). Les nuances suivantes sont généralement relevées:

- › Un calendrier d'élaboration jugé contraint par rapport à l'importance des travaux à mener (contexte de récente création de l'ARS)

- › Des cas de « décalage » dans le temps de la rédaction pour certaines thématiques et programmes qui a pu nuire au maintien de la cohérence de la démarche d'ensemble (par exemple : un programme portant sur la démographie des professionnels de santé a été élaboré après la finalisation du SROS).

Les modalités de relecture mises en place ont globalement été jugées adaptées (par 71% des répondants). Cependant, le délai de retour ainsi que les modifications et harmonisations réalisées par le comité sans réelle concertation avec les rédacteurs (mentionné au sujet des volets médicaux du SROS en particulier) ont été citées comme des points à améliorer.

Il est à noter qu'un pilotage centralisé par direction (donc par schéma) a en revanche pu être mis en place au moment de l'élaboration du PRS.

Une approche territoriale progressive et « tardive »

Le PRS a d'abord été conçu dans une logique « centralisée », l'approche territoriale ayant davantage et progressivement été investie au cours de la mise en œuvre des plans (consistant en la déclinaison des mesures programmées dans les schémas sur les territoires). Des diagnostics par territoire ont néanmoins été abordés dès l'élaboration des schémas, avec un degré d'approfondissement jugé perfectible par la plupart des acteurs interrogés. Un manque d'association et d'échanges avec les zones de proximité est mentionné.

Une démarche de définition de 5 priorités de santé par territoire a été menée en 2013, dans le cadre des Projet de Santé Territoires (PST) avec l'association des services de planification des trois directions métiers. Néanmoins, le décalage dans le temps de cet exercice n'a pas permis une réelle appropriation par les équipes, et les quatre PST n'ont pas fait l'objet d'un suivi par la suite.

On note que 71% des répondants de l'enquête mentionnent une intégration partielle de la dimension territoriale dans l'approche.

Une diversité de méthodologies déployées

Le plan stratégique élaboré pour le PRS a produit 4 leviers fondés sur des concepts « vastes » et multidimensionnels. **Les leviers du PSRS n'ont pas fait l'objet d'une véritable appropriation par les rédacteurs** ; et se sont révélés mal adaptés pour l'identification de sujets prioritaires et une véritable structuration des schémas. Leur déclinaison en fonction des thématiques, territoires, secteurs a été complexe et les orientations issues de diagnostics plus ciblés ont généralement été rattachées aux leviers stratégiques à posteriori.

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

On note ainsi, par exemple, de fortes différences au niveau de la structure entre le SRP et les deux autres schémas du PRS (SROS et SROMS) qui marquent plutôt des ressemblances. Par ailleurs, les articulations entre les différents volets du PRS, pour des thématiques transversales et traitées par différents secteurs ou déclinées à partir du plan « socle » des schémas dans différents programmes ne sont pas nécessairement claires.

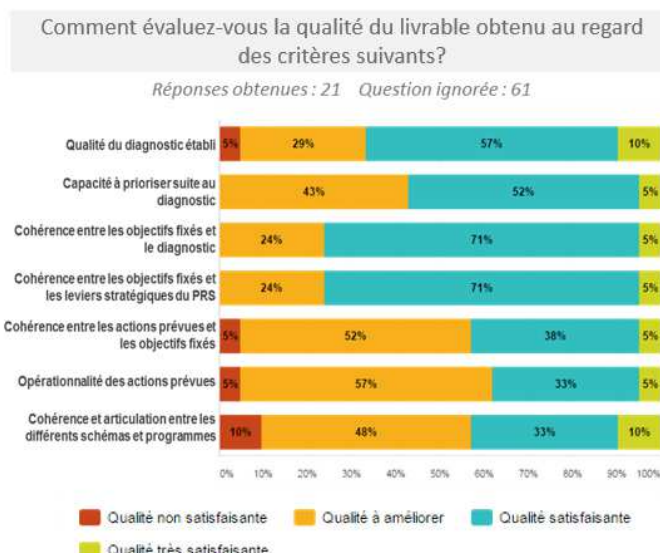
Une évolution de la méthode employée pour l'élaboration du PRS s'est opérée dans le temps; avec l'élaboration de programmes portés par des référents thématiques qui ont fait l'objet d'une réflexion transversale entre les directions métiers et d'une structuration intégrant une logique plus marquée de suivi des résultats et d'évaluation fondée sur des indicateurs.

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

Tableau synthétique des points forts et axes d'amélioration relevés aux retours de l'enquête :

Les Points forts relevés	Les principaux points d'attention
<ul style="list-style-type: none"> › La qualité du diagnostic établi › La cohérence entre objectifs fixés avec le diagnostic › La cohérence entre objectifs fixés et leviers stratégiques du PRS › Les répondants à l'enquête jugent que le diagnostic élaboré sur leur(s) périmètre(s) a permis de prioriser les actions (pour 71% des répondants) 	<ul style="list-style-type: none"> › L'opérationnalité des actions programmées › La cohérence des actions programmées avec les objectifs fixés › La cohérence et l'articulation entre les différents schémas et programmes

L'opérationnalité des actions perçues par le PRS et leur cohérence avec les objectifs fixés font l'objet d'un point d'amélioration relativement marqué, dépendant des thématiques : interrogés sur leur(s) propre(s) thématique(s) d'intervention, 38% des répondants estiment que les objectifs et actions prévues sont suffisamment opérationnels et 48% insuffisamment opérationnels.



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

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

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

Les enjeux pour la méthodologie du prochain PRS

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

Les rédacteurs-contributeurs interrogés ont de plus été invités à sélectionner des axes d'amélioration pertinents pour la méthodologie d'élaboration du prochain PRS et à restituer une ou deux bonnes pratiques à promouvoir. Les outils ou principes les plus plébiscités ont été les suivants :

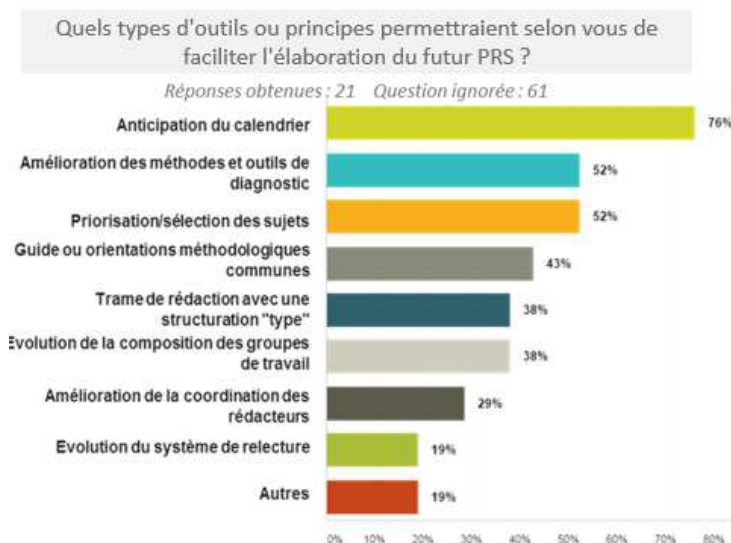
- › **Une plus forte anticipation du calendrier d'élaboration** (citée par 71% des répondants)
- › **Une amélioration des méthodes et outils de diagnostic** (52%)

Parmi les pratiques à promouvoir citées autour du diagnostic, on retrouve notamment la promotion de méthodes de diagnostic détaillé, de la démarche de définition des objectifs après réalisation du diagnostic, et la vérification de leur cohérence avec le champ réglementaire de compétences de l'ARS.

- › **Une priorisation/sélection des sujets plus poussée** (52%)
- › **La mise en place d'orientations ou principes méthodologiques communs** (43%)

Dans cette catégorie sont cités l'intérêt d'une harmonisation des méthodes d'élaboration utilisées par les référents et/ou d'un partage de pratiques, mais également de la mise en place d'une méthode de conduite de projet intégrant des indicateurs.

En seconde intention, la mise en place d'une structuration « type » pour la rédaction ainsi qu'une évolution de la composition des groupes de travail en faveur d'une plus grande association d'acteurs (sont cités en particulier les usagers et la prise en compte des territoires) ont été mentionnés.



Enfin, d'autres points d'amélioration ont plus ponctuellement été relevés concernant une réflexion sur les moyens alloués aux plans, en particulier :

- › l'intérêt d'une identification plus claire des moyens alloués à chaque objectif et action
- › le renforcement d'une visibilité sur l'évolution potentielle de l'ONDAM sur la période de mise en œuvre du plan

3.2 La méthodologie de mise en œuvre du PRS : lisibilité et appropriation par les acteurs

Des difficultés dans la déclinaison opérationnelle des actions

Les modalités de mise en œuvre du PRS ont été très variables, du fait des particularités de chaque secteur ou thématique (partenaires et acteurs différents). La mise en œuvre s'est caractérisée par la déclinaison territoriale et le pilotage territorial des actions, réalisée de manière progressive et de manière « verticale » (par direction, pour chacun des 3 schémas).

Une logique de cohérence a été plus particulièrement entretenue sur le champ du médico-social par une déclinaison du corps du SROMS en termes de programmation au sein du PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie), actualisé annuellement, et jusque dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) signés avec les établissements. Sur le SROS, la cohérence entre le corps du plan et les CPOM n'a pas toujours été maintenue, en dehors du cas des autorisations d'activités. Sur le Schéma Régional de Prévention enfin, l'outil de l'appel à projet majoritairement utilisé a été peu connecté au plan élaboré.

Un « mode projet » transversal a été partiellement instauré lors de la mise en œuvre au travers de comités de pilotage par exemple (exemple : sur le SROMS), mais il a plus particulièrement concerné les

thématiques pilotées par des référents transversaux majoritairement rattachés à la direction de la stratégie et des territoires.

Les répondants à l'enquête ont mentionné des difficultés de déclinaison opérationnelle des objectifs et actions du PRS (pour 66% d'entre eux). Ce constat peut être mis en lien avec le manque d'opérationnalité des objectifs et actions pointé au niveau de la méthode d'élaboration. Par ailleurs, la nécessité de travailler sur des actions réalistes financièrement et l'insuffisance des moyens alloués ont été pointées dans les commentaires portant sur les difficultés de mise en œuvre et les axes d'amélioration.

D'autres difficultés ressortent pour environ un tiers des répondants autour de la mobilisation des acteurs et de leur appropriation du programme, et de la coordination (interne à l'ARS comme externe, avec les partenaires).

Une appréciation variable du niveau d'appropriation par les acteurs

L'appréciation du niveau d'appropriation du PRS par les acteurs directement concernés par sa mise en œuvre fait l'objet de retours antagoniques dans l'enquête :

Globalement, une majorité de personnes interrogées estiment que le niveau d'appropriation du PRS (et de ses différentes composantes) par les acteurs directement concernés par sa mise en œuvre est plutôt satisfaisant (65%) sur leur périmètre d'intervention...

...mais l'appropriation du programme par les acteurs est mentionnée parmi les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des actions, sur un périmètre donné.

D'une manière générale, le niveau d'appropriation semble variable selon les volets du PRS concernés. Les volets médicaux du SROS ont par exemple pu constituer un document de référence pour les acteurs directement concernés par une spécialité, mais le « corps » du SROS lui-même ne constitue pas une feuille de route pour les acteurs. Il est à noter que les groupes de travail réunis pour l'élaboration du plan n'ont pas toujours été maintenus pour le suivi de la mise en œuvre, ce qui est cité comme un facteur de manque de lisibilité pour les acteurs de terrain associés.

Les enjeux pour la mise en œuvre des actions

Les personnes interrogées soulignent **un enjeu d'amélioration des principes d'animation des schémas et programmes** (pour 65% des répondants) en citant notamment des pratiques de déclinaison territoriale et d'appui de l'appropriation des orientations par le terrain. Il s'agit également de **développer la coordination entre les partenaires et les opérateurs, la mise en réseau des acteurs et des dynamiques de co-construction**.

3.3 La méthodologie de suivi du PRS : opérationnalité et pertinence

Un suivi du PRS partiellement mis en place et partagé

Les réponses des rédacteurs-contributeurs de l'enquête sont partagées concernant les modalités de suivi des actions du PRS : 45% ont jugé les modalités de suivi adaptées, 55% non adaptées ou inexistantes. Un tiers seulement des répondants indique avoir eu connaissance d'un suivi des objectifs et actions planifiées lors de la mise en œuvre via des indicateurs. Enfin, 35% des répondants affirment n'avoir pas reçu d'informations régulières concernant le suivi de la mise en œuvre du PRS et 30% affirment en avoir eu connaissance sur leur seul périmètre d'intervention.

Les caractéristiques du livrable et son important périmètre ont engendré **une difficulté pour définir une méthode de suivi globale du PRS**. La diversité des architectures a constitué un frein (indicateurs de suivi plus ou moins développés ou absents, organisation et niveaux de déclinaison des actions variables). Un outil de suivi centralisé et commun permettant une visibilité sur les actions du corps des 3 schémas a néanmoins été créé et actualisé au moment de l'évaluation intermédiaire (fin 2014). Cet outil a permis une synthèse des actions réalisées à mi-parcours mais n'a pas permis un suivi des réalisations dans la continuité et n'intègre pas les programmes déclinant les trois volets du PRS. Par ailleurs, l'outil de suivi n'est pas nécessairement connu de l'ensemble des acteurs-contributeurs interrogés.

D'autres éléments témoignent d'une dynamique de suivi encore insuffisante :

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

En conséquence, on observe la coexistence d'un outil centralisé sur une partie du périmètre de mise en œuvre, partiellement connu, avec **une diversité d'outils de suivi mis en place par thématique ou programme, ou au niveau individuel.**

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

Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation sont globalement demandeurs de **la mise en place d'instances de suivi régulières** (sélectionné par 75% des répondants) permettant la rencontre régulière entre opérateurs porteurs d'une même action et le point sur le niveau d'avancement et de financements engagés.

L'intérêt du **développement d'outils de suivi partagés** est également souligné (65% des répondants). Parmi les pratiques à promouvoir citées sur ce thème, on trouve l'idée de recueillir des témoignages et retours d'expérience d'acteurs, de renforcer la définition et l'usage d'indicateurs de suivi, de développer des outils conjointement avec les acteurs.

3.4 Les moyens mobilisés par le PRS

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) a été créé en 2012 à partir d'enveloppes de financement préexistantes, afin d'appuyer la mise en œuvre du PRS. Le FIR est révisé annuellement et intègre l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'Agence en qualité de budget annexe.

En 2013, l'organisation interne a été modifiée et une stratégie en cohérence avec le PRS a été mise en place. La direction de la stratégie a été en charge de la coordination du FIR et les gestionnaires des directions métiers et leurs équipes ont été maintenus et appelés « référents FIR ». Ils se sont réunis à un rythme mensuel au sein du comité de gestion du FIR (équivalent COMEX), remplacé à partir de 2015 par un comité technique de gestion du FIR. La gestion du FIR a ainsi mobilisé :

- 1 référent FIR pour la Santé publique (avec une équipe de 3 personnes)
- 1 Référent FIR pour les réseaux, les maisons de santé, la télémédecine, l'ETP et la PDSA.
- 1 référent FIR pour l'enveloppe hospitalière (avec une équipe de 3 personnes, non uniquement dédiée au FIR).
- 1 référent FIR pour l'enveloppe Médico-social (et son équipe principalement sur les autres enveloppes)

Depuis la mise en place du FIR, le changement principal est l'approche plus globale de « l'enveloppe ARS ». Chaque secteur échange et connaît les contraintes et les objectifs des autres. Le système s'est donc complexifié mais est plus cohérent par rapport à la réalité du PRS. La base du travail des gestionnaires des secteurs des ARS reste cependant le même avec des opportunités et des contraintes supplémentaires.

Un bilan de la contribution du PRS à la mise en œuvre du PRS est réalisé ci-après pour la période 2013 à 2015

3.4.1 Stratégie et contributions du FIR au PRS en 2013

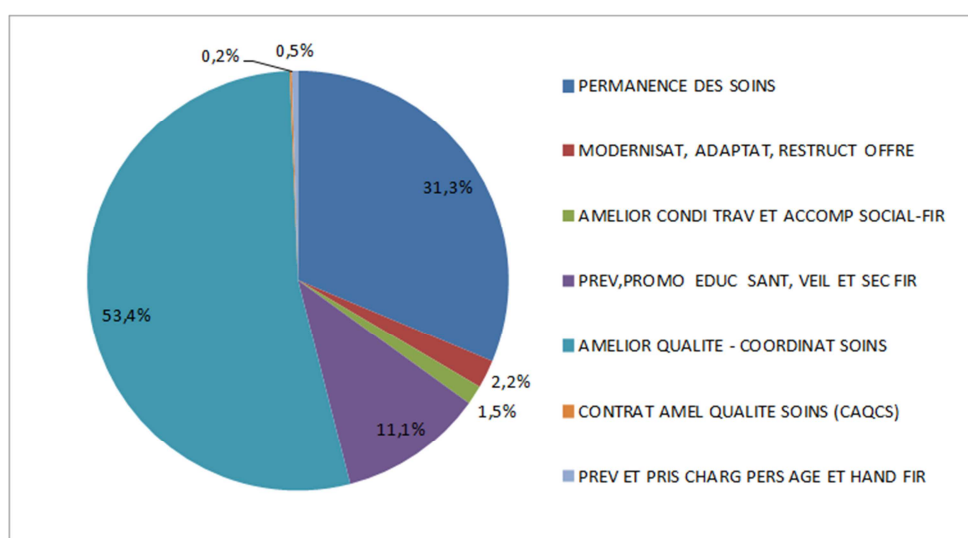
Les axes stratégiques du FIR en 2013 ont consisté à maintenir les priorités nationales et à poursuivre les dynamiques du PRS :

- › Poursuite de la dynamique des projets de prévention ciblés en cohérence avec les programmes
- › Développement des Contrats locaux de santé
- › Développement du 1er recours (Maisons de santé, Maisons médicales de gardes)
- › Poursuite de l'éducation thérapeutiques notamment en ambulatoire
- › Poursuite de la dynamique de modernisation des hôpitaux (PHARE...)
- › Développement de la télémédecine
- › Maintien de la prévention dans les Champs PA/PH
- › Développement des MAIA

Les opérations qui ont été réalisées grâce à un redéploiement sont les suivantes :

- › Les actions de prévention pour les personnes âgées et les personnes handicapée. (166 KE)
- › La réorientation des marges sur les crédits MAIA et GEM (527 KE)
- › Le transfert entre la PDSA et la PDSSES (510 KE)
- › Le développement des contrats locaux de santé (800 KE)

Les redéploiements concernent des priorités du PRS puisqu'il s'agit d'une part du développement de la prévention et des parcours en direction des personnes âgées et des personnes handicapées et d'action plus ciblés territorialement par le développement des CLS. On précise que 59% des actions de prévention des CLS sont à destination des populations précaires (PRAPS).



Graphique : répartition par mission des crédits notifiés en 2013 (hors provisions, hors fonds de roulement)

Les mesures d'économies (3,4M€) et de Gel (3,9M€) ont imposé en 2013 la mise en place d'économies. Les secteurs impactés ont été les suivants :

- › Les établissements de santé publics (AC)
- › La réorganisation des réseaux de santé (10% d'économie)
- › Les établissements privés (Arrêt des ex-POSU, enveloppe année pleine 1,3M€)

3.4.2 Stratégie et contribution du FIR au PRS en 2013

2014 a été l'année de la formalisation et du renforcement de l'organisation en place au niveau ordonnateur et de la conception et la mise en place d'un outil de gestion développé par l'ARS.

En premier, suite à l'importance prise par le pilotage du FIR avec notamment la réalisation de certaines tâches comptables (Clôtures, Bilans, contrôles) il a été nécessaire de renforcer le pilotage du FIR basé au sein de la direction de la stratégie.

En second, l'organisation transversale avec les "centres de gestion" au sein de chaque direction métier autour d'un référent FIR a aussi été confirmée. L'Audit de l'IGAS en 2014 avait noté que ce choix d'organisation transversal était positif pour le pilotage global du FIR.

Enfin, **l'ARS a élaboré un outil métier spécifique de gestion centralisée du FIR**, développé au sein de la direction de la stratégie et mis en place au cours de l'année 2014. **L'outil "SAFIR"** est unique en France et couvre l'ensemble des procédures nécessaires à la gestion du FIR. Cette stratégie a permis de mettre fin aux échecs successifs rencontrés dans la mise en place d'un outil de gestion du FIR au sein de l'ARS.

Un effort a été porté sur les actions de prévention en 2014 :

- D'une part, par une augmentation des crédits liés à l'intervention du fait d'une augmentation de l'enveloppe prévention associée à une baisse de la partie fonctionnement de cette enveloppe,
- D'autre part, par une augmentation de l'enveloppe ETP du fait du transfert de l'activité d'ETP réalisée au sein des réseaux de santé diabète suite à leur réorganisation.

La contrainte forte Gel du FIR qui a pesé sur l'enveloppe de l'offre de soins a n'a pas permis de fongibilité vers les crédits protégés de la prévention. Malgré, ces contraintes, **la stratégie pour le FIR 2014 a été d'appuyer la stratégie nationale de santé et poursuivre les priorités du PRS**. Les objectifs fixés en début d'exercice ont été globalement atteints. Ils sont répartis autour de trois axes :

› Développer les préventions :

- Mise en œuvre des axes de la stratégie nationale de santé (7,3 millions d'Euros)

Les cibles de la SNS	Cibles 2013	Cibles 2014
CANCER	2 559 898	2 661 000
SANTE ENFANTS et JEUNES	1 039 995	2 093 000
ADDICTIONS	1 133 778	1 162 000
SANTE MENTALE	143 281	906 000
BIEN VIEILLIR	224 727	725 365

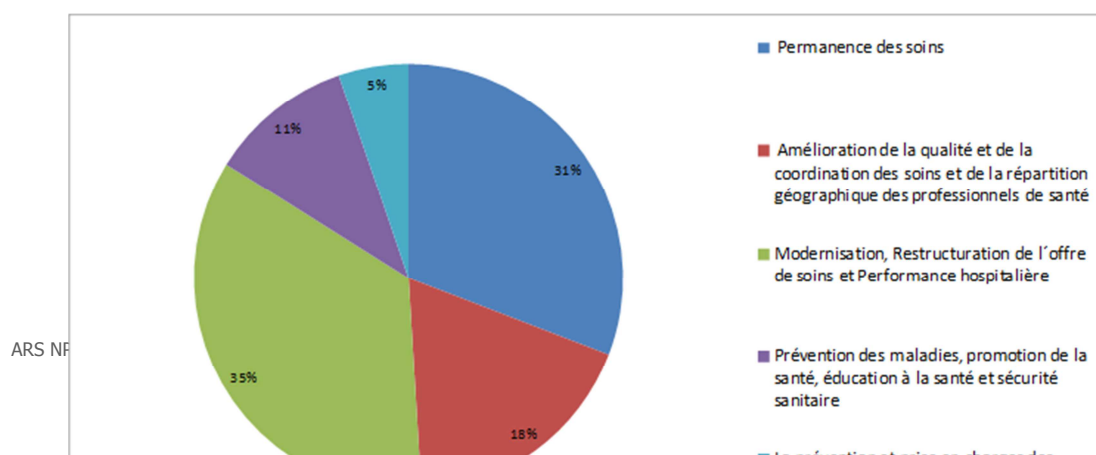
- Appui aux 17 contrats locaux de santé (1,2 million d'Euros)
- Développement de l'Education thérapeutique (15 000 Patients environ ; 5,6 millions d'Euros)

› Promouvoir la logique de parcours :

- Mise en œuvre du parcours PAERPA (1 million d'Euros)
- Développement de la télémédecine (la mise en place de l'observatoire des urgences et l'appui au déploiement du projet Télé-AVC)
- Installation de 2 nouvelles MAIA (16 au total; 3,7 millions d'Euros)

› Mettre en place le maillage territorial :

- Déploiement du pacte territoire de santé : 24 MSP, 9 PTMG
- Optimisation de la permanence des soins : Arrêt des grands effecteurs en nuit profonde, 1 MMG supplémentaire.
- Déploiement de 4 équipes mobiles de gériatrie supplémentaires pour un total de 22 dans la région (5 millions d'Euros)
- Mise en place de 2 nouveaux groupes d'entraides mutuelles (18 au total; 1,2 million d'Euros)



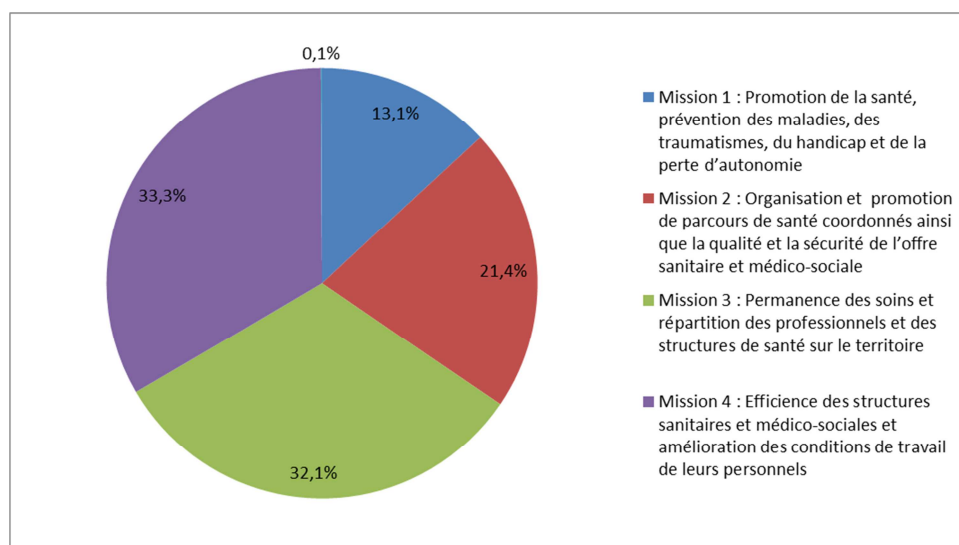
3.4.3 Stratégie et contributions du FIR au PRS en 2015

Les missions du FIR ont été réorganisées en 2015 pour mieux faire apparaître les parcours de santé et l'efficacité. Le périmètre a également évolué, excluant le plan maladie rare et les CAQSV.

L'enveloppe notifiée en 2015 a été de 184.4 millions d'Euros. L'évolution par rapport à 2014 à périmètre constant est de 0.5% alors que l'enveloppe totale du FIR augmente de 0,9% pour l'ensemble de la France. La répartition des crédits notifiés en 2015 (hors provisions, hors fonds de roulement) selon les 5 nouvelles missions est la suivante :

L'appui du FIR en 2015 a permis:

- › Renfort et développement de la stratégie territoriale de santé :
 - Un appui aux axes de prévention de la stratégie nationale de santé (7.7M€)
 - Un appui aux 17 contrats locaux de santé amplifié (1,5 M€)
 - Un appui au pacte territoire santé, par la mise en place de 14 contrats de territoire (médecins généralistes)
- › Poursuite de la logique de parcours:
 - Par l'éducation thérapeutique du patient, un élément clé du parcours (6,6 M€)
 - Par une augmentation du champ d'action du parcours PAERPA (1,4 M€)
 - Par le déploiement du projet Télé-AVC sur le territoire du littoral.
- › Mise en place du maillage territorial, avec l'accompagnement de 26 maisons de santé, de la permanence des soins (56 M€) et une dynamique volontariste de modernisation des Hôpitaux



Graphique : répartition par mission des crédits notifiés en 2015 (hors provisions, hors fonds de roulement)

3.4.4 Bilan des 4 premières années de mise en place du FIR

Le FIR s'est positionné comme un outil au service du PRS malgré les contraintes comptables et budgétaires.

On constate :

- › La mise en place d'un pilotage et d'une organisation transversale performante selon les critères Secrétariat Général du Ministère (Intégration dans le rapport au Parlement 2015) et de l'IGAS.

- › Des taux d'exécutions élevés (plus de 99%) chaque année comme mesure de la performance de la gestion du FIR.
- › Une influence constante pour participer à l'amélioration du système national dont la mise en place de la péréquation.

4AXE 2 : La concertation et la démocratie sanitaire

Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu des bilans d'activité des deux mandats de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) couvrant la période de juin 2010 à juin 2016, d'entretiens individuels et de l'analyse des retours de l'enquête en ligne (30 répondants sur le volet démocratie sanitaire). La majorité des répondants de l'enquête ont contribué aux instances de la démocratie sanitaire régionale sur la période 2014-2016 (91%).

On note parmi les répondants à l'enquête une forte représentation des représentants des usagers, constituant près d'un tiers des répondants³. Une grande majorité d'entre eux ont été impliqués sur la période 2014-juin 2016 (second mandat de la CRSA) : 91% des répondants. Les contributeurs aux instances sur la période initiale du PRS (2011 à 2014) sont peu représentés.

Le bilan sur l'association des partenaires institutionnels est issu d'entretiens individuels ou collectifs avec des représentants des institutions⁴.

Ce qu'il faut retenir

Principales questions évaluatives :

La démocratie sanitaire, aux niveaux régional et territorial, s'est-elle mise en place lors des différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre du PRS?

La concertation avec les partenaires institutionnels a-t-elle fonctionné?

Dynamique de démocratie sanitaire

- › **Une démocratie sanitaire active** durant la phase d'élaboration et de mise en œuvre du PRS, malgré une implication hétérogène entre les 4 collèges
 - Une mobilisation du collège des élus à renforcer
 - Une réelle mobilisation et une dynamique d'intégration des usagers, mais plutôt centrée sur les thématiques d'accompagnement (moins techniques)

Une prise en compte nuancée en fonction des catégories professionnelles, plus favorables aux professions médicales par rapport aux catégories paramédicales

- › **Un fonctionnement participatif jugé positif lors de la phase d'élaboration, et plus particulièrement en phase de consultation**
- › **Une communication de la mise en œuvre du Plan Régional de Santé à renforcer auprès des instances de la démocratie sanitaire**

³ Pour plus de détails sur le profil des répondants, se référer à l'annexe 2

⁴ Pour plus de détails sur les institutions interrogées, se référer à l'annexe 1

› **Un positionnement des conférences de territoires à réévaluer**, dans le cadre de la mise en place des futurs conseils territoriaux de santé

Association des partenaires institutionnels

› Une association **des institutions** via la CRSA mais également à l'occasion d'instances opérationnelles (groupes de travail) et des comités de coordination

› **Un niveau d'association des différentes institutions très variable**, avec des cas de développement d'une gouvernance conjointe (Education nationale, conseil régional..), des dialogues à approfondir (conseil départemental, fédérations, Assurance Maladie), des associations à développer (DIRRECTE, DREAL,..)

Les points forts

- › Une bonne mobilisation des acteurs dans les commissions spécialisées et la commission permanente, notamment les usagers
- › Une prise en compte des avis de la CRSA dans la concertation
- › Une association à la concertation autour du PRS qui a donné lieu au développement de gouvernances conjointes notamment avec l'éducation nationale, le conseil régional, le Département du Pas-de-Calais...

Les principaux points d'attention

- › Permettre une meilleure mobilisation et information des instances dans la mise en œuvre: activer la démocratie sanitaire sur toute la durée du PRS
- › Faciliter l'appropriation par les usagers de l'ensemble des sujets
- › Réévaluer la gouvernance, le rôle et le fonctionnement des conférences de territoires ainsi que leur articulation avec la CRSA
- › Permettre une démocratie « active », en amont des plans et par l'auto saisine
- › Renforcer la mobilisation des élus
- › Des modalités d'association de certains partenaires institutionnels à améliorer (fédérations, département du Nord...) ou à développer (notamment les services de l'Etat)

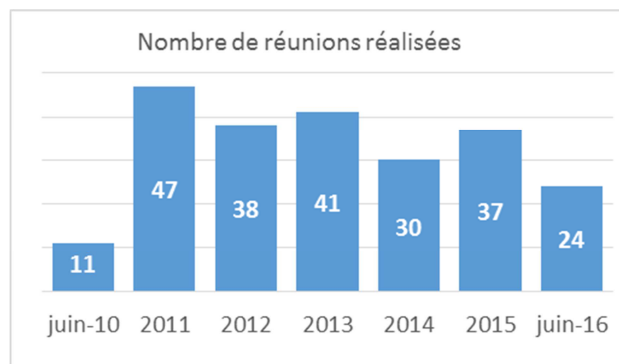
4.1 Un PRS intégré dans une démarche de démocratie sanitaire

Une démocratie sanitaire active, malgré une mobilisation hétérogène des collègues

La démocratie sanitaire a été active sur la période, et plus particulièrement lors de la phase d'élaboration du PRS avec une bonne implication des parties prenantes.

Ainsi entre juin 2010 et juin 2016, **220 réunions** se sont tenues dont :

- 26 réunions plénières de la CRSA
- 35 Commissions permanentes
- 40 Commissions Spécialisées de l'Offre de Soins
- 51 Commissions Spécialisées du Droit des Usagers
- 42 Commissions Spécialisées de l'Offre Médico-Sociale
- 26 Commissions Spécialisées Prévention

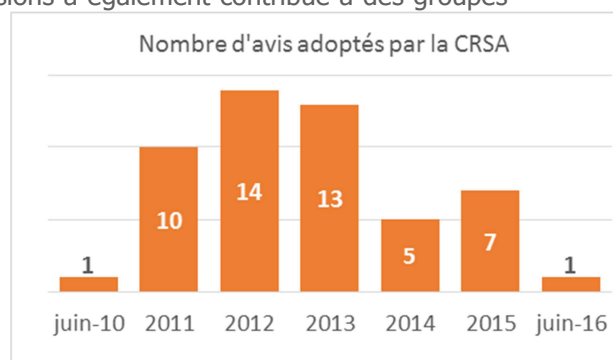


Cependant, **l'implication a été hétérogène entre les 4 collèges représentés au sein de la CRSA (élus, usagers, acteurs du médico-social, offreurs de soins)**. La mobilisation des élus représente plus particulièrement un point d'attention : leur taux de participation évalué pour les réunions plénières a été de 15% sur la période 2010-juin2014 et 9% sur la période 2010-juin2016, pour une moyenne de 53% sur l'ensemble des collèges. La mobilisation des usagers et des conférences de territoire a été particulièrement marquée, avec un taux de participation en plénière de 70% et 87%.

La commission permanente a fait l'objet d'une participation constante des parties prenantes. L'assiduité des différents collèges est similaire d'une commission à l'autre.

Il est à noter qu'une partie des membres des différentes commissions a également contribué à des groupes de travail et comités de pilotage institués lors des phases de concertation, lors de l'élaboration et du suivi du PRS.

51 avis formels ont été adoptés par la CRSA sur la période 2011 à 2016, portant sur le PSRS (2 avis), les territoires de santé, les trois schémas (SROS, SROMS, SRP) ainsi que leurs différents volets et déclinaisons en programmes, et un avis sur la Stratégie Nationale de Santé. La production d'avis a été constante sur la période 2011 à 2013 autour de 11 à 13 avis par année, puis s'est réduite à partir de 2014. Les avis adoptés ont été rendus publics.



La commission Spécialisée de l'Offre de Soins a, par ailleurs, émis un avis sur **297 dossiers d'autorisation**.

Pour chaque sujet traité, **un principe de regards croisés** a été adopté par l'émission d'avis par chacune des quatre commissions spécialisées, synthétisés par le président de la CRSA (hors avis portant sur les autorisations). Chaque président de commission avait par ailleurs, la possibilité de mobiliser un groupe de professionnels ad hoc pour le traitement d'une thématique précise.

Des débats publics ont, de plus, été organisés sur toute la période à un rythme annuel (45% des répondants à l'enquête indiquent avoir contribué à des débats publics organisés en complément des instances de la CRSA) sur des thématiques telles que la santé mentale (2012), sur l'accès aux soins (2013), et la journée « les usagers ont la parole » en 2014, la « journée droits des patients » en 2015 (176 participants) et une journée régionale sur le thème de la démocratie sanitaire en 2016.

Le fonctionnement des instances de démocratie sanitaire est jugé positif par les acteurs, avec des avis globalement entendus et effectifs. Ainsi, 67% des répondants à l'enquête estiment que les avis et/ou propositions des instances auxquelles ils ont contribué ont été pris en compte de manière partielle dans le Plan Régional de Santé, et 27% de manière totale. Les avis formulés ont pu être à l'origine d'amendements substantiels de certains volets du PRS (à titre d'exemple : le schéma Régional de Prévention, certains volets du SROS, le Programme Régional Alimentation et Activité Physique).

Un mode participatif développé lors de l'élaboration du PRS...

La phase de consultation a été plus particulièrement satisfaisante au regard de la prise en compte des avis formulés. Ainsi, **87% des répondants estiment que les avis et proposition de leur institution ont été pris en compte en phase de consultation, au moins de manière partielle** contre 66% d'entre eux en phase de concertation.

A ce constat positif, plusieurs nuances sont apportées:

- › Le rythme soutenu imposé par le planning d'élaboration, qui a laissé peu de place à une démocratie sanitaire véritablement « active » : peu d'auto-saisine, et une production d'avis essentiellement « en réaction » aux plans rédigés et soumis (plutôt qu'en amont des plans).
- › Un suivi des avis formulés par les instances non systématique, à l'origine d'un manque de visibilité sur la prise en compte de certaines propositions (absence de réponse formelle de l'ARS entraînant une difficulté d'évaluer les conséquences des avis formulés).
- › Un manque d'information sur les moyens humains et financiers alloués aux plans, qui seraient à évaluer au moment de la formulation d'un avis.

...mais, une association moins perçue lors de la mise en œuvre

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

Les instances de la CRSA ont néanmoins formulé 51 avis lors de la période de mise en œuvre, notamment au moment de l'élaboration des programmes qui constituent des déclinaisons thématiques des schémas du plan régional de santé. Comme indiqué précédemment, on note une diminution du rythme annuel de production d'avis formels à partir de 2013, à mettre également en relation avec une élaboration des schémas et d'une majorité de programmes et volets au cours des premières années.

63% des répondants ont estimé que leurs avis ont été pris en compte, au moins partiellement, lors de la phase de mise en œuvre. On note que concernant les avis sur les autorisations, les avis de la CRSA ont été bien suivis par l'ARS : à 88% lors du premier mandat (juin 2010 à 2014), et à 87,5% des avis lors du second mandat (2014 à juin 2016).

Une présentation biannuelle de l'état d'avancement du PRS à destination de la CRSA a été mise en place.

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

Un rôle des conférences de territoire à refonder

La mobilisation et le fonctionnement des conférences de territoire pour la formulation d'avis se sont essentiellement portés sur le périmètre des Contrats Locaux de Santé, tel que prévu par la réglementation. Les acteurs interrogés relèvent des dynamiques et une implication variables selon les territoires. Les représentants des conférences de territoire ont été conviés aux réunions plénières de la CRSA, pour un taux de participation évalué à 68% et 100% sur l'un et l'autre des deux mandats successifs.

L'implication des conférences de territoire n'a pas nécessairement été perçue par les contributeurs de l'enquête ; ainsi, seulement 23% des répondants estiment que l'implication des conférences de territoire à la production d'avis et de propositions a été satisfaisante et 42% ne se sont pas prononcés.

Le rattachement des conférences de territoires directement à la CRSA en 2014 n'a pas permis d'améliorer ces constats. **Une redéfinition du rôle et des modalités de fonctionnement de ces instances apparaît nécessaire, ainsi que leur articulation avec la CRSA**, dans le cadre de la mise en place des futurs conseils territoriaux de santé prévue fin 2016.

Une dynamique réelle d'intégration des usagers, encore à renforcer

La commission spécialisée des usagers a été l'une des plus actives et proactives pour la production d'avis et pour l'organisation de débats publics. Des initiatives de recueil de la parole des usagers ont été organisées sur la période (par exemple, par la mise en place de focus groups à l'initiative du CISS sur une période de 6 mois, ayant recueilli une soixantaine de contributions). Des actions spécifiques ont également été déployées, notamment la publication d'un rapport annuel sur les droits des usagers du système de santé : 5 rapports sont disponibles en ligne.

Néanmoins, les acteurs interrogés estiment que **la contribution des usagers a été partiellement entendue et prise en compte** et est demeurée **principalement centrée sur les thématiques d'accompagnement** (moins techniques) : **une facilitation d'une approche des usagers sur un périmètre large est à promouvoir dans la limite du niveau de technicité requis**, ainsi que la communication et le relai médiatique à renforcer autour des débats publics et des avis formulés.

A ce titre, il est intéressant de noter que 7 formations ont été organisées par la CRSA à destination de ses membres en 2015 et 2016, dont deux spécifiquement adressées aux représentants des usagers en collaboration avec les CISS, l'URAF Nord-Pas-de-Calais, l'UFC que Choisir et avec l'appui de l'ARS. Celles-ci ont réuni au total 255 participants, dont 77 représentants des usagers.

Une prise en compte nuancée en fonction des catégories professionnelles

Les acteurs interrogés estiment globalement que le point de vue des professionnels a été intégré et pris en compte dans les échanges, mais néanmoins de manière plus prégnante pour les catégories médicales (plus représentées dans les débats que les catégories paramédicales).

4.2 L'association des partenaires institutionnels

Les représentants interrogés sur l'association et le niveau d'implication de leurs institutions dans la concertation autour du PRS ont évoqué des réalités variées, depuis une sollicitation limitée jusqu'à l'instauration d'une co-rédaction des mesures du plan et d'une gouvernance commune.

Une majorité a été associée au moment de l'élaboration et/ou de la mise en œuvre du PRS en tant que membres des instances de démocratie sanitaire (commissions permanente et spécialisées), mais également :

- › Via les groupes de travail thématiques établis par l'ARS au moment de l'élaboration du PRS,
- › Via des comités de coordination et comités techniques mis en place en fonction de thématiques au cours de la période de mise en œuvre,

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

- › Lors d'instances de la démocratie sanitaire :
 - **La nécessité d'une mobilisation constante pour la délivrance d'avis difficile à tenir**, dans des délais ne permettant pas toujours de délibérer en interne (ex. consultation des élus par le conseil régional, sollicitation des professionnels de santé pour la FHF) ayant pu occasionner des non-réponses, ou un manque de recul pour alimenter le débat et formuler des avis et suggestions. La FHF a cependant mentionné une amélioration des possibilités de préparation « amont » des avis au cours de la mise en œuvre du PRS.
 - **Des ordres du jour plutôt techniques** et segmentés par thématique, **n'ouvrant pas toujours des aspects sur lesquels les « non spécialistes » peuvent s'exprimer**, et rendant difficile une approche transversale. L'intérêt de la mise en place d'échanges en complément de ces réunions et en amont des avis est appuyé.
 - **Une difficulté d'appréhension du périmètre du PRS**, une lisibilité difficile d'une part sur les articulations entre les différents volets du PRS, et d'autre part sur les liens et le niveau de cohérence avec les autres politiques régionales. Par ailleurs une difficulté de compréhension des attendus pour un nouvel entrant dans les instances a été citée (FEHAP).
- › **Des comités de coordination bon vecteurs d'information**, mais dont certains partenaires regrettent le caractère « formel » jugé peu adapté au dialogue pour la détermination de stratégies communes et souhaiteraient des ordres du jour plus « opérationnels »
- › **Un circuit de l'information à améliorer** (mentionné plus particulièrement par la FHP et la FEHAP) **sur les retours donnés à l'issue des travaux des groupes de travail ou des avis et propositions formulées** en CRSA.

Des partenaires intégrés dans une dynamique de gouvernance conjointe

- › **L'Éducation Nationale** : une association qui a permis la mise en place d'un véritable travail commun dès la phase de diagnostic (co-rédaction des mesures) et l'instauration d'une gouvernance conjointe particulièrement bien instituée sur le champ du médico-social (ex. groupe technique interdépartemental Education nationale/ARS pour le suivi des mesures sur l'inclusion scolaire, co-présentation d'actions conjointes lors du comité de suivi annuel du SROMS) et en développement sur la prévention
- › **Le Conseil Régional** : des sollicitations pour des avis et contributions sur l'élaboration des programmes, intégrant les élus, auquel le conseil régional a répondu. En dehors des instances de démocratie sanitaire, de nombreuses rencontres ont permis une association dans le suivi de la mise en œuvre (réunions de suivi des programmes (ex. obésité, DIABEVI), commission de Concertation des Politiques Publiques de Prévention, COPIL pacte territoire santé...). Une co-écriture du programme régional Cancer.

› **Le Conseil Départemental du Pas-de-Calais** : une association dès l'élaboration du PRS, qui s'est poursuivie au cours de la mise en œuvre, avec des propositions globalement suivies et une attention portée par l'ARS sur le maintien des dynamiques partenariales préexistantes. La présence du conseil départemental à la commission de coordination médico-sociale est complétée par des réunions bilatérales trimestrielles pour traiter les sujets d'intérêt commun. Une gouvernance conjointe a pu être établie sur un certain nombre d'axes de travail.

Des partenaires pour lesquels l'association au PRS présente des axes d'amélioration

› **Le conseil départemental du Nord** : un partage des caractéristiques de la situation avec implication des élus au moment de l'élaboration du PRS notamment au sein des instances de la CRSA, qui a révélé une réelle intrication des problématiques sociales et santé. Néanmoins, le conseil départemental relève une insatisfaction des élus qui ont le sentiment de n'avoir pas été réellement entendus (une « consultation formelle »). Un travail collaboratif sur les thématiques de la parentalité, de la santé mentale, mis en place tardivement. Cependant, il existe une réelle volonté de travail collaboratif pour répondre aux besoins des populations, et le souhait de développer l'approche globale sur le parcours de santé/de vie (social/médico-social/prévention) et une gouvernance commune à développer.

› **L'Assurance Maladie** (représentée par la **CPAM du Hainaut** pour l'évaluation) : l'association de l'assurance maladie au travers de la mobilisation des CPAM a été « tardive », puisqu'elle a véritablement fonctionné à partir de 2014. L'association initiale de la CPAM de Lille-Douai à l'élaboration du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les personnes en situation de précarité n'a pas fonctionné ; un constat en partie lié à un contexte de fusion des CPAM. A partir de 2014, un nouveau travail a été engagé sur le PRAPS avec la CPAM du Hainaut. Les représentants interrogés évoquent un manque d'intégration des orientations politiques et avis de l'institution. Le système de concertation n'a donc pas permis une implication et une prise en compte des avis de l'institution dès la phase d'élaboration du PRS. En 2014, l'implication de la CPAM a ainsi conduit à une réécriture du PRAPS, dont la nouvelle version a été validée en décembre 2015, à la mise en œuvre de groupes de travail et d'un comité de suivi copiloté avec l'Agence.

› **Les fédérations**: les trois fédérations interrogées (FHP, FEHAP, FHF) ont effectivement été associées au niveau des groupes de travail et de la CSOS, essentiellement lors de la mise en œuvre du PRS, par le biais de leurs représentants.

- **Concernant la FEHAP et la FHP**, les personnes interrogées estiment globalement que leurs avis et propositions ont peu été pris en compte (un sentiment que « les décisions sont déjà prises »). Les champs d'amélioration mentionnés concernent le périmètre d'association (exemple : la thématique du cancer, pour la FEHAP), une amélioration des retours d'information vers la fédération et le développement d'une meilleure connaissance des activités des fédérations.
- **Du point de vue de la FHF**, les avis formulés ont été partiellement retranscrits par la CRSA, dans la mesure où cette instance élabore par définition une réponse « consensuelle » ne permettant par l'expression d'un positionnement spécifique de l'institution. Cependant, la prise en compte des propositions a été plus marquée lors de la mise en œuvre, par le biais d'avis annexés au compte-rendu émis par la CRSA ou directement transmis par une relation bilatérale avec la direction de l'Agence. La communication instaurée entre la FHF, les établissements qu'elle représente et l'Agence est jugée satisfaisante dans la mise en œuvre d'actions.

Des liens à développer

› **La DIRRECTE** : une association au moment de la mise en œuvre du PRS (contribution à des commissions d'instructions d'appel à projets de santé au travail, avec l'ARS et la CARSAT, initiation d'une coordination sur le financement d'opérateurs, et contributions au comité de coordination prévention). Les représentants interrogés considèrent que la DIRRECTE n'est pas un interlocuteur privilégié de l'ARS dans le cadre du PRS. En revanche, elle a associé l'ARS à l'élaboration du Plan Régional Santé au Travail (PRST).

› **La DRJSCS** a été associée au niveau d'instances opérationnelles (groupes de travail thématiques), notamment sur les champs de la prévention, du PRAPS, du programme nutrition, santé, bien-être.

Cependant, un sentiment de n'avoir pas abouti aux résultats attendus et une absence de démarche commune instaurée avec l'ARS.

› **La DREAL** : n'a pas été associée aux réflexions sur l'élaboration du PRS. Des relations se sont établies sur le champ de l'évaluation du risque sanitaire uniquement (doctrine commune), et au niveau du Plan Régional Santé Environnement (PRSE).

› **La sous-préfecture cohésion sociale du Pas de Calais** : n'a pas été associée à la concertation. En revanche, l'ARS a été associé à l'élaboration des contrats de ville.

5AXE3 : La cohérence externe : synergie et complémentarité entre les politiques publiques

Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants d'institutions partenaires⁵.

On note une tendance naturelle de la plupart des acteurs interrogés à aborder la question de la cohérence externe sous l'angle de leur propre politique: c'est-à-dire sur la façon dont l'ARS contribue ou pourrait contribuer à leurs politiques et actions, et sur la manière dont l'ARS pourrait être mobilisée sur des sujets de santé, dans une logique de stratégie de territoire.

Cet effet s'explique notamment par le fait que **l'ARS s'est organisée et structurée en même temps que l'élaboration de son premier PRS, et devait dans un premier temps être identifiée en tant que nouvel acteur**: la concertation des partenaires institutionnels dans les premières années a pu être relativement réduite mais s'est accrue sur les 2 à 3 dernières années, ce que saluent globalement les acteurs interrogés (collectivités, rectorat, DIRRECTE, DREAL, DRJSCS, DDCS ...).

Le décalage du questionnement constitue toutefois un enseignement sur la vivacité de certains partenariats et des synergies qui peuvent être bâties entre les acteurs pour répondre aux besoins pluriels des populations. On constate l'existence de partenariats particulièrement dynamiques, notamment sur les champs de la cohésion sociale, avec l'éducation nationale, et avec le conseil régional.

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

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 ?

Etat des lieux

- › De nombreux champs d'intervention communs établis dès l'élaboration du PRS et au cours de sa mise en œuvre, retranscrits par **la formalisation de conventions** partenariales définissant les périmètres d'intervention et les modalités d'association des parties prenantes et permettant l'instauration de convergences entre les politiques :
- › **Un très bon niveau de complémentarité (sur prévention et médico-social) développé avec l'Éducation Nationale** et une **dynamique de travail collectif** instaurée
- › **Des synergies avec le Conseil Régional, plus particulièrement sur le champ du Cancer** et de la Santé Environnementale (PRSE) en termes d'actions menées conjointement
- › **Un partenariat avec les Conseils Départementaux pour bâtir une cohérence avec les schémas départementaux, sur de nombreux champs d'intervention communs** et des actions conjointes menées. Un partenariat néanmoins caractérisé par **une volonté du partenaire d'évoluer vers une approche commune plus transversale**, autour des « parcours de vie », et vers des modalités de travail plus adaptées à son fonctionnement
- › **Sur le champ de la cohésion sociale, une complémentarité en croissance**
- › **Des dynamiques de travail conjoint en dehors du périmètre du PRS pour d'autres**

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

partenaires, telles que la DIRRECTE (PRST), la DREAL et le Conseil Régional (PRSE, associant également le conseil régional).

Perspectives

- › **Des complémentarités et synergies à renforcer sur les champs de la santé mentale et de la prévention et promotion de la santé**
- › Une dynamique à poursuivre sur le champ de la cohésion sociale
- › **Des articulations à étudier entre PRS et santé environnement, santé au travail**
- › Des points d'attention des partenaires pour les prochaines années portant notamment sur le maintien des dynamiques créés en configuration « grande région » et le renfort d'une approche décloisonnée entre les secteurs (soins, médico-social, prévention).

5.1 Des champs d'intervention communs, fruits d'une volonté des acteurs

L'association des partenaires institutionnels a donné lieu à l'identification de complémentarités entre le PRS et d'autres politiques publiques comportant une dimension santé.

L'ARS et les partenaires concernés ont fait le choix de formaliser ces complémentarités d'action au sein de conventions, établies pour favoriser la convergence des politiques publiques et des actions et pour assurer la complémentarité et la continuité des réponses apportées à la population sur les territoires, dans le respect des rôles de chacun (tableau récapitulatif des conventions signées disponible en annexe):

- › Deux conventions établies avec l'éducation nationale⁶
- › Une convention avec le conseil régional sur le champ des cancers⁷
- › Une convention avec les conseils départementaux⁸
- › Deux conventions avec des Caisses Primaires d'Assurance Maladie⁹ et le pilotage conjoint d'un groupe de travail et d'actions portant sur l'accès aux droits dans le cadre du PRAPS¹⁰

Les institutions partenaires ont été interrogées sur le niveau de complémentarité et de co-construction acquis au cours de la période d'application du PRS.

Un très bon niveau de complémentarité développé avec l'Education Nationale : les représentants interviewés évoquent un périmètre de besoins bien couvert et une **dynamique de co-construction** des mesures et actions qui contribuent à une réelle cohérence entre les politiques des deux institutions. La mise en place de complémentarités est renforcée par des initiatives permettant d'entretenir une connaissance mutuelle, telles que, par exemple, l'organisation de journées annuelles réunissant référents territoriaux de l'ARS et inspecteurs de l'éducation nationale sur des thématiques communes du champ médico-social.

Avec le Conseil Régional, une bonne définition des rôles mutuels sur les thèmes du cancer et de la santé environnementale. Des synergies ont plus particulièrement été expérimentées sur la thématique du Cancer par la co-écriture d'un Plan Régional Cancer concerté et l'engagement sur des orientations prioritaires. Elles ont également été mises en place sur le champ des addictions (appels à projet partagés en 2013 et 2014), et de la santé environnementale (14 fiches action du Plan Régional Santé Environnement - PRSE).

Un partenariat avec les Conseils Départementaux qui a su créer la cohérence avec les schémas départementaux. Des progrès à poursuivre vers une approche plus « transversale »

⁶ Convention du 4 avril 2013 relative aux parcours de scolarisation, Convention du 30 août 2013 relative à la promotion de la santé en faveur des élèves

⁷ Convention du 15 novembre 2012

⁸ Convention du 4 février 2014

⁹ Convention avec la CPAM des Flandres et de la Côte d'Opale, pour des actions sur le syndrome d'alcoolisation fœtale d'une part et la promotion des dépistages des cancers d'autre part.

¹⁰ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité, travaux co-pilotés avec la CPAM du Hainaut

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

Pour le conseil départemental du Pas de Calais, le niveau de cohérence avec le schéma départemental est un élément positif, avec, à titre d'exemple, le niveau de cohérence obtenu entre les zones de proximité arrêtées par l'ARS et les 7 territoires du département. Des « redondances » sont néanmoins mentionnées sur le champ de l'aide aux aidants et des MAIA (ex. sur l'aide aux aidants, déploiement de plateformes d'aide sur 9 territoires puis développement des plateformes de répit par l'ARS à un an d'intervalle lorsque la politique nationale a été affirmée sur ce sujet). De la même manière que pour le Nord, on relève également l'intérêt de développer une plus grande transversalité dans l'approche commune.

Avec la CPAM du Hainaut, un niveau de complémentarité jugé correct et développé à partir de 2014 sur les champs de l'accès aux droits en particulier, mais également sur les actions de dépistage des cancers et le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Le niveau de complémentarité développé par les deux conventions signées n'a pas pu être évalué (interview menée avec la CPAM du Hainaut, non engagée sur ces conventions spécifiquement).

5.2 Des dispositifs et actions mis en œuvre conjointement

L'existence de fortes synergies dans la mise en œuvre d'actions

Avec l'Education Nationale :

Une réelle dynamique de travail collaboratif est à l'œuvre, jusque dans la mise en place d'équipes communes d'intervention ARS/Education Nationale. Une coordination des actions et une prise de décision partagée sont à l'œuvre.

› Sur le champ de la prévention, la convention a donné lieu à un plan d'action régional notamment sur la vaccination et à des actions depuis la maternelle jusqu'au lycée. A titre d'exemple de synergies, on note aussi dans le domaine de la veille sanitaire la constitution de fiches sur les maladies transmissibles conjointement entre professionnels de la veille et médecins scolaires (déployées sur toute la région).

› Sur le champ du médico-social, un plan pluriannuel comprenant la programmation conjointe des équipements pour l'inclusion scolaire en faveur d'une adaptation aux besoins sur 6 zones de proximité, ainsi qu'une collaboration sur la conception du programme Autisme ont été mis en place. On note également une co-intervention des partenaires dans la formation des AESH (Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap) délivrée au niveau national.

Des partenariats de qualité mais présentant des zones de progrès

Avec le Conseil Régional :

Une mise en œuvre conjointe du PRS a été globalement instaurée dans le cadre du Programme Régional Cancers, notamment par le financement partagé d'actions (décisions concertées, développement d'un suivi conjoint) qui a bien fonctionné.

Le niveau de complémentarité atteint a été favorisé par la régularité de comités techniques, mais présenterait des marges de progrès sur le cadrage des rôles et attentes des partenaires en matière de prévention (notamment sur le soutien des Organisations Supra-Territoriales : qui finance quoi, objectifs partagés). Par ailleurs, une perte de régularité de suivi conjoint dans le temps a été relevée ce qui a pu contribuer à ces constats, ainsi qu'une réalisation de bilans des actions finalement séparée.

Avec l'Assurance Maladie :

Une mise en œuvre conjointe d'actions a été instaurée dans le cadre du PRAPS par un co-pilotage ARS/CPAM du Hainaut ainsi que la mise en place d'un comité de suivi, mais sur une partie seulement du champ d'intervention commun. En effet, ce travail conjoint n'a véritablement

fonctionné que sur le volet de l'accès aux droits. Une difficulté soulevée pour l'association de l'Assurance Maladie et la mise en œuvre du partenariat est celle d'identifier une CPAM « référente » jouant un rôle d'interlocuteur avec l'Agence ainsi que les autres partenaires, et des modalités d'articulation de cette CPAM « référente » avec l'ensemble des CPAM régionales.

Avec les Conseils Départementaux :

Un partenariat établi reconnu de bonne qualité par les représentants interrogés, pour la mise en œuvre conjointe d'actions pendant la période du PRS, **avec cependant des points d'amélioration** plus particulièrement soulignés par le Conseil Départemental du Nord:

- › Un décalage de dynamique souligné entre le fonctionnement de l'ARS et celui du conseil départemental (qui doit mobiliser et consulter les élus) : des rythmes de travail proposés peu compatibles avec les capacités du Département.
- › Un frein potentiel dans la démarche conjointe qui relève d'un manque de marges de manœuvre de l'Agence pour établir ses orientations de travail, jugées parfois trop dépendantes de priorités nationales
- › Une visibilité difficile des engagements et financements possibles des uns et des autres
- › Enfin, le lien entre les conseils départementaux et la direction de l'offre des soins à renforcer dans une logique de transversalité plus poussée. Les interlocuteurs interrogés indiquent qu'une tendance de l'Agence à travailler par secteur a des impacts sur les modalités de travail conjoint et sur le développement d'une approche plus globale (nécessitant une réflexion trans-sectorielle)

Des synergies croissantes sur le champ de la cohésion sociale

Une évolution significative de la dynamique partenariale entre l'équipe préfectorale (Pas-de-Calais) et l'ARS sur les deux dernières années a été relevée, dans l'optique d'impulser des actions en santé plus structurées et coordonnées. Ainsi, dans le Pas-de-Calais, un travail a été mené entre la préfecture et l'ARS sur le volet santé des contrats de ville pour la structuration et la diversification de l'offre santé dans les quartiers prioritaires de la ville. Il existe une réelle volonté de nouer des liens et de renforcer le rapprochement entre les orientations stratégiques de l'ARS et des services préfectoraux.

Pour d'autres partenaires, des dynamiques de travail conjoint hors périmètre du PRS

Avec la DREAL et le Conseil Régional, dans le cadre du PRSE (Plan Régional Santé Environnement) :

Une gouvernance conjointe du PRSE réussie (un comité de pilotage associant le DG ARS, DREAL, SGAR, DIRRECTE, DRAF et Conseil Régional se réunissant un fois par an, ainsi qu'un comité de liaison). Les actions ont été attribuées à un pilote unique mais sont suivies conjointement, et des relations quotidiennes entre la DREAL et l'ARS ont été développées sur les sujets traités. Une bonne concordance est relevée entre les thématiques du Schéma Régional Prévention sur la santé environnement et les fiches actions du PRSE.

Avec la DIRRECTE, dans le cadre du PRST (Plan Régional de Santé au Travail) :

Un co-financement d'opérateurs intervenant dans le domaine de la santé au travail a été mis en œuvre (intégrant également la CARSAT), l'ARS étant amenée à formuler des avis sur des projets de conventionnement avec des organismes de prévention au sein d'une instance régionale de prévention des risques professionnels.

5.3 Une cohérence externe qui reste à renforcer sur différents champs

Des complémentarités et synergies à renforcer

Le bilan évaluatif réalisé avec les institutions partenaires révèle des champs de complémentarité à développer au regard des synergies possibles et des enjeux de santé en présence, parmi lesquels ressortent en particulier:

- › Le champ de la **santé mentale**, souligné plus particulièrement par la sous-préfecture du Pas-de-Calais au regard de l'occurrence croissante de situations complexes (associant troubles de santé mentale et précarité) pour lesquelles des réponses peinent à être trouvées en termes d'offre de service (un impact également sur les politiques d'hébergement, de l'emploi...)
- › Le champ de la **prévention et promotion de la santé**

Des articulations à étudier entre PRS et santé environnement, santé au travail

Les acteurs ont également souligné l'intérêt de **renforcer l'articulation entre PRS et les autres plans (PRSE, PRST ...) pour lesquelles des dynamiques d'action conjointe sont à l'œuvre**. Un intérêt pour une association en termes d'information sur l'approche, la méthode et les enjeux du prochain PRS, et une sollicitation éventuelle sur des sujets ciblés ont été exprimés pour la DREAL et la DIRRECTE.

Aller plus loin sur le champ de la cohésion sociale

Une volonté marquée de poursuivre le développement d'orientations et d'actions conjointes sur le champ de la cohésion sociale s'est exprimée par la voix de la sous-préfecture du Pas-de-Calais, dans une logique d'intégration d'un travail avec l'ARS à tous niveaux (depuis le niveau stratégique jusque la déclinaison opérationnelle sur les territoires), de prise en compte de l'outil politique de la ville comme un outil complémentaire à la mise en œuvre de la politique de santé sur les territoires et de développement d'une consultation des chargés de mission en préfecture confrontés à des sujets relatifs à la santé.

Enfin, dans le cadre du bilan évaluatif les institutions engagées dans les partenariats établis ont fait état d'enjeux et points d'attention à prendre en compte dans le cadre de la relation avec l'ARS dans les prochaines années. Une synthèse est proposée dans le tableau ci-après :

Partenaire	Enjeux/ points d'attention
Education nationale	<ul style="list-style-type: none"> › Maintenir l'opérationnalité et la précision des actions dans le cadre de l'approche transversale qui devra être développée : un souci des « parcours » tout en conservant des réflexions poussées sur les actions techniquement recentrées sur un secteur › Réapprendre à se connaître et maintenir le travail collaboratif dans le cadre : <ul style="list-style-type: none"> – des modifications de l'organigramme interne de l'ARS sur la prévention – des évolutions de l'organisation interne des rectorats en « grande région » › Renforcer l'acquisition d'une culture commune sur le champ de la prévention › Coordonner et harmoniser les partenariats en « grande région » (actuellement, il existe une convention par académie, portant sur des périmètres différents)
Conseil Régional	<ul style="list-style-type: none"> › Préciser les rôles mutuels et les objectifs partagés sur le champ de la prévention › Renforcer le suivi et l'évaluation conjoints des actions menées
Conseils Départementaux	<ul style="list-style-type: none"> › Développer une approche plus globale sur les parcours de vie : aborder les problématiques de façon plus transversale entre les secteurs du soin, du médico-social et de la prévention › Soutenir une démarche régionale concertée avec les élus et les acteurs du territoire › Poursuivre les efforts d'adaptation des modalités de travail aux dynamiques de fonctionnement des départements, et le développement d'une gouvernance conjointe

**Assurance
Maladie** (CPAM du
Hainaut)

- › Promouvoir une démarche de partenariat « pragmatique » :
 - En évitant de multiplier les instances de travail et de suivi, lorsqu'elles amènent à impliquer les mêmes contributeurs
 - En focalisant les programmes sur des actions opérationnelles, pour lesquelles le rôle des partenaires (pour la conduite des actions et leur financement) et les moyens alloués sont clairement définis, dès l'élaboration
- › Favoriser les échanges entre partenaires et la conduite commune d'actions au niveau des territoires, afin de renforcer l'interconnaissance des acteurs et de suivre une logique d'expérimentation « locale » avant de déployer les actions à l'ensemble de la région
- › Désigner une CPAM référente comme interlocuteur principal de l'Agence

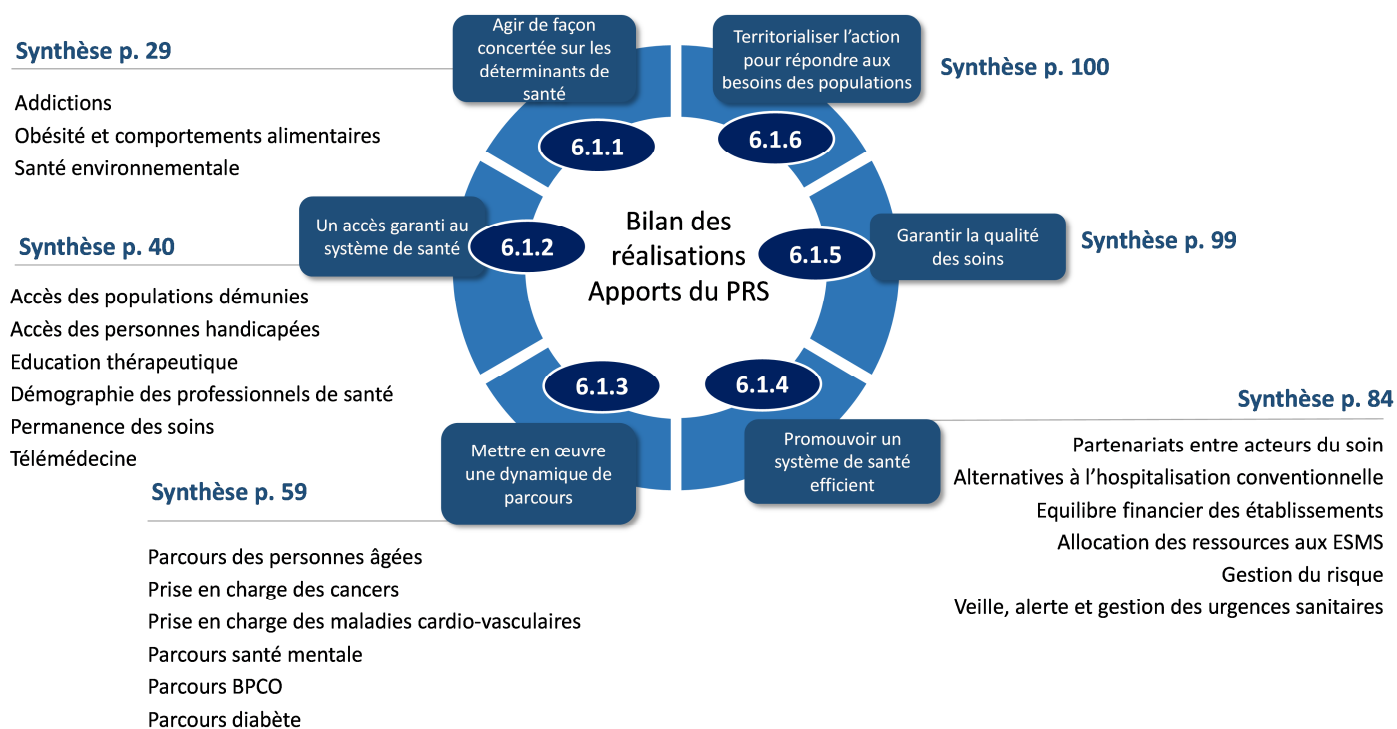
6AXE 4 : L'efficacité du PRS : effectivité et apports du PRS

La synthèse de l'évaluation réalisée sur l'efficacité du PRS est constituée :

- › D'un bilan évaluatif des dispositifs mis en œuvre et apports du PRS réalisé sur 25 thématiques, réparties en 6 parties structurantes représentatives des principaux objectifs de la politique régionale (6.1 Axe 4 : effectivité du PRS),
- › Au sein de ce périmètre d'étude, quatre dispositifs ayant effectivement apporté des résultats ont plus particulièrement été sélectionnés pour évaluer l'efficacité de l'accompagnement de l'Agence (6.2 Axe 4 : apports du PRS).

6.1 Axe 4 : effectivité du PRS

Le schéma suivant représente la structuration de l'évaluation et constitue un guide de lecture :



6.1.1 Agir de façon concertée sur les déterminants de santé

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

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

Les déterminants de santé sont des facteurs influençant l'état de santé de la population, associés à des comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et à l'environnement des personnes. Le Plan Régional de Santé se fixait comme objectifs d'agir sur les déterminants de santé relevant plus particulièrement des comportements addictifs, des comportements alimentaires et de l'environnement physique des personnes.

Réalisations clef

Prévenir et faire évoluer les comportements à risques

La dynamique de prévention a été déployée auprès des publics les plus fragiles et dans une logique d'action précoce, par exemple :

- › Au travers de l'appui au déploiement des Consultations Jeunes Consommateurs, dans le champ des addictions
- › Par la réalisation de projets de sensibilisation des professionnels de la petite enfance et de la périnatalité aux polluants de l'air intérieur, en santé-environnement
- › Par le déploiement d'actions prioritaires portant sur les comportements alimentaires sur les territoires présentant les IMC les plus élevés, et le développement de la prévention en milieu scolaire dès la maternelle

Par ailleurs, la stratégie d'action a été adaptée aux publics isolés, en situation de précarité ou faisant l'objet de besoins émergents, par exemple au travers d'un programme de lutte spécifique contre la prévalence élevée des addictions en milieu carcéral, ou le développement d'actions de prévention portant sur l'alimentation spécifiquement dédiées aux familles en situation de précarité sociale.

Améliorer le dépistage et l'orientation précoce des personnes vers une prise en charge adaptée

Le PRS a contribué au travers des mesures mises en œuvre à l'amélioration des dispositifs et pratiques de dépistage dans les domaines des addictions, de l'obésité et de l'habitat indigne.

- › Le renfort de l'offre territoriale en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et en Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) a permis de mettre à disposition un équipement spécialisé dans chaque zone de proximité
- › Un dispositif de fibroscan itinérant déployé sur deux territoires a permis d'améliorer l'accès au dépistage de la fibrose hépatique et à un parcours coordonné de soins
- › Les sites de consultations hospitalières en addictologie ont été développés
- › Une labellisation des services de soins prenant en charge l'obésité sévère et la mise en place d'une structuration des filières de prise en charge par les Centres Spécialisés Obésité contribue à une orientation des personnes vers les soins adaptés
- › Le développement de l'éducation thérapeutique dans le domaine de la prise en charge de l'obésité, notamment en faveur des enfants, a contribué à une dynamique d'action précoce
- › Des postes de Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur ont été déployés afin de réaliser l'évaluation de l'état de santé des personnes résidant dans un logement insalubre

Favoriser une action concertée et transversale

Le PRS a contribué par certaines actions à l'implication de partenaires et d'opérateurs pour une action concertée sur les déterminants de santé. Ainsi, par exemple :

- › L'Institut de Santé Au Travail du Nord-de-France a été mobilisé pour des actions de formation au sein du milieu professionnel sur la nutrition-santé
- › Un protocole régional a été établi avec la Justice pour l'habilitation de médecins relais dans l'évaluation et le suivi des personnes sous injonction thérapeutique pour conduite addictive
- › L'éducation nationale a été associée dans le cadre d'une convention à la mise en œuvre d'actions de prévention en milieu scolaire entre 2011 et 2016, de la maternelle au lycée
- › Des actions de sensibilisation pour l'amélioration de l'air intérieur ont permis d'inciter un grand nombre de collectivités à des changements de pratiques.

L'évolution des indicateurs d'usage des dispositifs

- › **Addictions** : à titre d'exemple, la campagne de sensibilisation du Syndrome d'Alcoolisation Foétale (SAF) a bénéficié à plus de 843 500 personnes (grand public et professionnels de la santé et de la petite enfance)

› **Obésité et comportements alimentaires** : le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge en éducation thérapeutique spécialisée a augmenté de +64% entre 2011 et 2014.

› **Environnement :**

- en matière de lutte contre l'habitat insalubre, le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation a augmenté de 20% entre 2012 et 2014
- en matière de prévention des intoxications au CO, les actions ont permis de toucher 146 relais destinataires d'une newsletter, 117 structures relais et 150 enseignants sensibilisés, ainsi que de déployer une campagne grand public

L'évolution des indicateurs d'efficacité

Evolutions positives	Evolutions neutres	Evolutions négatives
<p>Santé environnementale :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Le nombre d'intoxications au CO2 sur la région a connu une diminution entre 2012 et 2014, passant de 10,5 cas pour 100 000habitants à 7,8 cas, qui correspond au niveau de 2011. › Le pourcentage des unités de distribution d'eau non conformes baisse régulièrement depuis 5 ans et cette diminution s'est poursuivie en 2013 (8,5%), 2014 (7,4%) et 2015 (7,18%). <p>Obésité :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Une évolution favorable des taux d'obésité et de surpoids chez les jeunes enfants (-1,5 points entre 2010 et 2014 pour les enfants de 6ème, -2,8 points pour les enfants de CP) 		

Lutter contre les addictions

Principaux enjeux régionaux

Les addictions constituent pour la région Nord-Pas-de-Calais une priorité d'action en matière de déterminants de santé. La population est très fortement impactée, les indicateurs estimant la morbidité des pathologies liées à l'alcool et au tabac étant les plus élevés de France¹¹. Le diagnostic régional établi en 2011 faisait état de décès liés à l'usage d'alcool ou de tabac représentant respectivement 25% et 8% de la mortalité prématurée évitable.

Le PRS s'était posé comme objectifs de :

- › Développer les actions de prévention,
- › D'améliorer l'accès et le recours aux soins de ces populations en :
 - Renforçant l'articulation des acteurs du secteur,
 - Ciblant les populations les plus à risques.

Réalisations et chiffres clef

Prévention des addictions

L'Agence a financé de nombreuses actions de prévention et de sensibilisation visant à faire évoluer les comportements à risques, notamment sur les addictions à l'alcool et au tabac auprès des acteurs locaux de la prévention en collaboration avec des opérateurs tels que l'ECLAT-GRAA¹² (exemple : formations à l'entretien motivationnel, plus de 55 journées de formation et d'échange de pratiques réalisées fin 2014), l'ANPAA¹³ (exemple : actions menées en milieu professionnel en lien avec la CARSAT, réflexion sur l'action autour des modes de consommations des jeunes. Plus de 288 journées de formation et d'échange de pratiques réalisées à fin 2014).

Le financement d'actions de prévention par le FIR sur la thématique des addictions a ainsi représenté 1 133 778€ en 2013, et 1 162 000€ en 2014.

Illustration 1– exemple d'action marquante

Objectifs et nature des actions menées : « Parlons-en, des addictions ! ». Actions de prévention autour des addictions chez les jeunes : Information, développement de l'esprit critique et créatif, valoriser les comportements positifs des habitants

Porteur(s) : Centre Social et Culturel Edouard Bantigny de Landrecies

Périmètre : Territoire Rural et prioritaire : Nord (Hainaut-Cambrésis – Sambre-Avesnois – Landrecies / Le Quesnoy dont 1 quartier prioritaire en Politique de la Ville)

Illustration 2–exemple d'action marquante

Objectifs et nature des actions menées : Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) en région Nord Pas de Calais : Sensibiliser la population et les professionnels de santé, sociaux ainsi que ceux de la petite enfance aux risques de l'alcool sur le fœtus.

Porteur(s) : CPAM des Flandres pour le réseau des CPAM de la région Nord-Pas-de-Calais

Périmètre : Région Nord-Pas-de-Calais

¹¹Taux d'ALD Alcool et taux d'ALD Tabac les plus élevés de France selon la Fnors en 2012.

¹² Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme

¹³ Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoologie

Résultats obtenus : 259 personnes visées de 0 à 34 ans

Résultats obtenus : Public touché : plus de 843.500 personnes (grand public et professionnels)

D'importants efforts ont été portés sur la prévention et l'intervention précoce auprès des publics jeunes. L'Agence a ainsi collaboré avec la Mission Interministérielle De Lutte contre les Drogues et Les Conduites Addictives (MIDELCA) pour valoriser et faire connaître auprès des acteurs professionnels les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) entre 2013 et 2015, en partenariat avec l'Éducation Nationale et la Protection Judiciaire Jeunesse:

- › Animation d'un comité de pilotage interinstitutionnel,
- › Organisation d'une journée régionale (2013) d'information à destination des professionnels et diffusion d'un guide dédié,
- › Financement d'actions de sensibilisation au repérage des pratiques addictives chez les jeunes,
- › Une expérimentation sur 3 ans a été engagée en 2015 dans le cadre d'un protocole avec la Direction Territoriale de la Protection de la Jeunesse (DTPJJ) du Nord et la Fédération Addictions afin de sensibiliser les mineurs sous-main de justice à risques ou concernés par des addictions, de les orienter et d'organiser une prise en charge précoce. 6 structures d'accueil de ces populations sont concernées et 6 dispositifs CJC d'un même territoire. Le protocole prévoit l'orientation systématique vers la CJC ainsi que la mise en place d'un suivi, et des échanges interprofessionnels (formation, analyse de pratiques).

En 2016 et 2017, ces actions seront renforcées par la mise en place d'outils et campagnes de prévention spécifiquement pensés pour le public jeune à l'issue d'une étude dédiée menée par le CHRU et l'université de Lille, et par l'organisation d'une journée régionale sur le thème des addictions chez les jeunes.

Accès et recours aux soins

Un effort significatif a été réalisé pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins en addictologie par un rééquilibrage territorial de l'offre. Ainsi un équipement spécialisé et/ou généraliste en addictologie est désormais offert sur chaque zone de proximité :

- › Plusieurs Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) ont été créés, notamment dans le Pas de Calais. La capacité résidentielle en CSAPA a été augmentée de 39 places, soit une évolution de 15% entre 2011 et 2016.
- › La capacité d'accueil en Appartements de coordination thérapeutique a été augmentée de 69 places, soit une évolution de 229%.
- › L'implantation de 3 SSR spécialisés par territoire de santé a été réalisée, à l'exception d'une mention non attribuée sur la Métropole.

Malgré ces progrès, l'accès aux soins en zone rurale demeure plus sensible et nécessite d'être renforcé. Les zones rurales ont fait l'objet d'une attention particulière sur la période avec l'implantation ciblée d'antennes et de consultations avancées ainsi que d'équipes mobiles (Flandre intérieure et maritime, Audomarois). Deux centres supplémentaires destinés à favoriser l'accès aux traitements de substitution ont également été implantés.

Par ailleurs, l'Agence a favorisé le développement d'une démarche proactive vers les publics qui ne vont pas spontanément vers le soin, ainsi que la réponse apportée aux populations isolées et/ou en situation de précarité.

A titre d'exemple :

- › **Parents et femmes isolées** : un centre thérapeutique de 5 places spécialisé dans l'accueil des femmes consommatrices de produits psychoactifs enceintes et/ou avec enfant a été créé, ainsi qu'une équipe mobile « parentalité-addictions » d'appui à la parentalité pour les familles faisant face à des pratiques addictives (parent et/ou enfant) adossée à un CSAPA.

- › **Précarité** : une équipe de Maraude en lien avec le SAMU social a été financée pour aller vers les usagers de drogue en situation de précarité.
- › **Détenus** : pour lutter contre la prévalence élevée des consommations en milieu carcéral et les ruptures de prise en charge occasionnées par la détention, l'ARS s'est engagée dans des actions spécifiques de réduction des risques et d'organisation de la prise en charge en partenariat avec les professionnels des établissements pénitentiaires :
 - L'agence anime depuis 2012 un dispositif de 8 CSAPA référents pour la préparation à la sortie d'incarcération et à la continuité des soins des personnes souffrant d'addictions (10 établissements pénitentiaires concernés) avec la Fédération Addictions. Des postes d'éducateur ont été financés dans le cadre de protocoles locaux d'organisation des soins
 - 7 des CAARUD de la région interviennent en milieu carcéral dans le cadre de leurs missions. En 2013, 555 détenus ont bénéficié de ces interventions.
- › **Personnes sous injonction thérapeutique** : un protocole régional avec la Justice a permis l'habilitation de 26 médecins relais par l'ARS, chargés d'évaluer l'état de dépendance des personnes soumises à une injonction thérapeutique, de les orienter vers le soin et de contrôler l'application des décisions judiciaires. A un an de fonctionnement, les partenaires ont manifesté un véritable intérêt pour ce protocole et un bon niveau de participation. Cependant le nombre d'injonctions prononcées et suivies demeure très faible par rapport aux besoins potentiels.

Coordination et qualité des soins

L'Agence s'est attachée à renforcer la qualité des soins sur le territoire par **des mesures d'appui à la formation des professionnels, et par l'appui à la coordination des acteurs autour du dépistage et de la prise en charge en intra et en extrahospitalier**. Ces actions ont impliqué la recherche de complémentarités entre les secteurs et le développement d'orientations communes.

- › **L'accès au dépistage** pour les usagers à risque a été renforcé en région par la mise en place **d'un fibroscan itinérant** couvrant deux territoires de santé (Hainaut et Littoral – déploiement sur les 4 territoires ciblés) porté par un CSAPA référent. Ce dispositif facilite le repérage et l'évaluation de la fibrose hépatique chez les usagers des CAARUD et CSAPA et l'adaptation de la prise en charge de ces patients. Des partenariats ont été développés entre acteurs hospitaliers et structures médico-sociales pour le partage de l'équipement et la mise en place d'un parcours coordonné de soin qui prévoit une consultation en gastroentérologie. Le bilan à 1 an de fonctionnement sur le Hainaut indique 382 examens réalisés, 20% de patients orientés vers un gastro-entérologue et 10% présentant une fibrose sévère. 15 hépatites (B&C) ont été dépistées. Malgré une montée en charge encore en cours (cible de déploiement régional non encore atteint), des bénéfices sont perçus en termes de qualité du dépistage et de coopération entre les structures engagées (CSAPA, structure médico-sociales d'addictologie et centres hospitaliers) et d'encouragement au recours aux soins. Le réseau hépatites du CHRU de Lille est chargé de l'analyse épidémiologique et de l'impact de la démarche.
 - › L'appui des ELSA (Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie) avec pour mission la formation et l'assistance aux personnels soignants des services d'urgence et impliqués dans la prise en charge des addictions ont été renforcés : 20 ELSA sont financées en région, et une enquête « activité » a été déployée en avril 2016 (y compris pour les équipes situées en ex-Picardie) pour analyser plus finement leur activité réelle.
 - › Les sites de consultations hospitalières en addictologie ont été développés (18 sites à fin 2014, file active moyenne de 777 patients)
- En revanche, un groupe de travail « filières réseaux » prévu avec le réseau addictions sur la coordination entre professionnels de premier recours et les structures de prise en charge spécialisés n'a pas été tenu (financement du réseau mis en question).
- › Des actions de formation ont été menées en faveur d'une meilleure qualité des soins. A titre d'exemple, l'URPS médecins a délivré des formations sur la démarche RPIB -Repérage Précoce Intervention Brève- pour 106 médecins en 2013. Cette méthode permet aux professionnels de mieux repérer les consommations excessives d'alcool et de mieux soutenir leur réduction.

L'appréhension transversale des problématiques et l'élaboration d'un plan d'actions sur le parcours de personnes souffrant d'addictions entre les secteurs (sanitaire, médico-social, social) a été favorisée par l'animation de la Commission Régionale Addiction (CRA) qui a permis de réunir les acteurs de l'addictologie (professionnels, institutionnels, experts) 4 à 5 fois par an et de valider les orientations et conditions de mise en œuvre d'un programme dédié aux addictions (dont la mise en œuvre aura lieu jusque fin 2017). L'adhésion des acteurs a été positive.

Néanmoins, le développement de la transversalité entre les différents secteurs de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions et l'acquisition d'une vision commune sur la formation des professionnels en particulier constituent un axe d'amélioration.

La région s'est enfin distinguée par **le développement d'une capacité d'adaptation des prises en charge et de prise en compte de besoins émergents**, en faveur d'une meilleure qualité des soins:

- › Par **la création d'un Pôle Régional de Spécialisation sur les Addictions aux Jeux (PréSAJ)** constitué de 4 CSAPA référents, du service d'addictologie du CHRU Lille et du réseau « Gambling », qui a permis de développer des compétences en matière de soin, de formation, de recherche afin de prendre en compte de nouveaux besoins depuis la recherche jusqu'à la prise en charge. Un diagnostic régional a été réalisé et a donné lieu au renfort de CSAPA, à l'organisation de 5 sessions de formation territoriales et à la définition de parcours de prise en charge spécifiques.
- › Par l'appui à des études menées dans l'objectif d'améliorer la qualité des prise en charge :
 - Un travail est en cours sur la mise en place de traitements de substitution aux opiacés a été mené en lien avec la Fédération Addiction et la Fédération de Recherche en Santé Mentale,
 - Une étude en cours sur le recours aux urgences des jeunes avec diagnostic d'intoxication éthylique aigue dans les centres hospitaliers.

Résultats

- › On constate une évolution à la hausse des séjours pour alcool et toxicomanie sur la région (+33% entre 2011 et 2014) accélérée à partir de 2012 (+6% entre 2012 et 2013, +25% entre 2013 et 2014). Cette tendance doit être interprétée avec précautions dans la mesure où des évolutions de codage ont pu contribuer à l'effet observé.
- › Le nombre de personnes nouvellement admises en ALD prématurée alcool et tabac est globalement stable entre 2012 et 2014 (réduction de l'ordre de 6% de l'incidence prématurée ALD Tabac, 3% pour l'incidence prématurée ALD Alcool), avec une réduction de ces indicateurs observée sur les deux ALD entre 2012 et 2013 puis une remontée entre 2013 et 2014

Année	2011	2012	2013	2014
Incidence prématurée ALD alcool ¹⁴		2 167	1 848	2 097
Nombre de séjours G173, alcool et toxicomanie ¹⁵	26 360	26 251	28 015	35 297
Incidence prématurée ALD Tabac ¹⁶		4 564	3 690	4 262

¹⁴ Source FNORS, l'ALD alcool est un regroupement d'ALD dont les pathologies sont liées à l'alcool.

¹⁵ Source PMSI

¹⁶ Source FNORS, l'ALD tabac est un regroupement d'ALD dont les pathologies sont liées à l'alcool.

Améliorer les comportements alimentaires et la prise en charge de l'obésité

Principaux enjeux régionaux

L'obésité est une préoccupation importante en région : le niveau de prévalence de cette pathologie et son augmentation est plus particulièrement marquée pour les adultes¹⁷, alors que l'évolution du taux d'obésité infantile régional montre un ralentissement dans son évolution¹⁸. L'obésité entraîne un accroissement de la mortalité et constitue un important facteur de risques dans le développement de diabète, de maladies cardiovasculaires, et de certains cancers.

Réalisations et chiffres clefs

Prévention des facteurs de risques de l'obésité

Les nombreuses actions de prévention primaire portant sur les comportements alimentaires déployées au cours de la période témoignent d'une forte mobilisation de l'Agence et de ses partenaires afin d'agir au plus tôt et de manière ciblée (sur les territoires présentant les IMC les plus élevés) sur les facteurs de risques de l'obésité. Parmi les principaux leviers actionnés :

- › Le déploiement d'actions en milieu scolaire sur la période 2014-2016 par une convention avec l'éducation nationale, avec dans une approche de la maternelle au lycée et intégrant les activités périscolaires,
- › La co-instruction de l'appel à projets avec le conseil régional a donné lieu à la réalisation, entre 2011 et 2014 de 253 actions ciblées sur les comportements alimentaires et la promotion de l'activité physique correspondant à un financement de 3,23 millions d'Euros, soit 8% des projets financés sur cette période,
- › Le financement d'opérateurs supra-territoriaux pour des actions ciblées, par exemple :
 - Avec l'Institut Pasteur de Lille (IPL) par l'animation de journées d'information et d'échanges plus particulièrement orientés sur les adolescents, jeunes enfants et leurs parents ainsi que les publics en situation de précarité,
 - A l'intention des professionnels avec le COREPS (comité régional d'éducation pour la santé) : organisation d'une formation de 4 jours pour chaque territoire de santé, sur la mise en place de projets pour les publics vulnérables, et le FNARS (Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale),
 - Au sein du milieu professionnel, avec l'ISTNF (Institut de Santé Au Travail du Nord de France) par des actions de formation (ex. nutrition et santé a travail, formation dédiées aux rythmes décalés).

Illustration 1– action ACTI FRUITI

Objectifs et nature des actions menées :

L'action s'adresse aux enfants de 0 à 5 ans (maternelles) ainsi que leurs parents pour sensibiliser aux bienfaits de la consommation de fruits et d'une activité physique quotidienne pour la santé. Cette opération consiste en des séances d'information, animées par le personnel prévention des caisses primaires d'assurance maladie, la diffusion d'outils pédagogiques adaptés pour faire le lien entre alimentation équilibrée et activité physique. Des ateliers cuisine sont également proposés aux parents.

Porteur(s) : CPAM de Cambrai

Illustration 2– Action PRIMA PORTA

Objectifs et nature des actions menées :

L'action s'adresse à des enfants de 6 à 14 ans et leurs familles en situation de précarité sociale. La compagnie PRIMA PORTA mène des actions menées en IME (Institut Médico-Educatif) et dans les quartiers prioritaires de la ville autour de l'approche physiologique de l'alimentation par le biais d'ateliers pédagogiques « je mange mieux », et de représentations théâtrales.

Porteur(s) : Compagnie Prima Porta

¹⁷ Taux d'obésité le plus élevé de France selon l'enquête Obépi en 2012 (21,3%) au lieu de 20,5 en 2009.

¹⁸ Taux d'obésité : 8,32% pour les élèves de CP en 2012.

Implantation: Régional, écoles maternelles volontaires

Résultats obtenus: 20 000 enfants touchés chaque année. 130k€ alloués en 2013.

Implantation : Lille, Douai

Résultats obtenus : 182 enfants touchés et 190 adultes. 15k€ alloués en 2015.

Amélioration des pratiques de dépistage et d'orientation

Les pratiques de repérage précoce et d'orientation ont été diffusées auprès des professionnels de premier recours intervenant auprès d'enfants (pédiatres, médecins traitants, professionnels paramédicaux) au moyen de formations pluridisciplinaires délivrées par l'URPS intégrant notamment le suivi de la courbe de poids, qui ont couvert l'ensemble des zones prioritaires ciblées.

L'agence apporte, par ailleurs, un appui méthodologique aux professionnels de la santé scolaire de l'éducation nationale sur la structuration des données de taille et poids ainsi que la stabilisation d'un protocole qui doit permettre dès 2016 la réalisation d'étude annuelles.

Gradation de la prise en charge de l'obésité

Les réalisations en matière d'offre de prise en charge se sont orientées sur **la mise en place d'un maillage territorial de l'offre pour une meilleure orientation des patients**, par une stratégie de mise en valeur des services performants et de conventionnement et d'intégration de l'éducation thérapeutique dans les parcours de soin :

- › **L'installation de quatre Centres Spécialisés Obésités (CSO)** sur chaque territoire de santé, dès 2012, et **le financement d'un poste de coordination régionale** ont permis la structuration des filières de prise en charge de l'obésité et l'optimisation des parcours. Les CSO ont impulsé la signature de conventions avec les établissements de santé, réseaux de santé et SSR et déployé une dynamique d'amélioration des pratiques d'orientation des patients à l'échelle locale entre les établissements et la ville.
- › **La conduite de deux campagnes de labellisation de services de soin** permettant de valoriser la qualité de prise en charge des personnes atteintes d'obésité sévère a favorisé la mise en place d'un maillage territorial de l'offre (conventionnement prioritaire avec les CSO, informations pour l'orientation du patient) : 29 unités de court séjour et 10 unités de soins de suite ont ainsi été labellisées par l'ARS.
- › **L'éducation thérapeutique (ETP) a été développée** avec 54 nouveaux programmes autorisés sur le territoire (dont 15 ciblés sur l'obésité infantile). Leur activité représentait en 2015 une file active d'environ 4 500 personnes. La politique de labellisation a intégré en 2013 un critère obligatoire d'existence de programmes d'ETP dans la prise en charge.

Les travaux des professionnels sur l'amélioration des pratiques de prise en charge ont, en outre, conduit à la diffusion de recommandations régionales, plus particulièrement :

- › Pour la prise en charge de la femme enceinte souffrant d'obésité, relayées par le réseau de santé périnatalité auprès des maternités locales. L'objectif poursuivi est désormais de mettre en valeur les maternités et expérimentées pour ce type de prise en charge.
- › Autour des pratiques de chirurgie bariatrique, au moyen d'une grille d'instructions et de visites de conformité menées conjointement avec l'Assurance Maladie (7 établissements de la région ont été visités en 2015, dont 3 ont fait l'objet d'une mise en conformité)

Résultats :

- › Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge en éducation thérapeutique surpoids/obésité a connu une très forte progression entre 2011 (213 enfants) et 2014 (850 enfants).
- › Les données de la médecine scolaire indiquent une tendance d'évolution favorable des taux d'obésité et de surpoids chez les jeunes enfants observés au niveau régional :

- Le taux d'obésité et de surpoids chez les enfants de 6^{ème} est en décroissance de -1,5 points entre 2010 et 2014 (16,98% à 15,51%)¹⁹
- Le taux d'obésité et de surpoids chez les enfants de CP est en décroissance de -2,8 points entre 2010 et 2014 (10,6% à 7,77%)²⁰
- › Chez les adultes, la disponibilité des données quadriennales de l'enquête obépi indiquent une tendance à l'augmentation du taux d'obésité entre 2009 et 2012 de +0,5points (passage de 20,5% à 21%). La disponibilité des données ne permet pas à ce jour d'évaluer les tendances d'évolution plus récentes.

Agir en faveur de la santé environnementale

Principaux enjeux régionaux

L'environnement constitue un déterminant majeur de la santé de la population régionale. Au-delà des missions de police sanitaire assurées par l'Agence (Contrôle et inspection), le Schéma Régional de Prévention a posé des objectifs de prévention et de promotion de la santé environnementale au regard de plusieurs facteurs de risque : les risques auditifs, l'insalubrité de l'habitat, la qualité de l'air intérieur. Ces facteurs font l'objet d'un suivi et d'actions spécifiques par l'ARS. Sur ce point, le pôle habitat santé de l'ARS est le seul service en France à avoir été accrédité norme ISO 17020.

Les mesures du Schéma Régional de Santé relevant de la santé environnementale sont reliées à une partie des 16 fiches-action du PRSE II (Plan Régional Santé Environnement) élaboré en 2011 :

- La lutte contre l'habitat indigne comporte deux principales orientations:
 - o Le renfort du dispositif de lutte contre l'habitat indigne correspond à la fiche action N°6 du PRSE
 - o La promotion du métier de conseiller médical en environnement intérieur correspond à la fiche action N°7 du PRSE
- La prévention des risques auditifs correspond à la fiche action N°1 du PRSE
- La sensibilisation en santé environnement correspond à la fiche action N°15 du PRSE
- L'amélioration de la qualité de l'air intérieur (connaissance des sources de pollution, réduction des expositions au sein des bâtiments recevant du public et accueillant des enfants) correspond à la fiche action N°5 du PRSE

Le bilan évaluatif réalisé sur les orientations du Schéma Régional de Prévention en matière de santé-environnement est fondé le suivi des fiches action du PRSE II correspondantes, à fin 2015.

Les groupes de travail ont établi les actions à mener sur des thématiques prioritaires, mais le diagnostic initial n'a pas été réalisé. Les actions menées se sont déployées sur la région en l'absence d'identification des zones d'inégalité environnementales prioritaires.

Réalisations et chiffres clef

Qualité de l'air intérieur

Des mesures financées sur la période pour améliorer la qualité de l'air intérieur ont permis de sensibiliser un large nombre de collectivités et d'inciter à des changements de pratiques :

- › Un projet portant sur des prélèvements de l'air intérieur au sein des écoles de la ville de Lille (182 k€),
- › Un travail d'autodiagnostic au sein des crèches de la région par l'association APPA²¹, renouvelé chaque année depuis 2013 (14 500€ en 2015),
- › Une mesure nommée « Projet Archi m'aide » fait le lien entre qualité de l'eau et qualité de l'air par l'amélioration de l'hygiène des baigneurs dans les piscines, plus particulièrement orienté vers un public enfant (124k€),
- › Ces mesures ont représenté un financement à hauteur de 346k€.

¹⁹ Source Education nationale

²⁰ Source Education nationale

²¹ Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique

La lutte contre l'habitat indigne

La lutte contre l'habitat indigne a représenté un budget de 762 k€ sur la durée du plan²². Elle intègre les fonctions régaliennes de contrôle sanitaire des logements menées par l'Agence. Le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire conduisant à une procédure est passé de 590 en 2013 à 709 en 2014, en lien avec les Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS). L'augmentation du nombre de situations ainsi traitées montre à la fois une progression dans le repérage des habitations insalubres, et une dynamique croissante d'amélioration de l'habitat puisque ces évaluations donnent lieu à des interventions et travaux. L'action a donc été soutenue dans ce domaine où certains territoires de la région, comme le Hainaut-Cambrésis, ont des besoins plus importants.

Quatre postes de Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMIE) ont été financés afin d'intervenir pour l'évaluation au domicile et l'identification des problématiques de santé liées à l'habitat (notamment des difficultés respiratoires) ainsi qu'une plateforme régionale des CMEI qui coordonne leurs interventions. Ce dispositif a connu une importante montée en charge. En 2014, 400 demandes d'interventions et 330 visites ont été effectuées, 154 médecins prescripteurs ont été impliqués pour le suivi de près de 380 patients. Les résultats sur la santé des personnes sont positifs : des conseils suivis et une réduction des antibiotiques consommés constatés par les médecins²³.

Des projets de sensibilisation ont été menés au sein des Centres Communaux d'Action Sociale et par le réseau associatif PACT en faveur de l'amélioration de l'habitat et des conditions de vie, afin d'appuyer les communes dans la prévention de la dégradation des logements et l'accompagnement des personnes victimes de logements insalubres (relogement, appui social et médico-social –dans le cadre d'un marché dédié URPACT).

Enfin, des actions de **prévention des intoxications au CO ont été menées** : 146 relais destinataires d'une newsletter, 117 structures relais et 150 enseignants sensibilisés ainsi qu'une campagne grand public.

Risques auditifs

Une mesure de prévention des risques auditifs liés à l'écoute et à la pratique de musique amplifiée a été menée à un rythme annuel et financée par l'agence à hauteur de 159k€ par an. Des concerts "peace and love" associées à des interventions pédagogiques ont été organisés pour la diffusion de messages et conseils de prévention auprès des publics scolaires. Ces projets ont permis de toucher près de 12 000 personnes en 2013, 255 interventions ont été menées.

Enfin, des formations ont été dispensées auprès de professionnels du son, infirmières scolaires et enseignants (27 « relais territoriaux » ont ainsi été sensibilisés en 2013, essentiellement des infirmières, et 188 professionnels du secteur musical).

Promotion et sensibilisation en santé-environnement

L'agence s'est attachée à accompagner les associations et les bénévoles dans leurs actions en lien avec la santé-environnement par de nombreuses actions d'information et de sensibilisation, qui ont représenté un total de 377k€ depuis 2014.

Ainsi, par exemple, un projet de sensibilisation des professionnels de santé de la petite enfance et de la périnatalité sur les polluants de l'air intérieur ainsi que les contenants alimentaires et cosmétiques a été mené, avec un relai par les réseaux périnatalité de la région : 350 professionnels formés en 2013, des retours positifs sur l'évolution des comportements et l'impact des messages relayés par les professionnels auprès des jeunes parents.

Les actions dans ce domaine sont nombreuses (26 réalisées, dont des actions annuelles) et les retours d'efficacité variables. Une réflexion devra être menée sur leur fonctionnement.

²² Source interne ARS

²³ Bilan 2015 de l'action de l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique sur la plateforme régionale CMEI

Qualité de l'eau

Concernant la qualité de l'eau, l'ARS a poursuivi ses actions d'incitation auprès des collectivités responsables de la distribution. Ainsi en 2015, 836 situations de non-conformité ont été gérées et un travail a été engagé avec 20 communes pour engager des mesures de traitement de problèmes récurrents de qualité de l'eau²⁴.

Résultats

- › Le pourcentage des unités de distribution d'eau non conformes baisse régulièrement depuis 5 ans et cette diminution s'est poursuivie en 2013 (8,5%), 2014 (7,4%) et 2015 (7,18%).
- › Le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation a augmenté de 20% entre 2012 et 2014. Cette évolution traduit une tendance positive pour la détection des situations de logement insalubre et la dynamique d'intervention. Les effets sur la santé de l'amélioration ainsi produite sur l'habitat demeurent difficiles à objectiver.
- › Le nombre d'intoxications au CO sur la région a connu une diminution entre 2012 et 2014, passant de 10,5 cas pour 100 000habitants à 7,8 cas, qui correspond au niveau de 2011. Des effets positifs des actions menées sont donc constatés. Néanmoins, il demeure très supérieur au niveau national (le niveau national est en moyenne de 3,7 affaires d'intoxications pour 100 000 habitants entre 2011 et 2014, pour un niveau de la région atteint en 2014 près de deux fois supérieur : 7,8 cas pour 100 000habitants).

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre d'affaires d'intoxications au CO pour 100 000 résidences principales ²⁵	7,7	10,5	11,3	7,8

²⁴ Source : rapport d'activité ARS Nord-Pas-de-Calais, 2015

²⁵ Source : CIRE

6.1.2 Un accès garanti au système de santé

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

Le Projet Régional de Santé a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?

La garantie de l'accès au système de santé suppose que toute personne, quels que soient son besoin de santé et sa situation (sociale, géographique, financière) puisse accéder à une orientation et à une prise en charge adaptée, à tout moment. Les mesures et actions mises en œuvre dans le cadre du Plan Régional de Santé ont contribué à favoriser cet égal accès au système de soins en agissant sur plusieurs champs : le maillage de l'offre de soins sur le territoire, l'appui à une permanence d'accès aux soins, l'adaptation de l'offre aux spécificités de publics isolés, en situation de précarité ou nécessitant un accompagnement spécialisé, (personnes en situation de handicap), le déploiement de dispositifs favorisant une démarche d'« aller vers » le patient et enfin une incitation à l'implication du patient dans sa démarche de soins.

L'Agence a su activer sur la période d'évaluation des leviers à la fois organisationnels, financiers, technologiques et réglementaires et agir sur la disponibilité d'une offre adaptée et inscrite dans la proximité pour la population.

En revanche, des efforts restent à mener en réponse aux problématiques d'accès financier aux soins et d'accès à la prévention pour les personnes en situation de précarité.

Réalisations clef

Vers une réduction des écarts infrarégionaux d'accès aux soins

- › Le PRS a contribué à agir de manière ciblée sur le maintien et l'installation de professionnels de santé dans les zones les plus fragiles, par un accompagnement soutenu en matière d'incitation aux installations. Ainsi, les outils du Pacte Territoire Santé déployés ont fait l'objet d'un suivi personnalisé par le référent installation. L'Agence a contribué au développement de modes d'exercice renouvelés et plus attractifs par l'accompagnement de 25 Maisons de Santé pluri professionnelles. Ces différentes mesures ont permis de diminuer les écarts de densité infrarégionale en soins infirmiers, et dans une moindre mesure en médecine générale.
- › Des mesures de transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale ont été mises en œuvre en faveur d'une capacité d'accueil adaptée aux besoins et d'une réduction des écarts infra-territoriaux, et ce plus particulièrement dans le champ des handicaps.
- › L'Agence a enfin su tirer parti de la télémédecine comme appui à l'accès aux soins, par une forte dynamique d'expérimentation dans ce domaine caractérisée par plusieurs projets pilotes en cours d'extension sur la région (télé-AVC, dépistage de la rétinopathie diabétique) et permettant un renfort de l'accès à un diagnostic spécialisé.

Le maintien d'une permanence d'accès au système de santé

- › La possibilité d'un accès permanent à une orientation médicale a été renforcée par des dispositifs d'organisation adaptés à une permanence des soins ambulatoire tels que le développement de 13 Maisons Médicales de Garde, et du dispositif téléphonique Médi'ligne (accès téléphonique à une orientation par un médecin régulateur en nuit profonde).
- › Enfin, la permanence des soins en établissements de santé a été maintenue et mise en conformité.

Une offre adaptée pour lever les freins liés à l'isolement, à la précarité, à l'absence de réponse adaptée

Une dynamique d'adaptation de l'offre a permis d'agir sur les freins liés à l'isolement, à la précarité, à des situations complexes ne bénéficiant pas d'une réponse adaptée. Ainsi, on retiendra à titre d'illustration :

- La prise en compte des problématiques d'isolement des détenus par l'appui au développement de

téléconsultations reliant quatre centres hospitaliers avec les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire de la région

- La démarche de transformation et d'adaptation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap et la recherche de réponses aux situations complexes (« zéro sans solutions »). Un effort important a été porté sur l'augmentation de la part des services au domicile, pour un accompagnement au plus près du patient
- La mise en fonctionnement de dispositifs spécialisés dans l'accès aux soins pour les personnes précaires, telles que les SSIAD Précarité, le développement des Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité
- Des réponses aux besoins de soins des personnes âgées ou handicapées institutionnalisées portées par des organisations innovantes telles que le SSIAD Personnes Handicapées intervenant au sein de structures médico-sociales, la téléconsultation en EHPAD

Les difficultés d'accès aux droits des publics en situation de précarité ont été traitées par une simplification de la mise en œuvre des dispositifs règlementaires existants, par des mesures de coordination des professionnels des champs social et sanitaire (par exemple au travers des Réseaux de Précarité Santé Mentale), ainsi que des dispositifs dédiés tels que le « ligne urgence précarité » pour détecter les situations problématiques et les traiter en délai limité.

Une démarche tournée vers le patient

- › Une démarche d'« aller vers » les usagers en situation de précarité a été déployée, par exemple dans le cadre de la politique de la ville, par l'accompagnement de 35 Adultes Relais Médiateurs Santé (ARMS) au cœur des quartiers prioritaires
- › L'éducation thérapeutique constitue un levier d'implication du patient dans sa propre démarche de soins, notamment pour les maladies chroniques, favorisant en ce sens une autonomie dans l'accès aux soins. La région a bénéficié d'une importante dynamique de développement et d'inscription de l'éducation thérapeutique dans le premier recours.

Points d'amélioration

Le PRS n'a pas permis, au moment de l'évaluation, d'agir en faveur d'une réduction des freins financiers de l'accès aux soins. Si la connaissance des reste-à-charge a pu être renforcée, les actions d'application du droit commun n'ont pas permis à ce stade d'aboutir à une mise en œuvre et des résultats tangibles.

L'accès à la prévention a par ailleurs été peu développé à destination des publics spécifiques, notamment les personnes en situation de précarité.

La mise en œuvre du Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes Handicapées à partir de 2016 doit contribuer à l'accès à la prévention pour ces publics.

L'évolution des indicateurs d'usage des dispositifs

- › **Accès aux soins des populations démunies** : à titre d'exemple, la ligne urgence précarité (CPAM du Hainaut et PASS de Denain) a permis de traiter plus de 1 300 signalements entre 2013 et 2015, dont 60% ont pu être traités dans un délai de 0 à 14 jours.
- › **Accès des personnes handicapées** :
 - Le taux d'équipement régional pour la prise en charge des enfants a augmenté de + 0,78 points entre 2011 et 2016 (passage d'un taux de 10,57 ‰ à 11,35 ‰). Cela représente une extension de l'offre de 1 098 places
 - Le taux d'équipement régionale pour la charge des adultes, une évolution de + 0,58 points entre 2011 et 2016 (passage d'un taux de 6,27 ‰ à 6,85 ‰). Cela représente une augmentation de 1 568 places.
- › **Permanence des soins** : une fréquentation des Maisons Médicales de Grade augmentée de +31% entre 2012 et 2015
- › **Education Thérapeutique** : une file active des programmes en croissance de +66% entre 2013 et 2015,

et représentant plus de 25 000 patients en 2015

- › **Accès aux professionnels de santé** : 148 Contrats d'Engagement de Service Public et 20 contrats Praticien Territorial de Médecine Générale signés, 25 Maisons de Santé Pluridisciplinaires en fonctionnement
- › **Télé médecine** : 40 300 télé-expertises, 4 500 téléconsultations et 126 300 actes de téléradiologie enregistrés par la plateforme de télé médecine entre 2011 et 2015. Une activité du dispositif télé-AVC multipliée par 6 entre 2011 et 2015, avec plus de 4 700 patients pris en charge.

L'évolution des indicateurs d'efficacité

Evolutions positives	Evolutions neutres	Evolutions négatives
<p>Populations démunies</p> <p>› Une part de bénéficiaires de la CMUC ayant consommé une consultation généraliste stable (légère hausse de +1,6points entre 2012 et 2014) et supérieur à la consommation de la population générale, montrant un maintien de l'accès aux soins de premier recours pour les bénéficiaires de la CMUC.</p> <p>Télé médecine</p> <p>› Dans le cadre de la filière AVC intégrant télé-AVC, on observe une augmentation de +45% des actes de thrombolyse réalisées en région entre 2012 et 2015, démontrant un accès aux premiers soins de l'AVC amélioré</p> <p>Accès aux professionnels de santé</p> <p>› Les écarts de densité infrarégionale entre bassins de vie sont en repli, notamment pour l'offre en soins infirmiers (les bassins de vie les mieux dotés le sont 5,7 fois plus que les moins dotés en 2013, contre 9,5 fois plus en 2010. Les écarts de densité constatés se sont donc réduits entre 2010 et 2013)</p>	<p>Accès aux professionnels de santé</p> <p>› En zones fragiles, le nombre de médecins généralistes a légèrement baissé entre 2012 et 2014 (passant de 922 à 904).</p> <p>› L'écart de densité constaté entre les bassins de vie s'est légèrement réduit pour les médecins (passage d'un écart de densité de 7 en 2010 à 6 en 2014).²⁶</p>	

²⁶ Données ARS 2014 (Service statistique)

Favoriser l'accès des populations démunies

Principaux enjeux régionaux

La région Nord Pas de Calais est marquée par des indicateurs socio-économiques défavorables par rapport au niveau national : le taux de chômage atteignait, en 2011, 12,9% soit 3 points de plus que le niveau national, et le taux de pauvreté 60% soit 5 points au-delà du taux national²⁷. Or, les facteurs sociaux (chômage, isolement, précarisation) ont été identifiés parmi les premiers facteurs explicatifs d'une surconsommation régionale de soins de ville avec un recours plus marqué aux secours pour faire face à des situations courantes et à des difficultés d'accès à la prévention et aux soins. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les populations en situation de précarité a été mis en œuvre à partir de 2013 et s'est concentré sur 3 difficultés :

- › L'accès financier aux soins, identifié comme première cause de renoncement, qui passe à la fois par la connaissance, le respect des droits et la maîtrise des reste à charge
- › L'atteinte et l'accompagnement des publics les plus vulnérables
- › La territorialisation des politiques d'accès aux soins mobilisant les différents acteurs : associations, DDSC, Départements, Assurance Maladie...

Réalisations et chiffres clef

L'accès aux droits

Des mesures ont été prises concernant **la simplification de la mise en œuvre des dispositifs réglementaires existants, essentiellement par un travail inter-CPAM**. Une harmonisation des exigences en matière d'ouverture des droits à l'aide médicale d'Etat (AME) a ainsi été menée à l'initiative des directeurs de CPAM ainsi que plusieurs initiatives et expérimentations locales qui restent à évaluer pour une extension à l'échelle régionale, notamment :

- › La mise en place de référents précarité au sein des CPAM,
- › Deux dispositifs nouveaux engagés sur le territoire du Hainaut:
 - **Une "Ligne Urgence précarité », dédiée et confidentielle, a été mise en place entre le CPAM du Hainaut et le PASS de Denain**. Elle intègre 437 médecins généralistes, 260 pharmaciens, une maison de santé pluridisciplinaire, 15 CCAS, 7 PASS hospitalières et 18 Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM), pour le signalement de situations de vulnérabilité urgentes et l'apport d'une réponse globale organisée par des coordonnateurs dédiés au sein de la CPAM (3 Equivalent temps plein). Un bilan évaluatif réalisé sur la période de juin 2013 à décembre 2015 relève près de 1 300 signalements reçus dont 60% ont pu être traités dans un délai de 0 à 14 jours. Le dispositif permet de répondre au besoin exprimé par les professionnels de santé libéraux de traitement de situations sociales freinant l'accès aux soins²⁸.
 - Une ligne et une adresse mail dédiées entre CPAM du Hainaut et les MJPM.

Par ailleurs, des initiatives portant sur l'extension de la couverture de la complémentaire maladie (CMUc) et des Aides au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ont été initiées via un travail de repérage des travailleurs pauvres par la médecine du travail, et un partenariat CPAM-CROUS-Académie de Lille visant à proposer un dispositif régional d'accompagnement des jeunes en situation de précarité leur permettant d'accéder rapidement à une complémentaire santé.

La maîtrise des reste-à-charge

Une cartographie des zones problématiques à l'égard des publics fragiles et assurés CMUc, AME et ACS ont été élaborées annuellement afin de développer une vision territoriale des zones où développer l'action. **Si la connaissance des reste-à-charge a ainsi été renforcée, les actions d'application du droit commun sur les zones identifiées n'ont pas permis à ce stade d'aboutir à une mise en œuvre et des résultats tangibles.**

²⁷ Source : diagnostic PRAPS

²⁸ Bilan Ligne Urgence Précarité juin 2013-décembre 2015, CPAM Hainaut-Artois

L'accès à l'offre de soins

Les mesures réalisées en faveur d'un meilleur accès à l'offre de soins se sont concentrées sur **la réduction des refus de soins, la mise en place coordinations entre professionnels intervenant dans le domaine de la santé et de l'action sociale, et le renfort d'une offre de premier recours adaptée.**

› Une harmonisation du traitement des refus de soins signalés par les assurés en CPAM est en cours d'expérimentation sous la forme d'une fiche unique transmise au conciliateur de la CPAM d'affiliation de l'assuré. **Les signalements sont peu nombreux et les refus de soin difficile à objectiver.** Une étude doit être conduite en 2015-2016 dans le cadre de la Plateforme régionale d'observation sociale (à l'initiative de la DRJSCS) afin de mieux définir et comprendre les raisons spécifiques du non recours dans la région et préconiser des leviers d'actions

› Un renfort de la coordination entre professionnels de santé et de la cohésion sociale a été permis :

– Par l'organisation de temps d'échanges entre professionnels du dispositif AHI (Accueil Hébergement Insertion) et professionnels du secteur médico-social (quatre réunions territoriales organisées par la Fédération Nationale de Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale - FNARS) permettant d'aborder les réponses aux thématiques de préoccupation communes

– Par le **développement de 17 Réseaux Précarité Santé Mentale (RPSM)** associant la psychiatrie et les professionnels du dispositif AHI dans l'objectif d'améliorer l'accès et le recours aux soins de santé mentale et de garantir la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement social. La coordination des RPSM fait appel à des binômes d'acteurs l'un sanitaire (EPSM Lille Métropole) et l'autre social (FNARS), financés par l'Agence. Ils regroupent plus de 250 structures et 700 acteurs en région. Les collaborations ont permis la mise en œuvre de formations communes et de groupes de travail. Différentes problématiques ont été abordées : prise en charge à domicile des personnes en demande de soins, réponses médicales et sociales au refus de soins, amélioration du repérage de la souffrance psychique, accompagnement des jeunes sortants de prison ou mineurs ayant commis des actes de délinquance. Une évaluation régionale de ces dispositifs est en cours.

› **Une offre de premier recours et d'accompagnement contribuant à une démarche d' « aller vers » les populations en situation de précarité a été développée** par l'Agence sur la période :

– Par **la création de deux SSIAD Précarité innovants** représentant au total 60 places réparties sur les zones de proximité de Lens, Hénin et Lille. Ces services s'adressent essentiellement aux personnes hébergées au sein du dispositif AHI et ont pour mission d'assurer une prise en charge adaptée tenant compte des problématiques liées à la précarité, la continuité des soins et la coordination avec les intervenants extérieurs (médecin traitant, hôpitaux...). Les SSIAD Précarité ont également un rôle d'appui et de lien avec les équipes sociales²⁹.

– Par **la mise en place de quatre EMPP dans le Pas-de-Calais (Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité)**, portant à 14 l'effectif régional. La structuration de leurs bilans d'activité est en cours au niveau régional.

– **Un ajustement des financements des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) MCO** a été réalisé en fonction des files actives, et le PASS du centre hospitalier de Calais a été renforcé.

– **L'Agence a enfin cofinancé avec les préfetures (25% ARS / 75% préfetures) 35 postes d'Adultes Relais Médiateurs Santé (ARMS)** dans le cadre de la politique de la ville. La médiation santé permet une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins par la création de lien entre l'offre de soins et un public manifestant des difficultés à y accéder. L'agence assure l'accompagnement méthodologique des médiateurs.

– En matière d'accès aux soins, plusieurs mesures demeurent en cours d'évaluation de la faisabilité telles que le financement de temps infirmiers au niveau des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) dépendant de la cohésion sociale, le développement de Lits Halte Soins Santé (LHSS) pédiatriques et le développement de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) Précarité pour les personnes âgées et handicapées vieillissantes.

L'accès à la prévention

²⁹ Bilan SSIAD précarité de l'ABEJ (Lille), à fin 2014

Le bilan évaluatif fait état de très peu d'actions menées dans ce domaine sur la période, notamment à destination des étrangers et personnes sans droits ce qui constitue un point d'attention dans un contexte d'accueil des migrants impliquant des problématiques qui excèdent le périmètre d'intervention de l'ARS (accès à l'eau, aux lieux d'hygiène, etc.).

Résultats

- › Des évolutions relevées dans l'accès aux droits des populations démunies par la mise en place de dispositifs dédiés au sein des CPAM et une observation plus approfondie des reste-à-charge...
- › ...mais une absence d'actions mesurables en faveur de la maîtrise des reste-à-charge.
- › Un renfort de la coordination entre professionnels de la santé et du champ social et de l'offre de premier recours dédiée aux populations précaires sur la région. Les effets sur l'accès aux soins et les refus de soins demeurent difficiles à apprécier.
- › Peu d'actions menées dans le domaine de l'accès à la prévention pour les populations démunies
- › Une part de bénéficiaires de la CMUC ayant consommé une consultation généraliste stable (légère hausse de +1,6points entre 2012 et 2014) et supérieur à la consommation de la population générale (15,9% contre 12% pour la population générale), montrant un maintien de l'accès aux soins de premier recours pour les bénéficiaires de la CMUC.

Améliorer l'accès au système de santé des personnes handicapées

Principaux enjeux régionaux

La région est caractérisée par une surreprésentation du handicap chez les enfants et les adultes, avec un écart au national accru chez les enfants (En 2013, la part des bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les jeunes de moins de 20 ans est en effet de 1,30 %, contre 1,01 % en France), sans que ce « sur-handicap » soit imputé à une pratique particulière des deux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Compte tenu de ces besoins importants et d'une offre de prise en charge en deçà du niveau national, le territoire connaît une saturation de ses dispositifs sanitaires et médico-sociaux dédiés aux personnes en situation de handicap. Par ailleurs, il existe un recours important aux établissements Belges pour les personnes restant sans solution d'accompagnement à la suite d'une orientation par les MDPH.

Par les actions mises en œuvre sur la période du PRS, l'Agence Régionale de Santé s'est attachée à :

- › Favoriser la prévention précoce des handicaps afin de contenir leur évolution,
- › Adapter l'offre aux besoins, la spécialiser pour faire face à la spécificité des handicaps,
- › Offrir sur chaque territoire une palette de services cohérente dans une logique de parcours.

Réalisations de chiffres clef

Détection et accompagnement précoce des handicaps

La stratégie d'amélioration du dépistage et de la prise en charge précoce de l'Agence a été plus particulièrement développée autour de l'Autisme (*se référer à l'encadré Autisme*), dont la détection au plus tôt augmente d'autant plus les chances de progression et d'intégration de l'enfant. D'autres actions ont également été conduites :

- › **Le renfort et l'appui à la montée en compétence des CAMPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)** : 10 CAMPS ont été renforcés sur la région (financement à hauteur de 2,1M€) ce qui a permis une réduction des délais de premiers rendez-vous, un développement des missions d'évaluation et d'articulation avec la prise en charge précoce de l'autisme (pour 6 CAMPS) et une harmonisation des tarifs entre les deux départements.

Les travaux sur l'articulation avec les dispositifs d'aval tels que les PMI, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), et les Services d'Éducation Spéciale de Soins à Domicile (SESSAD) n'ont pas abouti, à ce stade, à la formalisation à des pistes d'action, à l'instar de celles élaborées plus spécifiquement au bénéfice des personnes présentant des TSA, dans le cadre des travaux relatifs à l'organisation du triptyque (repérage/diagnostic/accompagnement précoce) au sein de chacune des quinze zones de proximité. Néanmoins les liens entre CMPP et SESSAD ont été améliorés par le renfort du maillage territorial des SESSAD.

› L'agence a, par ailleurs, incité au développement des pratiques de dépistage, notamment par la généralisation d'un dépistage systématique de la surdité neonatale, mis en place sur l'ensemble des maternités et services de neonatologie de la région à fin 2014 (35 structures) et la diffusion de bonnes pratiques d'annonce du diagnostic d'un handicap.

L'Agence a pris l'initiative d'un Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes en situation de Handicap (PRAPS PH) validé fin 2015, et dont la mise en œuvre à partir de 2016 s'articule autour de trois priorités : développer une offre de formation transversale, mener des actions de prévention et structurer une offre de soins coordonnée entre la ville et l'hôpital en faveur d'un meilleur accès

Mesures réalisées en faveur du dépistage et de l'action précoce pour l'Autisme

› Développement de « triptyques » pour l'autisme (Repérage/Diagnostic/Intervention précoce) en lien avec le CRA (Centre Ressource Autisme) sur l'ensemble des 15 zones de proximité ayant permis un diagnostic partagé des points de rupture sur les parcours, le repérage des acteurs nécessitant un renfort pour la prise en charge des TED (ex. CAMPS), la mise en œuvre de fiches-action.

› Mise en place de 5 EDAP (Equipes Diagnostic Autismes de Proximité)   l'initiative de, et soutenues financièrement par l'Agence, et formation de 70 professionnels par le CRA pour le renfort des capacités de diagnostic des enfants de 0 à 3 ans sur les territoires.

› Mise en œuvre d'une campagne pluriannuelle d'information/sensibilisation des professionnels libéraux sur l'état des connaissances et les relais locaux de prise en charge : 45 journées de formation, près de 1 100 professionnels touchés.

aux soins.

Développement et transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale

Le développement et la transformation de l'offre médico-sociale ont constitué une priorité pour l'ARS, avec des efforts menés pour **diminuer l'institutionnalisation des personnes accompagnées en favorisant l'accompagnement au domicile et en milieu « ordinaire » par une augmentation de la part des services (SSIAD, SESSAD, SAMSAH)**. Un **renfort de la réponse aux besoins sanitaires en institution** a également été opéré notamment par le développement de SSIAD PH. Trois principaux leviers ont été utilisés : la création de capacités d'accueil supplémentaires, l'adaptation et la spécialisation de places existantes et la transformation de places en institutions.

La création de capacités d'accueil par mesures nouvelles ou par transformation de places existantes /redéploiement de moyens ont ainsi permis l'extension de l'offre de prise en charge de l'enfance de 1 098 places entre 2011 et 2016 (dont 496 par redéploiement de moyens ou transformation de places institutionnalisées), et 1 568 places pour l'offre adultes.

Offre Enfants : tableau récapitulatif des capacités installées et autorisées sur la période 2011-2016 et évolution des taux d' quipement³⁰

› L'important développement des capacités d'accueil en SESSAD est l'un des résultats du travail mené sur les parcours d'inclusion scolaire. Ces services représentent 74% de la nouvelle offre.

› Une augmentation du taux d'équipement sur les territoires de 6% en Métropole, 7% sur l'Artois-Douaisis, 8% en Hainaut-Cambrésis et 10% sur le Littoral.

³⁰ Source : direction de l'offre médico-sociale, suivi du PRIAC. Bilan 2011-2016

	Capacités installées	Capacités autorisées en cours d'installation
SESSAD	798*	10
ITEP	117	0
IEM	36	0
IME	113	14
Accueil temporaire	10	0

*dont 302 places installées par mesures nouvelles et 496 places installées par transformation de places institutionnelles ou redéploiement de moyens

Parmi les 496 places transformées en SESSAD, 61% sont orientées sur l'accompagnement des déficiences intellectuelles, 14% sur les déficiences sensorielles, 9% sur les Troubles du Comportement (TCC) et 9% sur les Troubles Envahissants du Développement (TED).

Offre Adultes : tableau récapitulatif des capacités installées et autorisées sur la période 2011-2016 et évolution des taux d'équipement³¹

	Capacités installées	Capacités autorisées en cours d'installation
ESAT	179	0
MAS	284	89
FAM	534	26
SSIAD	93	15
SAMSAH	327	9
UVPHA	12	0

- › Les services (SAMSAH, SSIAD PH) représentent près de 30% de la nouvelle offre. L'objectif de couverture de l'ensemble de la région par un SAMSAH a été atteint.
- › Une augmentation des taux d'équipement de 8% en Métropole, 9% sur l'Artois-Douais, 13% en Hainaut-Cambrésis et 8% sur le Littoral.
- › Une prise en compte de la problématique croissante du vieillissement des personnes handicapées a été constatée au niveau des projets d'établissements. L'offre d'UVPHA s'est développée dans le Pas de Calais à partir d'un cahier des charges élaboré avec la MDPH, le CREAI, le département et les gestionnaires.
- › La création de SSIAD PH a été associée au développement de conventionnements avec les établissements non médicalisés.

L'offre de SAMSAH (soutien au domicile adulte) a été diversifiée par le développement de cahiers de charge régionaux pour des services orientés sur les TED d'une part, et le handicap psychique d'autre part. Un appel

³¹ Source : direction de l'offre médico-sociale, suivi du PRIAC. Bilan 2011-2016

à projet en cours permettra la mise en fonctionnement de 2 SAMSAH TED et 2 SAMSAH Handicap Psychique couvrant l'ensemble du Pas-de-Calais, par des extensions d'activité.

Au total, 81% de la nouvelle offre a été créée par mesure nouvelle, et 19% par redéploiement de moyens.

Les capacités d'accueil dédiées à l'autisme représentent une part importante des places nouvellement

Développement de l'offre Autisme

› Le développement de l'offre de prise en charge de l'autisme correspond à 315 places dans le champ de l'enfance, et 234 places pour les adultes. L'ensemble des zones sont désormais pourvue.

› Création et spécialisation des places TED en MAS et en SAMSAH

installées (*voir encadré Autisme*).

L'engagement de l'Agence sur la période de mise en œuvre du PRS s'est distingué par l'inscription dans le cadre d'une démarche de réponse aux situations complexes et/ou isolées, notamment en déclinaison des recommandations du rapport Piveteau « zéro sans solutions » :

› Un travail de gestion de situations complexes d'adolescents en situation de handicap et sans solution d'accompagnement est conduit conjointement avec les MDPH et les Conseils Départementaux, afin de proposer des dispositifs de prévention de ces situations et de pouvoir offrir, au plus grand nombre d'utilisateurs, des offres d'accompagnement répondant à la fois à leurs attentes et à leurs besoins. Un cahier des charges a été notamment formalisé dans ce cadre pour permettre le développement d'une équipe mobile par territoire de santé ; soit quatre équipes de professionnels spécialement formés pour venir en appui des ESMS confrontés à la gestion de situations complexes.

› **L'installation en 2015 d'une équipe relai dédiée aux handicaps rares** (territoires de l'Artois-Douais et du Hainaut-Cambrésis) doit permettre d'articuler les besoins spécifiques de ces publics et l'offre d'accompagnement en lien avec les 4 centres de ressources nationaux existants.

› Par ailleurs, 20 places d'accueil temporaire en MAS ont été créées au bénéfice de personnes lourdement handicapées ainsi que de leurs aidants (offre de temps de répit).

› **La région se distingue également par son choix de création d'un Centre Ressources dédié au handicap psychique ; le CREHPsy**, qui a notamment développé sur la période des actions de veille, de formation, d'information, d'aide et de conseil ainsi que de recherche à destination des professionnels et des usagers (*se référer à l'évaluation du programme régional santé mentale, partie 7.3.4*).

Permettre l'insertion sociale et professionnelle des personnes

Deux réflexions ont été développées sur une logique de parcours, fondée sur un diagnostic partagé associant les partenaires des champs de la prévention, du sanitaire et du soin et du médico-social :

› **Le parcours de scolarisation et d'inclusion scolaire des enfants et adolescents en situation de handicap** dans le cadre de la convention de partenariat signée entre l'ARS et l'Académie de Lille, a permis une dynamique d'harmonisation et d'adaptation de la programmation de l'offre médico-sociale et des dispositifs d'Education nationale (CLIS, ULIS) favorisant l'inclusion scolaire en milieu ordinaire en tenant compte des besoins et en prévention de ruptures dans l'accompagnement. La dynamique a été déployée par des groupes de travail sur 6 zones de proximité au cours de la période 2013 à 2016 (Cambrésis, Béthune-Bruay, Montreuillois, Calais-Boulogne, Roubaix, Tourcoing), dont 3 ont mis en œuvre des actions conjointes portant essentiellement sur l'offre et la formation (stages interinstitutionnels) à partir d'un état des lieux partagé. Ces travaux ont notamment contribué à la conversion de places institutionnelles et au développement des SESSAD (*évolution des capacités intégrées dans le bilan général réalisé précédemment*).

› **Un parcours d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap** a été développé dans le cadre d'un partenariat avec l'Education Nationale, la DIRRECTE et l'AGEFIPH. Une réflexion menée sur l'ensemble de la région s'est donnée pour objectifs d'améliorer les chances d'insertion professionnelles des jeunes adultes en situation de handicap à leur sortie du système éducatif. La dynamique a principalement permis une adaptation et un renfort des possibilités d'accompagnement :

- La création de places de SESSAD "insertion professionnelle" intégrant des personnels spécialisés destinés à accompagner au plus tôt les 16-20ans dans leur projet professionnel (30 places installées à fin 2014)
- Un meilleur équilibre territorial des capacités d'accueil en ESAT et une réponse aux délais d'attente par la poursuite du le financement de 10 SISEP (Services d'Insertion Sociale et Professionnelle) dans le département du Nord ainsi que l'engagement d'un travail relatif à la modélisation de ce dispositif permettant de faciliter l'insertion en entreprise de personnes sur liste d'attente d'ESAT.
- Un groupe de travail dédié à la facilitation temps partiels et séquentiels en ESAT dans le cadre du plan de modernisation du travail adapté (avec l'accompagnement de l'ANAP) ayant délivré 6 fiches de bonnes pratiques remontées au niveau national
- La promotion de 3 plateformes « insertion professionnelle des 16-25 ans » expérimentales destinées à améliorer l'articulation entre les secteurs enfant et adulte et l'orientation vers l'emploi des personnes le

Exemples de mesures pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes autistes

- › Développement d'une compétence insertion professionnelle au sein du Centre de Ressources Autisme (CRA) permettant d'identifier les ressources existantes, de diffuser les bonnes pratiques, de soutenir les initiatives en faveur de l'insertion des personnes autistes
- › Soutien du dispositif local PASS P'AS pour l'insertion des personnes autistes dites de "hauts potentiels" (syndrome d'Asperger) : gestion par le CRP Lillois et partenariat avec plusieurs entreprises (une quinzaine de bénéficiaires chaque année). L'Agence envisage un projet d'extension de cette démarche à d'autres profils dans les domaines de l'autisme et du handicap psychique.

nécessitant (ces plateformes sont actuellement en cours d'évaluation).

Dynamique transfrontalière

En 2014, l'ARS et l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) ont clôturé les derniers projets financés au titre du programme Interrégional IV France-Wallonie Vlaanderen. Ces projets ont permis de dynamiser les coopérations au sein des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) et de réaliser un meilleur suivi des flux de patients.

La mise en œuvre d'un accord cadre international co-écrit entre l'ARS et l'Agence Wallonne pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AWIPH- entrée en vigueur au 1er mars 2014) a permis de garantir la qualité de prise en charge des usagers français en Belgique :

- › un chantier de renouvellement des conventions des établissements pour enfants a permis de renouveler les engagements de qualité de prise en charge et de dialogue budgétaire de 24 établissements prenant en charge des patients français, à l'issue d'une visite de contrôle sur chaque site.
- › Des campagnes d'inspection franco-belges ont également été instituées par le biais d'une convention.

Résultats :

- › Les travaux menés sur l'extension et la recomposition de l'offre de soins ont permis d'augmenter les taux d'équipements régionaux sur le champ du handicap :
 - Pour la prise en charge des enfants, une évolution de + 0,78 points entre 2011 et 2016 (passage d'un taux de 10,57 ‰ à 11,35 ‰) – soit une progression globale de 7% du taux d'équipement, et plus particulièrement marquée sur le Littoral
 - Pour la prise en charge des adultes, une évolution de + 0,58 points entre 2011 et 2016 (passage d'un taux de 6,27 ‰ à 6,85 ‰) – soit une progression globale de 9% du taux d'équipement, et plus particulièrement marquée en Hainaut-Cambrésis

- › Une part importante des places déployées ont été spécialisées, notamment pour la prise en charge de l'autisme, et une forte augmentation des services (SESSAD, SSIAD, SAMSAH) a permis de développer un meilleur accès aux soins à domicile
- › Un travail partenarial engagé dans le traitement des situations complexes ou isolées
- › Un rapprochement des secteurs de l'éducation, de l'emploi et du médico-social permis par un travail partenarial sur les parcours d'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, qui a permis à la fois de développer une action conjointe sur l'adaptation de l'offre de prise en charge et de poser les bases de l'acquisition d'une culture commune autour des parcours

Développer l'accès à l'éducation thérapeutique du patient

Principaux enjeux régionaux

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

Réalisations et chiffres clef

Développement, coordination et structuration de l'ETP

Une forte dynamique de développement de l'éducation thérapeutique a été engagée sur toute la période de mise en œuvre du PRS : **141 programmes d'ETP ont été autorisés** sur la région pour un total de 265 programmes au 1^{er} janvier 2016 dont :

- › 88 programmes en Métropole (33%)
- › 50 programmes en Hainaut-Cambrésis (19%)
- › 45 programmes en Littoral (17%)
- › 82 programmes en Artois Douaisis (31%)

En 2015, l'ETP en Nord-Pas-de-Calais représentait près de 25.000 patients pris en charge, marquant une forte progression par rapport à 2013 (15 000 patients) avec une file active augmentée de +66%. Les financements alloués représentaient 6,191millions d'euros en 2015. La majeure partie des programmes concernent le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires.

L'Agence a plus particulièrement porté ses efforts sur la hiérarchisation et la gradation de l'offre d'ETP (réparties en 3 niveaux de prise en charge depuis le 1^{er} recours jusqu'à la prise en charge spécialisée en milieu hospitalier) et le développement de l'offre de premier recours afin de proposer aux personnes des programmes pluridisciplinaires de proximité en amont des parcours de soins:

- › 27 équipes pluri professionnelles de proximité ont été accompagnées dans le cadre d'un plan de formation (soit 22 équipes supplémentaires formées entre 2011 et 2014),
- › 35 programmes d'ETP de premier recours ont été autorisés (fin 2015) au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires et de centre d'examen et de santé.

L'offre d'ETP de premier recours a fortement progressé sur la période d'évaluation. Néanmoins, l'ETP au niveau régional demeure concentrée sur le 2^{ème} et 3^{ème} niveaux de recours et le secteur hospitalier (pour des prises en charge complexes).

L'harmonisation des pratiques et la coordination des acteurs réalisant les programmes d'ETP est un enjeu important. **La coordination de l'offre d'ETP** a été travaillée par la reconnaissance d'une UTEP (Unité Transversale d'Education Thérapeutique) dans les établissements promoteurs de plusieurs programmes autorisés, unités porteuses d'objectifs de formation des professionnels, de mutualisation des moyens, d'harmonisation des pratiques et de coordination des programmes en interne et en externe dans une logique de parcours éducatif et de continuité de prise en charge éducative en post-programme.

Une amélioration de la qualité des programmes d'ETP proposé a été globalement constatée, avec une évolution des taux de refus des autorisations passés de 41% en 2011 à 17 % en 2014, témoignant d'une amélioration de l'intégration de l'ETP dans les pratiques professionnelles.

Une coordination régionale des programmes d'ETP en soins primaires est assurée par l'URPS ML qui délivre des formations pluri-professionnelles, pilote l'élaboration de programmes mutualisés et appuie une coordination entre l'offre de premier recours et les programmes de niveaux 2 et 3. Par ailleurs une coordination territoriale des programmes d'ETP a été assurée par un centre de ressource et de compétences entre 2011 et 2014 (conventionnement avec le CARSAT), mais a été abandonnée en 2014 et remplacée par l'animation par les pôles territoriaux. Ce centre a également contribué à l'élaboration d'un cahier des charges de la formation ETP.

Intégration de l'ETP dans les parcours

Le développement et la structuration de l'offre d'éducation thérapeutique ont été intégrés dans les parcours de soins pour différentes pathologies chroniques au niveau régional, notamment par la mise en œuvre des programmes portant sur les parcours de patients atteints de diabète (Parcours DIABEVI), d'obésité et de BPCO. L'introduction d'une réflexion sur l'ETP a constitué un véritable levier d'amélioration des pratiques professionnelles et d'évolution des organisations sur certaines structures.

L'intégration de l'ETP dans ces parcours représente sur la période 2011-2015 :

- › Pour les patients BPCO : 8 programmes supplémentaires autorisés et une progression du nombre de patients pris en charge de +155% entre 2011 et 2014, passant de 2 280 à 5 820 patients,
- › Pour les patients diabétiques : 41 programmes autorisés et une file active annuelle de près de 7600 patients,
- › Pour les patients atteints d'obésité : 54 nouveaux programmes représentant une file active d'environ 4 500 personnes en 2015.

Par ailleurs, l'intégration de l'ETP sur le parcours de la personne âgée reste en cours de développement. 11 programmes sont autorisés à fin 2015 dans le cadre du Plan Maladies Neurodégénératives (PMD) en Nord-Pas-de-Calais, et ont bénéficié à près de 430 patients.³² Des progrès ont été réalisés dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (programmes développés sur les thématiques de la prévention des chutes, de la dépression, de l'iatrogénie) et par l'autorisation de 2 programmes portant sur les chutes financés au niveau du CH d'Arras et du CHRU de Lille.

Résultats

- › Une forte progression du nombre de patients accueillis au sein de programmes d'éducation thérapeutique entre 2013 (15 000 patients) et 2015 (25 000 patients) ; avec une file active augmentée de +66%.
- › Une offre d'ETP de premier recours renforcée
- › Une importante intégration de l'éducation thérapeutique dans les parcours de soins des personnes diabétiques, atteintes d'obésité et des personnes souffrant de BPCO

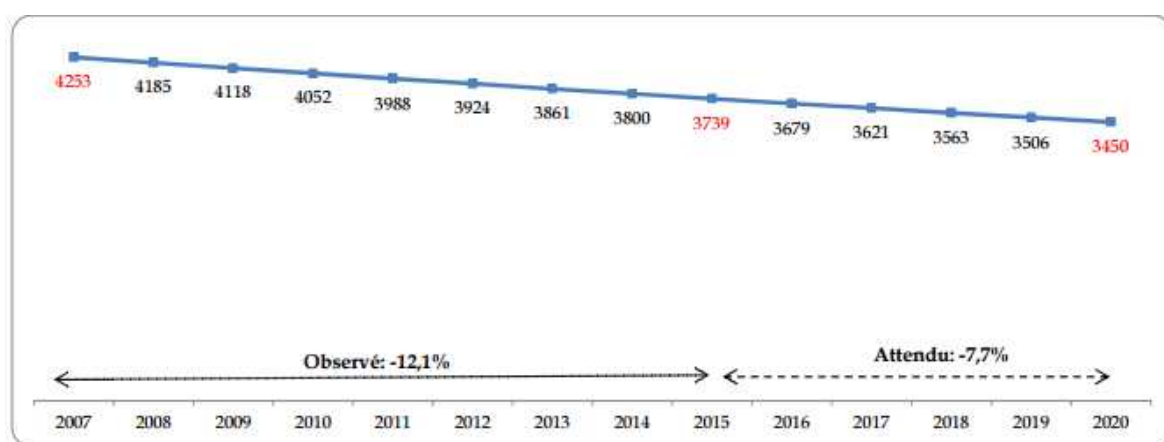
³² Source : fichier évaluation mesure 5 PMND, périmètre Nord-Pas de Calais, 2015

Améliorer l'accès aux professionnels de santé pour toute la population

Principaux enjeux régionaux

A l'instar d'un grand nombre de régions françaises, le Nord-Pas-de-Calais connaît une démographie médicale sous tension. L'une des principales priorités de la politique régionale est l'accès aux soins de premier recours.

Si l'on se focalise sur la situation des médecins généralistes, la région apparaît, comparativement aux autres régions, en meilleure posture, malgré une baisse constante des effectifs (-12,1% ces 8 dernières années, cf. figure 1). Toutefois, le besoin de soins y est plus élevé compte tenu de l'état de santé dégradé de la population et s'exprime essentiellement auprès des médecins généralistes étant donné le déficit important en médecins spécialistes. Les généralistes ont donc un spectre d'intervention plus large qu'en moyenne française, et leur volume d'actes est bien supérieur à la moyenne. De plus les perspectives sont inquiétantes en particulier dans les zones rurales, avec une augmentation significative de la part des médecins âgés de plus de 60 ans.



33

Les médecins généralistes libéraux et mixtes en région Nord-Pas-de-Calais – de l'observé à l'attendu

Sur l'aspect des soins dentaires, la région Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions Françaises les moins dotées en professionnels (en 18^{ème} position sur 26 ex-régions). Ce constat a été formalisé par l'ARS en 2013 dans le cadre du zonage des chirurgiens-dentistes libéraux.

Réalisations et chiffres clefs

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les premiers travaux entrepris dans le cadre du PRS ont consisté en la détermination de zones prioritaires d'action dans le volet ambulatoire du SROS à travers une méthodologie permettant de mesurer les évolutions démographiques médicales et paramédicales et les besoins de santé des populations. L'ARS a choisi de définir un périmètre plus large que les zones fragiles requises en identifiant **67 zones en difficulté en offres de soins de 1^{er} recours (dont 10 zones fragiles)**. Ces bassins de vie INSEE **ont bénéficié en priorité des mesures régionales et nationales d'aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé.**

Des mesures financières incitatives, en plus d'avantages fiscaux, ont été accompagnées par l'Agence dans le cadre du Pacte territoire de santé, avec notamment :

- › **Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) :** ce dispositif consiste en l'octroi d'une bourse de 1200€ à partir de la seconde année de médecine en contrepartie d'une installation dans une zone en difficulté pendant une durée équivalente à celle du versement de la bourse : **148 CESP ont été signés à mi 2016 pour la médecine.**
- › **Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) :** ce dispositif offre une garantie de revenu mensuel à 6900€ et une protection sociale avantageuse pour un praticien qui s'installe dans un

³³ La démographie médicale En Région Nord-Pas-de-Calais - Situation en 2015 – Ordre National des Médecins

territoire ou l'offre est insuffisante (sous réserve de réaliser au minimum 165 consultations) : **20 PTMG ont été signés à mi 2016** et accompagnés par un suivi personnalisé et continu des signataires.

Des dispositifs facilitant l'installation ont également été déployés :

- › **La mise en ligne du PAPS** (Plateforme d'appui aux Professionnels de Santé) qui centralise les démarches et les informations à destination des professionnels de santé pour faciliter leur installation. Suite à la réforme territoriale, la fusion des deux PAPS a été réalisée début 2016,
- › **Les correspondants installation** de l'Agence, qui offrent un accompagnement personnalisé depuis 2012,
- › 4 journées d'information territoriales ont également été organisées.

La période 2012-2016 a également permis le déploiement des **maisons de santé pluri professionnelles (MSP)**. Cette évolution du mode d'exercice de la médecine est plébiscité par de nombreux professionnels de santé et vise à offrir dans un même lieu un accès à différents professionnels et à un ensemble de services de santé (soins, prévention) : fin 2015, 25 MSP sont en activité.

L'Agence a enfin fortement soutenu la formation de maîtres de stage, prioritairement dans les zones en difficulté.

Résultats :

- › Une tension territoriale restée contenue avec une part de la population vivant dans les zones en difficulté quasiment stable. Cette stabilité régionale se traduit plus finement par des réalités plus contrastées, une amélioration dans les communes du versant nord est de la métropole et la Flandre intérieure, mais une aggravation dans l'Arrageois et le bassin minier.
- › Malgré un léger repli des écarts de densité infra régionale observé sur la période en médecine générale (Les bassins de vie les mieux dotés de la région le sont 7 fois plus que les bassins de vie les moins dotés en 2010, contre 6 fois plus en 2014³⁴) et une amélioration notable pour les infirmiers (Les bassins de vie les mieux dotés le sont 9,5 fois plus en 2010 contre 5,7 fois plus en 2013), on constate une disparité entre territoires qui se creuse au détriment des zones rurales. En zones fragiles, le nombre de médecins généralistes a légèrement baissé entre 2012 et 2014 (passant de 922 à 904). Le renouvellement des médecins « de campagne » est donc prioritaire.

Garantir la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé

Principaux enjeux régionaux

La Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDES) recouvre l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans un établissement de santé public ou privé. La réorganisation de la PDES constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation de l'offre de soins non programmés. Erigeant la PDES en mission de service public, la Loi HPST a donné compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Tout en poursuivant l'objectif de garantir un accès permanent et égal aux soins, l'organisation de la PDES doit s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite des moyens financiers dédiés par le Fonds d'Intervention Régional. La structuration du schéma cible en Nord-Pas-de-Calais faisait face en 2011 à d'importants défis :

- › L'amélioration de la prise en charge des urgences vitales,
- › La gradation des plateaux techniques et la coopération des acteurs pour concilier accès aux soins, qualité et efficience,
- › La prise en compte des gardes d'internes dans le dispositif permet de reconnaître leur place effective dans le dispositif de PDES.

³⁴ Données ARS 2014 (Service Statistique)

Réalisations et chiffres clefs

La structuration du schéma de la PDSSES en 2011 n'a pas pu s'appuyer sur la consommation de soins du fait de l'absence de données fiables. L'évaluation des besoins a donc porté sur les besoins exprimés : temps d'accès aux soins, plateaux techniques des sites d'urgences, soutenabilité des lignes de permanence par les professionnels. Ainsi, la permanence des soins a été organisée en application des orientations du SROS par spécialité et par type d'exercice. Elle a évolué selon trois logiques :

› **Une dimension réglementaire avec la mise en conformité des activités où la permanence médicale est réglementée** : réanimation, soins intensifs, obstétriques-néonatalogie, anesthésie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle et neurochirurgie,

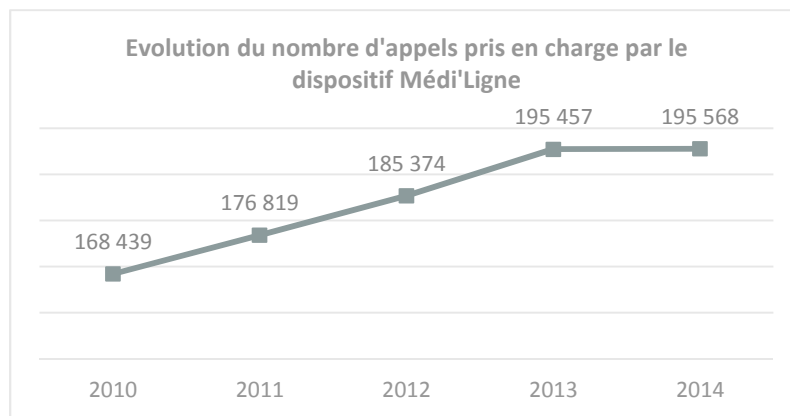
› **Une dimension technique avec la gradation des sites d'urgence** : les établissements retenus dans le dispositif initial de permanence des soins disposent **d'une autorisation en médecine d'urgence** (Niveau 1) et les établissements prioritaires sont ceux qui **disposent d'une unité de réanimation** (Niveau 2). **Des organisations mutualisées ont été mises en place à l'échelle territoriale, par site** (Unités neuro-vasculaires, anesthésie, chirurgie orthopédique, viscérale, imagerie) ou **par territoire** (Endoscopie bronchique, Endoscopie digestive, chirurgie ORL, stomatologie, ophtalmologie, chirurgie urologique, vasculaire, chirurgie infantile). Cette démarche a été remise en cause par une décision du Tribunal Administratif sur recours de la FHP et par l'URPS Médecins libéraux en 2016 : **la référence aux gradations des sites d'urgences et aux demi-astreintes ont donc été supprimées**. Le tribunal a considéré sur ce point que la définition des niveaux des services d'urgence ne se basait pas sur des critères objectifs reposant sur des moyens médico techniques existants et que les critères retenus constituaient des conditions opposables aux demandes d'autorisation de médecine d'urgence, qui ne peuvent être fixées que par décret.

› **Une dimension territoriale spécifique avec l'ouverture de 8 lignes supplémentaires par appel à candidatures sur des activités très spécialisées et liées à l'urgence vitale** (ex : chirurgie thoracique sur Artois et Hainaut, radiologie interventionnelle sur Littoral, stomatologie sur Artois) sur des territoires qui n'en disposaient pas : à ce jour, en raison du manque de professionnels sur ces spécialités, seule la chirurgie thoracique sur le Hainaut a fait l'objet d'une candidature.

Globalement, le nombre de lignes d'astreinte est restée stable mais sa répartition a évoluée : le nombre de lignes financées auprès des établissements privés à but lucratif est passé de 14 à 44 (notamment par la mise en conformité des activités réglementées), le nombre de lignes en établissements publics « seniors » a diminué de 36 et **le choix de la région pour intégrer les internes dans les lignes de garde a représenté environ 100 lignes**.

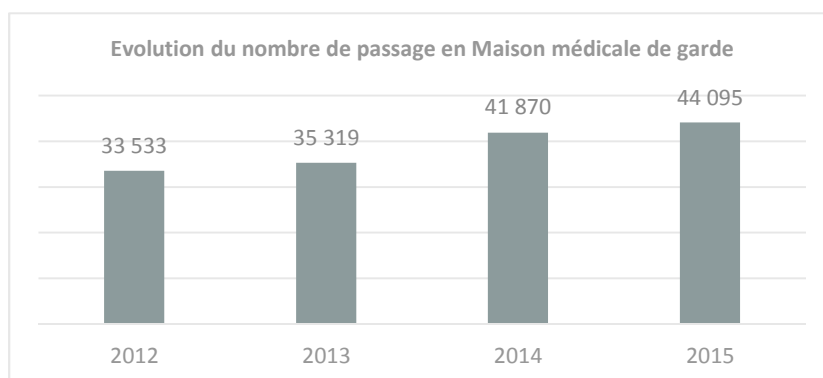
Concernant la permanence des soins ambulatoires (PDSA), qui consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé, a fait l'objet de trois dispositifs sur la période d'application du PRS ce qui a conduit à offrir à l'ensemble de la population l'accès à un service d'urgences à moins de 30 minutes :

› **Le renforcement du dispositif téléphonique Médi'ligne** : Deux centres de régulation médicale évaluent chaque besoin de santé et orientent le patient vers la solution médicale adaptée. Depuis septembre 2012, un médecin de garde régulateur est **disponible sur toute la région en nuit profonde** et en 2014, un financement supplémentaire a permis d'augmenter le nombre de médecins régulateurs et d'assistants lors des pics d'appels. Le nombre d'appels pris en charge par Médi'ligne a augmenté de +16% entre 2010 et 2014, traduisant une utilisation croissante du dispositif.



Nombre d'appels traités par Médi'Ligne entre 2010 et 2014

› **Le développement des Maisons Médicales de Gardes (MMG) : 13 MMG** existent dans la région avec un taux de participation des médecins de plus de 80% fin 2014. L'ARS a privilégié l'ouverture des MMG dans l'enceinte des établissements de santé, ce qui a permis d'améliorer la réponse à la population et favoriser le volontariat des médecins. Au Centre Hospitalier St Vincent de Lille, **un poste d'IAO** (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) a été expérimenté **afin de diriger les patients vers les urgences ou la MMG**. Par ailleurs, un **nouveau mode d'organisation des gardes a été expérimenté pour la MMG de Valenciennes et celle de Maubeuge** : plusieurs secteurs de garde ont été mutualisés et la garde est assurée conjointement par un médecin fixe à la MMG et un second médecin « mobile », qui se rend au domicile du patient en cas d'impossibilité de déplacement. La fréquentation des MMG a augmenté de +31% entre 2012 et 2015.



Nombre de patients pris en charge en MMG entre 2012 et 2015

› **Une expérimentation de garde en nuit profonde non concluante** : l'ARS a expérimenté entre janvier 2013 et septembre 2014 la mise en place de sept grands secteurs de garde renforcée de médecins généralistes. Le faible nombre d'interventions associé au coût important de cette mesure a conduit à l'arrêt du dispositif et à son transfert aux services d'urgences. Pour les zones distantes de plus de 30 minutes d'un service d'urgences, des médecins correspondants du SAMU ont été formés à la médecine d'urgence et équipés.

Résultats :

- › Une évolution de la répartition des permanences des soins hospitalières essentiellement fondée sur la réglementation et le choix d'intégration des internes dans les lignes de garde. L'organisation de la PDES se heurte à des difficultés de priorisation des établissements (critères relatifs à la gradation des services d'urgences rejetés) et de densité médicale
- › Un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes amélioré par la mise en place du dispositif de médecins correspondants du SAMU dans le Pas-de-Calais sur le territoire du Littoral
- › Un accès aux soins facilité en heure de permanence des soins par le renforcement de la régulation médicale libérale et le déploiement de maisons médicales de garde à proximité des structures d'urgence.

Développer la télémédecine

Principaux enjeux régionaux

La télémédecine est l'un des leviers d'optimisation du système de santé, par l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication au service de la coordination des soins, au service de l'accès aux soins et d'une articulation renforcée entre les acteurs des différents secteurs. La stratégie régionale de déploiement de la télémédecine a repris les cinq priorités nationales (AVC, Imagerie et permanence des soins, détenus, maladies chroniques et personnes âgées). La création en octobre 2012 d'une maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information et télémédecine (GCS MATISS) ont permis de relayer la mise en œuvre d'actions et d'expérimentations sur l'ensemble de ces champs.

Réalisations et chiffres clef

Plusieurs projets de télémédecine ont connu des avancées opérationnelles significatives sur la région Nord-Pas-de-Calais pendant la période 2011-2016, en réponse à des enjeux d'accès au diagnostic et aux soins dans chacun des domaines prioritaires ciblés, témoignant d'une réelle dynamique. Le déploiement de ces projets repose à la fois sur l'existence d'un projet médical et d'une dynamique d'acteurs, et sur la recherche de financements.

Ainsi sur la période 2011 à fin 2015, la plateforme de télémédecine fait état d'une activité de **40 300 télé-expertises, 4 500 téléconsultations** et **126 300 actes de télé-radiologie**.

Parmi les principaux projets développés ou en cours de développement sur la période, on note que :

- › La région a été retenue parmi les 3 pilotes nationaux pour le déploiement du dispositif télé-AVC, initié dès 2011 sur le territoire de l'Hainaut-Artois et en développement sur le Littoral et la Métropole. Le dispositif connaît une montée en charge très rapide sur la période (cf. illustration 1). Il s'agit d'un bon exemple de déploiement de la télémédecine sous la forme d'un projet « pilote » sur une zone bénéficiant d'une dynamique d'acteurs favorable, ensuite étendu et adapté à d'autres territoires,
- › Plusieurs projets de téléconsultation et télé expertise autour de la prise en charge des personnes âgées notamment au sein d'EHPAD ont été mis en fonctionnement :
 - Deux projets portant sur les domaines des plaies complexes, et de la psychogériatrie mobilisent au total deux centres hospitaliers « experts » (CHRU de Lille et CH de Cambrai), 18 EHPAD, un SSR et un SSIAD. La mise en production a démarré au début de l'année 2016. Un autre projet est financé et démarrera fin 2016 à partir du CH de Roubaix avec 6 EHPAD, 1 SSIAD et 1 HAD sur les plaies complexes,
 - Un dispositif de téléconsultation développé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (zone du valenciennois-Quercitain) et en fonctionnement depuis 2014 (cf. illustration 2).

Illustration 1– L'accès à un avis spécialisé par télé-AVC

Le dispositif Télé-AVC consiste en une prise en charge à distance de l'urgence neuro-vasculaire 24H / 24 et 7jours/7 par la mise en place d'une permanence de neurologue et de radiologue. Il permet au patient présentant des symptômes d'AVC de bénéficier d'un diagnostic spécialisé à distance. Initié en 2011 sur le territoire de l'Hainaut-Artois, le dispositif a été déployé à d'autres territoires au travers d'antennes thrombolytiques dans les services d'urgence en lien avec les Unités Neuro-Vasculaires et services d'imagerie des zones de proximité. Des effets positifs sont constatés sur l'accès aux soins et sur la structuration de la filière de prise en charge de l'AVC.

Illustration 2–La téléconsultation en EHPAD

Un dispositif de **téléconsultation dans les domaines de la psychogériatrie, des soins palliatifs, de la conciliation médicamenteuse et de la gestion des sorties d'hospitalisation** a été développé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA avec l'appui des centres hospitaliers de Valenciennes et Denain. Le système permet de limiter les déplacements du patient et de faciliter la présence et famille, un délai d'intervention plus rapide et de faciliter des interventions en pluridisciplinarité autour du sujet âgé.

Périmètre: 6 centres hospitaliers en Hainaut-Artois (Valenciennes, Maubeuge, Lens, Arras, Cambrai et Douai), développement d'antennes à Montreuil et Saint Omer sur le littoral, Armentières, Saint Vincent de Paul et Hazebrouck sur la métropole.

Activité: **4 719 patients** pris en charge par Télé-AVC sur les zones Hainaut-Artois et Littoral Nord entre 2012 et 2016

Périmètre : 2 centres hospitaliers « experts » (CH Valenciennes, CH Denain)

8 EHPAD

Activité : plus de **300 téléconsultations** réalisées entre 2014 et mai 2016

› Dans le domaine de l'imagerie, un dispositif de téléimagerie a été mis en service en octobre 2013 entre le CH de Dunkerque et le Centre d'Imagerie Médicale du Dunkerquois (CIMD), afin de faire face au manque de professionnels médicaux en imagerie au CH de Dunkerque. Une intégration de la télé radiologie dans les réflexions sur les futurs projets médicaux de territoire à bâtir par les GHT est à envisager (un cahier des charges dédié est en cours de finalisation).

› La télémédecine adresse aussi le domaine des **maladies chroniques** avec à titre d'exemple la mise en fonctionnement d'un **dispositif de télé-expertise pour le dépistage de la rétinopathie-diabétique** étendu à l'ensemble de la région (*cf. illustration 3*). L'ARS a également soutenu début 2016 deux projets de télé-expertise impliquant trois Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ainsi que les centres hospitaliers de Maubeuge et Armentières respectivement dans les domaines de la dermatologie et des insuffisances cardiaques (interprétation à distance d'électrocardiogrammes).

Illustration 3 – La télé-expertise pour le dépistage de la rétinopathie-diabétique

La télé-expertise pour le dépistage de la rétinopathie-diabétique a été déployée sur l'ensemble des 15 zones de proximité par la mise à disposition des orthoptistes d'un rétinographe mobile en appui au dépistage organisé (plateforme de coordination mise en place en 2015 par les URPS médecins libéraux et orthoptistes). Le système permet l'envoi et l'interprétation à distance des clichés par un ophtalmologue partenaire. Un système de facturation des actes de dépistage à l'Assurance Maladie a été organisé et est opérationnel depuis janvier 2016.

Périmètre : ensemble de la région

70 orthoptistes et 45 ophtalmologues libéraux sont engagés dans le dispositif

33 ophtalmologues engagés pour la prise en charge rapide des patients après dépistage

Activité : démarrage en fin d'année 2015, en cours de montée en charge (*38 patients pris en charge à janvier 2016*)

› Dans le domaine de **la prise en charge des détenus**, une charte régionale de recommandations pour l'implémentation de projets de télémédecine en milieu pénitentiaire a été élaborée et diffusée en coopération avec la DISP (Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires) afin appuyer ce type de démarche sur les aspects règlementaires, organisationnels, de système d'information. Depuis 2016 quatre centres hospitaliers sont financés pour s'équiper et mettre en place des téléconsultations à destination de 5 USMP (Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire) de la région.

Résultats :

› Une forte dynamique d'expérimentation de la télémédecine a été engagée sur la région grâce à la mise en fonctionnement de nombreux projets diversifiés sur un vaste périmètre d'interventions : prise en charge de l'AVC, prise en charge des personnes âgées, soins aux détenus, prise en charge des maladies chroniques,... qui témoignent d'une mobilisation des professionnels pour l'usage de la télémédecine en faveur de l'accès aux soins

- › Parmi ces projets, des dispositifs d'ampleur ont pu contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et se sont intégrés dans les pratiques (importante montée en charge du télé-AVC, mise en fonctionnement d'un système de facturation pour la rétinopathie diabétique), au bénéfice de la structuration de filières de prise en charge
- › Des évaluations médico-économiques et en termes de qualité des soins à mener dans la perspective de l'extension de ces expérimentations et en faveur du maintien de la mobilisation médicale et des sources de financement

6.1.3 Mettre en œuvre une dynamique de parcours

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

Le Projet Régional de Santé a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les secteurs de la santé sur les territoires ?

La notion de parcours de santé consiste en l'organisation d'une prise en charge globale (intégrant les aspects sanitaires, sociaux, et les facteurs déterminants de santé) et continue des personnes dans la proximité de leur lieu de vie. Une telle approche est plus particulièrement nécessaire du fait de la progression des maladies chroniques, qui requièrent une prise en charge transversale et multi-compétences, sur une longue période de vie et dans le quotidien des personnes. Le Plan Régional de Santé a contribué au développement de dynamiques de parcours dans divers domaines relevant de problématiques de santé publique majeures, avec une entrée par pathologie (diabète, BPCO, santé mentale, cancers, maladies cardio-vasculaires) et/ou par typologie de population (personnes âgées, personnes en situation de handicap). Pour cela, les mesures et actions mises en œuvre par l'Agence sur la période 2012-2016 ont contribué à relever plusieurs défis inhérents à la mise en œuvre de parcours :

- › L'initiation d'approches transversales et de dynamiques partenariales visant à mettre en relation les secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social autour d'une réflexion et d'actions portant sur la trajectoire globale des patients et usagers,
- › La coordination de multiples acteurs spécialisés intervenant autour de la personne, issus des différents secteurs et notamment les acteurs des soins ambulatoire et de l'hôpital, indispensable pour délivrer le bon soin dans la structure adaptée et au bon moment, dans le cadre de trajectoires personnalisés,
- › Le dépistage précoce et la gradation de la prise en charge, plus particulièrement pour les maladies chroniques.
- › L'implication des acteurs dans la proximité, afin d'inscrire la trajectoire des patients sur leurs territoire et au plus proche de leur lieux de vie,

Pour cela, l'Agence a activé plusieurs leviers dont un levier méthodologique intégré dans les modalités de déclinaison de la programmation du PRS (l'élaboration des programmes). L'activation de leviers organisationnels et de leviers technologiques a également été réalisée en appui à la mise en œuvre de parcours de santé.

Réalisations clef

Les principaux apports du PRS en faveur d'une dynamique de parcours se traduisent sur la période d'évaluation d'un part, par des méthodologies régionales (les programmes) et d'autre part, par une multiplicité de dispositifs et d'expérimentations locales (dans le champ du médico-social en particulier) contribuant à favoriser cette approche. Les plus caractéristiques sont mentionnées ci-après à titre d'illustration.

L'initiation d'approches transversales et de dynamiques partenariales

Des approches transversales ont été favorisées par la méthodologie d'élaboration de certains programmes déclinant le PRS, portant sur les maladies chroniques (en particulier BPCO, Diabévi, ParCoeur). En effet, la logique de ces méthodes a été s'associer les professionnels des différents secteurs dans l'état des lieux et la déclinaison d'objectifs partagés à partir de l'analyse de la trajectoire des usagers et de l'identification de points de ruptures/ de difficulté.

Par ailleurs, des dispositifs et modalités de travail mises en œuvre au cours de la période ont aussi permis l'association des acteurs de différents secteurs dans une réflexion commune. A titre d'exemples, on peut citer différentes modalités déployées en faveur d'une réflexion et d'actions pour la continuité des parcours des personnes souffrant de handicap psychique :

- les Conseils Locaux de Santé Mentale, réunissant l'ensemble des acteurs au niveau local,
- la conduite de groupes de travail trans-sectoriels associant les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire pour l'identification de projets,
- une expérimentation menée sur la zone de Lens-Hénin ayant abouti à des objectifs partagés et à la mise en œuvre d'outils de coopération et d'interconnaissance entre les acteurs.

Des dynamiques partenariales ont été initiées et pour certaines fortement développées comme dans le domaine de la lutte contre les cancers, pour laquelle un travail avec le Conseil Régional a permis l'élaboration et la mise en œuvre conjointes du programme régional Cancers.

La coordination de multiples acteurs spécialisés intervenant autour de la personne

Des dispositifs de la coordination autour de parcours personnalisés ont été expérimentés ou renforcés :

- › Le dispositif d'appui territorial du Valenciennois-Quercitain, fondée sur une dynamique de coopération locale et de création de lien ville-hôpital en appui à la mise en œuvre de projets personnalisés de soin pour les personnes âgées (dans le cadre de l'expérimentation nationale PAERPA) pour limiter les ré-hospitalisations,
- › La structuration et le renfort de filières de prise en charge, par exemple par les réalisations autour de la filière AVC (fortement développée et structurée par l'appui du dispositif télé-AVC et l'initiation des consultations post-AVC) et des filières gériatriques (pour lesquelles des actions ont été menées en faveur du lien avec la ville, les structures médico-sociales et les services à domicile),
- › Deux expérimentations ciblées sur des problématiques spécifiques de la personne âgée (dénutrition, chûtes) ayant impliqué centres hospitaliers, services d'accompagnement au domicile, professionnels de santé libéraux, réseaux de santé sur la mise en œuvre de parcours dédiés,
- › La prise en charge des malades d'Alzheimer a fait l'objet du développement de MAIA, associant les acteurs des secteurs sanitaires et médico-social au sein de guichets uniques.

Le dépistage précoce et la gradation de la prise en charge

- › Le dépistage et l'orientation précoce des personnes ont été renforcés plus particulièrement pour les cancers, via l'appui au dépistage organisé et le déploiement de la couverture des Comités Locaux d'Accompagnement au Dépistage des cancers (CLAD)
- › Les pratiques de repérage précoce en matière de diabète et de BPCO ont été appuyées par des actions de sensibilisation et de formation des professionnels
- › La gradation de la prise en charge a été renforcée par une gradation de l'éducation thérapeutique (en trois niveaux) et son inscription dans le 1^{er} recours, comme levier de structuration des parcours de prise en charge des personnes diabétiques et atteintes de BPCO.

L'implication des acteurs dans la proximité

Les parcours de santé développés ont intégré une dimension « spatiale » et se sont construits au plus près des lieux de vie. Ainsi une majorité de dispositifs, expérimentations et mesures de coordination et d'appui à une approche globale se sont inscrites dans la proximité et mobilisent les ressources locales pour la mise en œuvre des parcours.

L'Agence a par ailleurs engagé des mesures visant une prise en charge de proximité, à titre d'exemple :

- › Le renfort de l'aide aux aidants et le développement de services en faveur d'une limitation des hospitalisations et du maintien à domicile des personnes âgées, ainsi que le développement d'Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile,
- › La mise en place d'Equipes Mobiles Psychiatriques Précoces (EMPP),
- › L'appui aux alternatives aux stages de réhabilitation respiratoire en hospitalisation conventionnelle (BPCO).

Axes d'amélioration

La structuration des filières de prise en charge fait face à des enjeux de développement de la coordination avec les acteurs extrahospitalier et notamment de renfort entre la ville et l'hôpital.

L'évolution des indicateurs d'usage des dispositifs

› **Personnes âgées :**

- Le taux d'équipement régional des structures dédiées aux personnes âgées dépendantes a augmenté de 17% entre 2011 et 2016
- En 2014, 15 916 patients ont été pris en charge au sein des 20 sites de consultation mémoire (dont 6 639 nouveaux patients)
- Le dispositif d'appui territorial mis en place en Valenciennois-Quercitain (expérimentation PAERPA) a soutenu la réalisation de 380 Projets Personnalisés de Santé (PPS) en 2015 et au premier trimestre 2016

› **Cancers :**

- un recul des taux de participation aux dépistages organisés du cancer colorectal (-2,4% points entre 2011 et 2014)
- Une tendance au rapprochement à la moyenne nationale observée pour les taux de dépistage du cancer du sein, entre 2012 et 2014

› **Maladies cardio-vasculaires :** une augmentation de +45% des actes de thrombolyse réalisées en région entre 2012 et 2015 (AVC)

› **Santé mentale :**

- Les réseaux de Précarité Santé Mentale (RPSM) de la région ont regroupé 470 structures dont environ 1/3 relevant du secteur de la santé et 2/3 des secteurs du social, médico-social ou judiciaire
- 11 Equipes Mobiles Psychiatriques Précoces (EMPP) permettant d'agir dans la proximité auprès de publics fragiles ont été déployées
- 14 fiches action ont été élaborées dans le cadre de l'expérimentation parcours santé mentale. L'expérimentation couvre un bassin de vie représentant près de 380 000 habitants.

› **BPCO :** une augmentation de +19% du nombre de patients ayant bénéficié d'un stage en réhabilitation respiratoire entre 2011 et 2013

› **Diabète :** un nombre de patients ayant bénéficié d'éducation thérapeutique augmenté de +86% entre 2012 et 2015

L'évolution des indicateurs d'efficacité

Evolutions positives	Evolutions neutres	Evolutions négatives
<p>BPCO</p> <ul style="list-style-type: none"> › Une stabilisation du nombre de patients hospitalisés pour BPCO surinfectée et du taux de ré-hospitalisations 	<p>Maladies cardio-vasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> › Un taux d'incidence des personnes en ALD pour AVC invalidant stable sur la période 2011 à 2013, en légère progression entre 2013 et 2014 (+1%) <p>Diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> › Le suivi du nombre de patients hospitalisés via le PMSI montre une légère augmentation du taux d'hospitalisation pour complications du diabète (tous types de diabète confondus) sur la période 2011 à 2013. 	<p>›</p>

Améliorer le parcours des personnes âgées dans la région

Principaux enjeux régionaux

La population âgée de la Région se caractérise par une survenue de la dépendance à un âge plus précoce, une dépendance plus lourde par rapport à la moyenne française et dont la prévalence est particulièrement marquée. Le souhait du maintien à domicile de la population âgée dépendante est largement exprimé (92% des plus de 75 ans de la région vivent à domicile, contre 90% en France). Cette demande ainsi que la diminution du nombre des aidants naturels prévisible dans les années à venir du fait de l'évolution de la pyramide des âges amène des enjeux forts d'appui aux aidants et de maintien des personnes à domicile.

Au regard de ces constats les mesures du PRS ont porté sur le développement significatif de l'offre de services d'accompagnement (destinées aux personnes âgées et en réponse aux besoins croissants de leurs aidants) et de soutien à domicile. Les efforts se sont également concentrés sur l'organisation de parcours de prise en charge des personnes âgées afin d'éviter les ruptures générant des hospitalisations non nécessaires:

- › Problématiques épidémiologiques : chutes, poly médication, dénutrition, dépression, prévalence importante des maladies neurodégénératives et cancers
- › Difficultés d'organisation et d'articulation des dispositifs de prise en charge
- › Difficultés de coordination entre les acteurs et entre les secteurs

Réalisations et chiffres clef

Renfort de l'offre d'hébergement et de la prise en charge au domicile

L'agence régionale de santé a contribué à renforcer l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes par le développement de la couverture territoriale en dispositifs gériatriques, par la création de places ou le redéploiement de moyens. Le taux d'équipement global régional a ainsi progressé de 19 points entre 2011 et 2016.

Tableau récapitulatif des capacités installées et autorisées sur la période 2011-2016 (*hors dispositifs spécifiques Alzheimer*)³⁵

	Capacités installées	Capacités autorisées en cours d'installation
EHPAD	2400	731
Accueil de jour	244	68
Hébergement temporaire	360	41
SSIAD	1686	14

Evolution des taux d'équipement ((en ‰)- référence pop. Omphale 2012) ³⁶

	2010	2016	Evolution
Artois Douaisis	98,3	118,8	+ 21%
Hainaut Cambrésis	116,1	136	+ 17%
Littoral	105,1	125,8	+ 20%
Métropole Flandre intérieure	127,1	141,3	+ 11%
Région	111,7	130,3	+ 17%

L'accent a été porté sur l'offre de prise en charge au domicile par l'important développement des SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) sur la région et l'expérimentation de deux SSIAD de nuit innovants visant à favoriser le retour au domicile des personnes âgées ou à éviter des hospitalisations. L'agence s'est également investie dans une dynamique de mise aux normes et de réorganisation des Accueil de Jour afin d'améliorer la qualité du service rendu (professionnalisation de l'aide aux aidants).

L'aide aux aidants sur la période a été renforcée par le développement de l'offre d'interventions à domicile et d'hébergement de jour ou temporaire, et dans le cadre des mesures du plan Alzheimer (voir encadré dédié). Un projet inter-reg d'aide aux aidants bâti avec la Belgique, le Conseil Départemental du Nord, ainsi que la CARSAT et les universités de Liège et Lille 3, dès 2016, à la mise en place d'un réseau de professionnels en appui à l'échange de pratiques et à la formation.

Coordination des acteurs autour des filières d'hospitalisation

Sur l'ensemble des 20 filières gériatriques de la région, **l'agence a réalisé le suivi des conventionnements** avec les partenaires en amont et en aval des hospitalisations: en particulier avec les SSIAD, les EHPAD, les HAD. **Des conventions régionales type ont, par ailleurs, été formalisées:**

³⁵ Source : Direction de l'offre médico-sociale, suivi du PRIAC 2011-2016

³⁶ Source : Direction de l'offre médico-sociale, suivi du PRIAC 2011-2016

- › En appui aux partenariats entre HAD et SSIAD, favorisant une meilleure coordination des interventions au domicile (*se référer à l'évaluation réalisée sur les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, partie 7.4.2*),
- › En appui aux partenariats entre établissements de santé et EHPAD a été engagé permettant d'améliorer le recours à l'expertise et/ou la mutualisation des personnels paramédicaux spécialisés : 93% des EHPAD ont signé une convention en 2014,
- › Un travail sur les partenariats entre HAD, EHPAD et Equipes Mobiles d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMSP) a été engagé par l'organisation de journées de rencontre afin d'inciter à la signature de conventions-type nationales d'intervention,
- › Le positionnement sur les soins palliatifs entre Equipes Mobiles d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMSP), HAD et réseaux de soins palliatifs a été clarifié, dans leurs interventions à domicile et en EHPAD.

Les filières intra-hospitalières sont désormais structurées (durées de séjour et part des entrées directes stables), même si les hospitalisations de jour restent insuffisantes. Les enjeux d'optimisation se portent sur la filière externe avec trois objectifs :

- › Les renforts des liens ville-hôpital par le déploiement des équipes mobiles de gériatrie sur chaque zone de proximité (couverture régionale complète), les nouvelles missions des réseaux gériatriques avec le suivi des sorties d'hospitalisation à risque de ré-hospitalisation, de développement de téléconsultations plaies à domicile,
- › Les renforts des liens EHPAD-Hôpital avec la création de 10 équipes mobiles de psycho-gériatrie en EHPAD, le développement de projets de téléconsultations en EHPAD,
- › La poursuite du développement des liens avec le secteur ambulatoire constitue une orientation pour l'appui à la coordination des acteurs (le projet PAERPA y contribue, mais aussi le cadre de missions rénové des réseaux gériatriques avec l'expertise gériatrique à domicile au service des médecins traitants).

Expérimentation de démarches sur les parcours

Trois expériences conduites sur des parcours répondant aux problématiques des personnes âgées par une réflexion multi-acteurs et le repérage de points de fragilité ont permis d'apporter des réponses en termes de prévention des risques, d'évaluation pluridisciplinaire, d'articulation des différents acteurs de la prise en charge et de mise à disposition de compétences adaptées au service des professionnels et des patients.

› **L'expérimentation d'un parcours du patient âgé dénutri** conduite dans le cadre du Contrat Local de Santé de la Communauté Urbaine d'Arras avec le CH d'Arras a permis des actions d'amélioration du repérage de la dénutrition par la mise à disposition d'outils dédiés auprès des médecins libéraux, prolongés par la formation des services à domicile. En fonction du diagnostic, le déclenchement d'interventions d'un diététicien au domicile ou l'accès à une consultation hospitalière pluridisciplinaire a été organisé en lien avec le réseau de gérontologie. Des pratiques de repérage, de surveillance et de prise en charge de la dénutrition en EHPAD ont également été incitées. Le bilan évaluatif à janvier 2016 indique que ces actions ont permis une amélioration de l'état nutritionnel des 272 patients pris en charge dans le dispositif, qui s'accompagne d'une amélioration de leur état cognitif³⁷.

› **L'expérimentation d'un parcours patient âgé chuteur** sur la métropole Lilloise a associé le CHRU de Lille, le GHICL et le SPASAD Domasanté, avec le soutien du Conseil Départemental du Nord et de la CARSAT. Les réflexions du groupe ont donné lieu à la mise en place d'une consultation d'évaluation pluridisciplinaire déclenchée par le signalement des centres hospitaliers, médecins traitants et kinésithérapeutes, d'évaluations au domicile conduites par le réseau de santé gérontologique, d'une Equipe Spécialisée en Prévention et Réadaptation à Domicile (ESPRAD) innovante proposant l'intervention d'un ergothérapeute et un programme de réadaptation au domicile, et d'un hôpital de jour spécialisé. Le bilan évaluatif à septembre 2015 indique des effets positifs sur la réduction de la fréquence des chutes, mais un fonctionnement à améliorer sur la fluidité de la coordination des différents acteurs, la réactivité face aux

³⁷ Rapport d'évaluation du parcours expérimental de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition (Centre Hospitalier d'Arras), faculté de gestion, économie et sciences, janvier 2016

situations d'urgence et l'intégration des médecins généralistes. Le modèle de l'ESPRAD expérimenté a été repris dans la région par le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2016 (PMND)³⁸.

› **L'expérimentation du parcours gériatrique PAERPA, accompagnée par l'ANAP, a été déployée à partir de 2014 sur le territoire du Valenciennois-Quercitain** pour les personnes âgées de plus de 75ans. L'objectif principal poursuivi est de coordonner les intervenants en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social autour du médecin traitant, afin de réduire les difficultés et les ruptures de prise en charge et d'agir sur les hospitalisations évitables.

Sélectionnée parmi les 9 pilotes en France, l'Agence a mobilisé les acteurs représentatifs des champs social, médico-social et sanitaire sur le territoire pour la réalisation d'un diagnostic partagé qui a abouti à feuille de route de 25 actions, couvrant la période 2014 à 2017. Les actions menées s'articulent autour de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi de Plans Personnalisés de Santé (PPS) (plan d'action pluri professionnel élaboré par une Coordination Clinique de Proximité intégrant le médecin traitant) ainsi que sur un ensemble de mesures portant sur l'offre médico-sociale et le développement d'un système d'information partagé.

La mise en œuvre de cette feuille de route repose sur une coordination médico-administrative permettant de faciliter les liens entre les acteurs et la construction de projets communs : à cette fin un dispositif d'appui territorial (DAT) est piloté depuis janvier 2015 par le Groupement de Coopération Sanitaire porteur de la filière gériatrique intégrant également la MAIA. Il est constitué d'une équipe pilote (deux coordinateurs, 4 animatrices territoriales) et intègre les dispositifs d'orientation et d'accompagnement (MAIA, CLIC, réseau, équipes mobiles, acteurs sociaux...), les acteurs de la filière gériatrique du territoire et de nouvelles ressources d'intervention au domicile mises en place dans le cadre de l'expérimentation (SSIAD expérimentaux, équipe mobile de psychogériatrie, consultation multidisciplinaire de la fragilité, ...).

³⁸ Rapport d'évaluation du parcours expérimental de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de la personne âgée chuteuse ou à risques de chute (Métropole Lilloise), faculté de gestion, économie et sciences, janvier 2016

Mesures et actions réalisées à destination des malades d'Alzheimer et pathologies apparentées

Les mesures financées et accompagnées par l'agence dans le cadre du plan Alzheimer, au-delà des objectifs nationaux, ont permis un déploiement harmonieux sur l'ensemble des zones de proximité et favorisé une meilleure articulation entre les structures de soin, d'information et d'accompagnement afin d'aller vers un parcours de santé adapté pour chaque situation.

Formation et communication

- › Des actions d'information sur les dispositifs existants ont été menées par l'URPS auprès des médecins traitants. Des journées régionales et territoriales à destination des établissements et services médico-sociaux ont été organisées.
- › Un guide des ressources Alzheimer et des supports d'information sur les maladies neurodégénératives destinés aux aidants ont été développés et diffusés en lien avec France Alzheimer et le CHRU de Lille.

Maintien au domicile et aide aux aidants

- › 17 MAIA ont été installées et labellisées sur la période, afin d'offrir un lieu de coordination et un « guichet unique » associant les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social pour la prise en charge des malades d'Alzheimer et l'accompagnement de leur entourage. L'ensemble de la région est couverte par ces structures conformément aux objectifs du plan Alzheimer.

Activité : A fin 2014, les 14 MAIA en activité avaient recensé 510 acteurs sur le territoire dont 218 sont devenus partenaires du guichet intégré (une part importante de CCAS et de SSIAD). 36 gestionnaires de cas ont été recrutés, pour un suivi d'une quarantaine de personnes âgées par gestionnaire et par an (facilitation des démarches et suivi des parcours individualisés).

- › 27 Equipes Spécialisés Alzheimer à Domicile (ESAD) ont été déployées, couvrant l'ensemble de la région. Elles permettent de renforcer le maintien à domicile par le maintien des capacités de la personne, l'adaptation de son environnement et le travail sur la relation aidant-aidé.

Activité : une file active des ESAD de plus de 2000 patients en 2014

- › 17 plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) ont été installées, (dont 9 en activité en 2015) offrant des prestations de soutien, de conseil et d'information à destination des aidants

Activité : sur 8 plateformes ayant fourni des données d'activité en 2014 : plus de 1 500 aidants ont contacté une plateforme, parmi eux 1 300 aidants ont bénéficié d'une prestation.

- › Enfin, 70 actions de formation des aidants ont été financées par l'Agence et déployées par les professionnels (CH, CLIC, plateformes de répit, ...) en cohésion avec France Alzheimer entre 2011 et 2016.

Offre spécialisée en EHPAD ou USLD

- › L'installation de 55 Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) destinés aux patients résidant en EHPAD ou en USLD a été accompagnée par l'Agence et les équipes territoriales sur la période d'évaluation. En 2013, 774 résidents ont été pris en charge dans 26 PASA.

- › L'objectif national de développement d'Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) a été dépassé avec 17 UHR autorisées dont 8 UHR (102 places) en EHPAD, 4 en USLD (68 places), et 5 financées par l'agence. Ces unités permettent la prise en charge des troubles comportementaux les plus sévères susceptibles d'altérer la qualité de vie des autres résidents. En 2014, 205 personnes ont été prises en charge dans 12 UHR.

Offre spécialisée en secteur sanitaire

- › Un maillage territorial complet en consultations mémoire avec 20 sites de consultations hospitaliers et 36 neurologues libéraux, autour du centre régional de ressources du CHRU qui est aussi centre référent national des malades jeunes. En 2014, 15 916 patients ont été pris en charge dont 6 639 nouveaux patients.
- › Enfin, 12 Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) de soins de réadaptation ont été installées soit 5 de plus que l'objectif national. En 2014 718 patients ont été pris en charge dans 10 UCC

Résultats :

- › Un renfort de l'offre de prise en charge à domicile (+ 1700 places de SSIAD installées entre 2011 et 2016), associée à une dynamique d'appui aux aidants a ainsi permis d'éviter des hospitalisations « évitables » et des ré-hospitalisations. Le taux d'équipement pour personnes âgées dépendantes a par ailleurs augmenté de 17% entre 2011 et 2016.
- › Une importante adaptation de l'offre à destination des personnes atteintes de troubles Alzheimer ou maladies apparentées, au-delà aux objectifs nationaux
- › Le développement de dynamiques de travail et d'action ayant mobilisé les acteurs des différents secteurs autour de l'amélioration des parcours des personnes âgées, principalement au travers d'expérimentations
- › Un renfort de la coordination des acteurs multiples intervenant dans la prise en charge des personnes âgées, plus particulièrement permis par :
 - la poursuite de la structuration des filières gériatriques, dont les enjeux se sont portés vers le développement de liens avec le secteur ambulatoire
 - le développement de dispositifs de coordination dédiés, tels que les MAIA pour les malades d'Alzheimer

Poursuivre la mise en place du parcours de prise en charge des cancers

Principaux enjeux régionaux

Le cancer représente l'une des premières causes de mortalité en Nord-Pas-de-Calais. La région est l'une des plus touchées par le cancer avec une sur-incidence de 5,9%³⁹ par rapport à la moyenne nationale et une surmortalité par cancer 21% supérieure à la moyenne nationale⁴⁰. Les cancers du sein, du colon-rectum et des VADS (Voies Aéro-Digestives Supérieures) sont les pathologies les plus prégnantes.

Le programme Cancer 2011-2015 a été co-construit et suivi par l'ARS et le Conseil Régional, dans la continuité du plan national Cancer II et en faveur d'une action concertée et transversale autour des principaux enjeux régionaux en matière de lutte contre le cancer : une dynamique de prévention durable de comportements individuels à risques (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité) et d'expositions environnementales défavorables, un renfort du recours aux soins précoces pour améliorer les chances de guérison notamment dans des territoires fragilisés par de fortes inégalités sociales, une poursuite de la structuration de l'offre et un maintien de la qualité de prise en charge via le renouvellement des autorisations et le développement de la prise en charge au domicile.

Réalisations et chiffres clefs

Prévention et dépistage

Le financement des dispositifs de dépistage organisé des cancers correspond à 8 795 577 € alloués par l'Agence sur la période 2011-2016.

Un accroissement de la sensibilisation des populations au dépistage a été permis par **l'accompagnement des acteurs locaux au déploiement de la couverture territoriale des CLAD (Comités Locaux d'accompagnement aux dépistages des cancers)** sur 14 des 15 zones de proximité, et par l'harmonisation de leurs pratiques. Les CLAD, financés à hauteur de 130k€ annuels, mobilisent les ressources au niveau territorial pour impulser et accompagner des actions de sensibilisation des populations. Ces comités ont fédéré les acteurs et contribué à la création de dynamiques locales, qui ont permis un relai ciblé et local des campagnes nationales. Aujourd'hui on constate que la dynamique des CLAD est variable d'un territoire à l'autre et que les actions déployées tendent à être ponctuelles au détriment d'actions de sensibilisation et d'accompagnement au dépistage au long court.

³⁹ Les Cancer en France, Inca, 2013

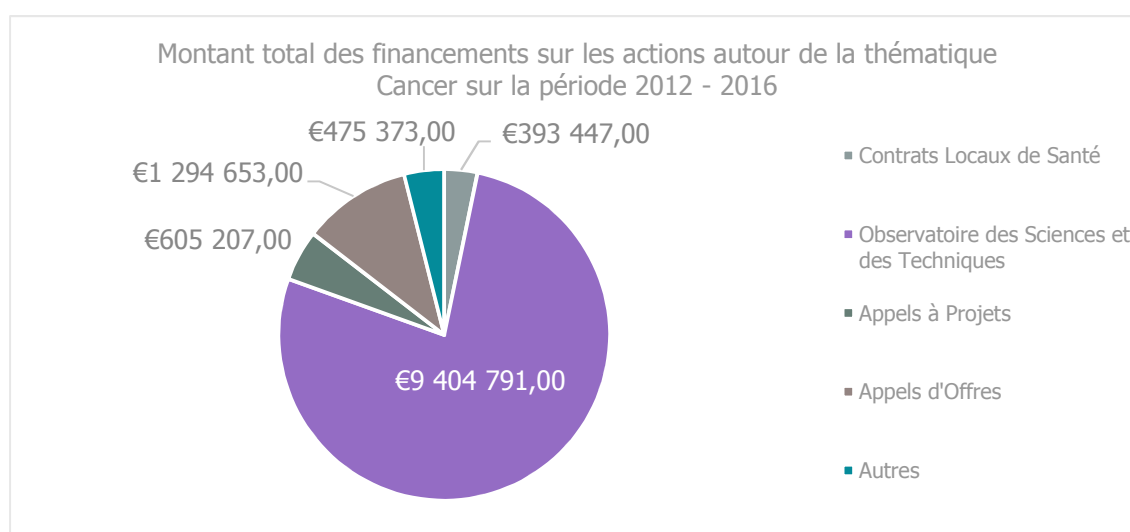
⁴⁰ Atlas Régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, 2015

L'appui au financement de semaines de mobilisation face aux cancers (avec le Conseil Régional) en 2011, 2012, 2013 et 2014 a contribué à la mise en œuvre de plus de 170 événements et actions régionales à destination des populations pour la promotion du dépistage, de la qualité de l'offre régionale, de l'engagement des chercheurs et de la mobilisation des associations assurant l'accompagnement des malades.

Deux projets pilotes sur le repérage précoce des cancers VADS ont par ailleurs été pilotés sur les zones de proximité de Béthune (en 2011) et du Boulonnais (2014), fondés sur la mise en place de temps infirmiers dédiés au repérage des risques, à l'accompagnement personnalisé des malades et à leur orientation vers une consultation ORL prioritaire ainsi que vers les structures d'addictologie du territoire pour un accompagnement au sevrage alcool/tabac. Un bilan évaluatif du projet réalisé à Béthune indique le repérage et l'orientation de plus de 470 personnes entre 2011 et 2013, dont 43% dans le cadre d'actions menées spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité, et la réalisation de 970 entretiens avec les usagers et 377 actions de formation des professionnels par l'infirmière. Néanmoins, la montée en charge des repérages demeure lente et l'impact du travail de sensibilisation mené est difficile à évaluer⁴¹. Par ailleurs, en dehors du repérage des cancers, ces projets permettent de déployer des actions d'accompagnement plus larges (prévention, prise en charge addictologie, hygiène bucco-dentaire, accompagnement social...) qui ne sont pas valorisées.

Enfin, l'Agence a contribué à susciter un changement durable des comportements à risques par la mise en place et le co-financement d'actions de prévention et promotion de la santé dans le cadre de trois appels à projets partagés avec le conseil régional. Une concertation sur les programmes des principaux opérateurs régionaux intervenant dans la prévention et le dépistage a été réalisée. Des actions locales de prévention Cancer ont été également été mises en œuvre dans le cadre de la politique de la ville (intégration d'axes prévention cancer au sein des Contrats Locaux de Santé).

Un bilan des actions financées et mises en œuvre est présenté ci-après⁴²:



Sur ces quatre années, les actions de prévention ont représenté 16% des financements pour un montant total de 1 848 000 €.

Offre et pratiques de prise en charge

L'Agence a assuré le renouvellement des autorisations des activités sanitaires de traitement du cancer par la réalisation de visites de conformité en 2013 et 2014 et la vérification des niveaux d'activité et de qualité. Ainsi il existe fin 2015 :

Etat des lieux des autorisations de traitement du cancer (chirurgie):⁴³

⁴¹ Repérage précoce des cancers des VADS sur les zones Béthune/Bruay et Lens/Hénin, évaluation 2011/2012/2103 et rapport d'activité 2013, Association Prévention Artois, février 2014.

⁴² Données ARS : Financements réalisés sur la période 2012 – 2015, et prévisionnel 2016

	Mammaire	Digestif	Urologique	Gynécologique	ORL et Maxilo-faciale	Thoracique
Artois-Douaisis	7	11	7	6	4	2
Hainaut-Cambrésis	6	9	4	4	3	1
Littoral	9	10	9	5	5	2
Métropole	9	11	9	7	4	3
TOTAL Région	31	41	29	22	16	8

Etat des lieux des autorisations de traitement du cancer (radiothérapie et chimiothérapie) :⁴⁴

	Radiothérapie externe	Chimiothérapie
Artois-Douaisis	4	8
Hainaut-Cambrésis	2	6
Littoral	2	8
Métropole	4	10
TOTAL Région	12	32

Le développement d'une double autorisation entre l'ARS et l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) pour les dispositifs de radiothérapie externe et RIV (Radiothérapie Interne Vectorisée) et le partage d'informations sur les incidents ont permis de renforcer cette offre.

Par ailleurs, une dynamique de suivi continu et de promotion des bonnes pratiques a visé à garantir la qualité des prises en charge et optimiser l'organisation des soins sur l'ensemble des territoires :

› Le **suivi de l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** a permis d'assurer leur bon fonctionnement. Une visibilité fine de l'organisation des RCP en région a été permise par les rapports d'activité remis par le réseau en cancérologie et par l'Inca. L'appui de l'ARS a mené à l'informatisation et à la centralisation de l'ensemble des données issues des RCP.

Un **travail de restructuration du DCC (Dossier Commun en Cancérologie) a été mené**. Néanmoins, l'articulation avec le DMP et l'accès par les médecins traitants constituent des axes de progression.

› Le **pilotage des 13 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) de la région**, qui veillent à la qualité de la prise en charge, a permis la **construction de programmes d'audit communs** ayant pour objectif l'harmonisation et l'amélioration des pratiques des centres de soins. Le suivi des audits et mesures correctives a été organisé.

› **L'Agence a procédé à une restructuration de la gouvernance du réseau régional de cancérologie ayant abouti à la fixation d'un plan de travail contractualisé (CPOM)** et à l'animation de **groupes de travail thématiques** portés par les professionnels de santé. Ceux-ci ont produit des référentiels de bonnes pratiques, logigrammes de soins et fiches conseil destinés à améliorer la qualité de prise en charge et la coordination des acteurs en région (exemple de thèmes : chimiothérapie à domicile, sénologie, structuration des liens ville-hôpital)

› La validation de conventions types et référentiels de bonnes pratiques doivent permettre **d'asseoir une organisation et un cadre juridique pour le développement de la chimiothérapie à domicile (en HAD)**. Son déploiement est prévu en hématologie.

Accompagnement des patients

Un travail a été mené pour renforcer l'accompagnement des patients pendant et après la survenue d'un cancer par la réponse à leurs besoins d'information et à ceux de leur entourage.

Cela s'est traduit par **un accroissement de la couverture de dispositifs d'accueil et d'information spécialisés** et visant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer:

⁴³ Données ARS 2015

⁴⁴ Données ARS 2015

- › **2 Espaces Ressources Cancer (ERC) ont été mis en fonctionnement pour atteindre un total de 8 ERC,**
- › **2 dispositifs AIRE Cancer (Accueil, Information, Rencontre et Ecoutes sur les cancers) ont été déployés pour un total de 9 AIRE en région, installés en milieu hospitalier.**

Le déploiement de ces dispositifs demeure en deçà des objectifs de couverture territoriale fixés (11 AIRE et 15 ERC), freiné par la difficulté de trouver des structures en capacité de les porter et de les financer.

L'harmonisation et le suivi du fonctionnement des ERC et AIRE ont été co-pilotés avec le conseil régional à l'occasion de revues trimestrielles. En 2013, 680k€ ont été alloués par l'ARS à ces structures.

Résultats :

- › On observe au niveau régional une évolution des taux de participation au dépistage organisé:
 - De 50,4% en 2010/2011 à 51,2% en 2013/2014⁴⁵ pour le dépistage organisé du cancer du sein, marquant une progression de +0,8points et une tendance au rapprochement au taux national (51,7% en 2014)
 - De 29,6% en 2010/2011 à 27,2% en 2013/2014 pour le dépistage organisé des cancers colorectaux, soit une décroissance de -2,4points. Le taux obtenu en 2013/2014 demeure inférieur à la moyenne nationale (29,8%)

Ces taux de participation demeurent en deçà des objectifs nationaux visés par le plan cancer II. On constate également de fortes variations dans la participation aux dépistages organisés au niveau infra territorial. Néanmoins, une progression vers la moyenne nationale est observée sur la région pour le cancer du sein.

- › Si l'on constate une légère progression des niveaux de participation aux dépistages organisés sur le cancer du sein sur la période, le taux d'actes de mastectomie partielle est resté en léger recul entre 2012 et 2014 (71% en 2012, 69% en 2014)⁴⁶. Ces résultats ne permettent pas de constater une évolution vers une prise en charge plus précoce des cancers du sein.

Améliorer la prise en charge des maladies cardio-vasculaires

Principaux enjeux régionaux

Avec un taux de mortalité prématurée cardiovasculaire supérieur de 44,5% à la moyenne nationale sur les années 2008-2010, la région Nord-Pas-de-Calais présente le taux le plus élevé de France. Concernant les accidents cardiovasculaires (AVC), c'est près de 15 500 nouveaux cas d'AVC qui se déclareraient chaque année chez les personnes de plus de 35 ans d'après une projection réalisée par l'observatoire du CHRU de Lille. Face à ces constats, le SROS a placé la prise en charge de l'AVC comme priorité du Projet Régional de Santé, conformément aux dispositions du plan national AVC 2010-2014.

Bien que la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire ait connu une diminution au cours des dix dernières années, des disparités régionales et infrarégionales demeurent. Ces disparités sont dues à une multiplicité de facteurs : variabilité géographique des principaux facteurs de risque (âge, niveau de revenu, HTA, diabète, dyslipidémie, obésité, tabac, alcool ...), organisation de l'offre de soins et niveau de qualité de la prise en charge.

Les réponses impliquent une prise de conscience collective et individuelle des risques afin de modifier les comportements de santé que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. C'est l'objet du Parcours de santé en cardio-neurovasculaire (programme ParCoeur) mis en place pour la période 2015-2020 par l'ARS et l'ensemble des acteurs régionaux concernés en prévention, en soins, en social et médico-social.

⁴⁵ Source INVs – Campagne de DO 2013-2014

⁴⁶ Source PMSI

Réalisations et chiffres clefs

L'adoption **fin 2015 du Parcours de santé des personnes à risque ou atteintes de maladies cardio-neuro vasculaires (PARCOEUR)** structure les mesures de prévention et de prise en charge des maladies cardiovasculaires autour de 4 axes stratégiques :

- › Agir sur les habitudes de vie pour prévenir les risques cardio-neuro vasculaires,
- › Repérer le plus tôt possible les facteurs de risque cardio-neuro vasculaires
- › Accompagner les patients ayant un risque cardio-neurovasculaire élevé dans leur parcours de soins
- › Réadapter et réinsérer les patients victimes d'un accident cardio-neurovasculaire

Le programme identifie des points de ruptures à chaque étape du parcours de soins et propose 27 mesures pour améliorer le parcours des patients à risques ou de maladies cardiovasculaires.

Au niveau de la prévention, les principales actions engagées sont prévues par le programme, **qui dénonce un repérage trop tardif des patients à risques et un développement insuffisant des programmes d'ETP**. Avant l'AVC, peu de programmes d'ETP sont proposés :

- › **2 programmes d'ETP de 1er recours sont autorisés** (MSA et MSP de Fruges) avec des files actives faibles (38 en 2014 pour la MSA).
- › **En post AVC : 4 programmes d'ETP existent**, pour 25 établissements autorisés pour une activité de SSR neurologique (185 patients en ont bénéficié en 2015).
- › **L'ETP en cardiologie est plus étoffée** : 27 programmes d'ETP (file active 2300 patients) autorisés même si 5 établissements autorisés pour une activité de SSR cardiologique ne proposent pas d'offre en ETP.

Par ailleurs, l'ARS a pris part à la campagne de communication nationale pour sensibiliser le plus grand nombre aux symptômes de l'AVC (« *AVC Agir vite c'est important* »). Les professionnels constatent des tendances positives en matière de sensibilisation de la population à la conduite à tenir en cas d'AVC⁴⁷, consistant en particulier à utiliser le système de régulation qui favorise une arrivée précoce aux urgences. Sur la région en 2015, 55% des patients en alerte AVC ont été régulés par le SAMU⁴⁸.

L'offre de soins pour la prise en charge de l'AVC est plutôt bien structurée dans la région. Les filières de prise en charge sont organisées **par territoires de santé avec 12 d'Unités Neurovasculaire** complétées par **le dispositif TéléAVC (4719 patients pris en charge par TéléAVC depuis 2012)**. Cette organisation a fortement augmenté le nombre de thrombolyse réalisées dans la région (+45% entre 2012 et 2015) et diminué les délais de prises en charge. Par ailleurs, le dispositif facilite depuis 2013 **le recours à la thrombectomie (passage de 36 cas en 2013 à 153 en 2015)**, assurée par le CHRU de Lille après transfert du patient. Cette technique récente présente des bénéfices importants pour la récupération post-AVC⁴⁹.

Le sujet de la récupération post-AVC constitue un axe d'amélioration (par exemple en 2015 70% des séjours en phase aigüe AVC ne sont pas suivis d'un SSR) qui a fait l'objet de la mise en œuvre d'une consultation «bilan» post AVC en application de l'instruction du 3 août 2015. Il s'agit d'une consultation pluridisciplinaire après un épisode AVC ayant pour objectifs de déterminer une stratégie prévention secondaire et contribuer à la réinsertion du patient. A ce jour, 9 projets ont été retenus et financés avec une mise en œuvre progressive sur 2016.

Concernant la filière cardiologie, la tendance a été à la mise en place de coopérations entre établissements pour garantir la permanence des soins et de garantir une réponse graduée dans les établissements de recours notamment entre le CHRU de Lille et le CH de Douai : mutualisation de compétences médicales, contribution à la constitution d'équipes, partage d'équipements.

⁴⁷ Source : retours du focus group « télé-AVC » (professionnels de santé impliqués dans le dispositif)

⁴⁸ Source enquête réalisée auprès des services d'urgences de la région (données déclaratives)

⁴⁹ Données colligées et analysées par les animateurs de filière du Hainaut Artois (M. Douay) avec l'aide du Dr Girard Buttaz

Résultats :

- › La prise en charge des maladies cardio-vasculaires et notamment des patients victimes d'AVC s'est fortement structurée en Nord-Pas-de-Calais ces dernières années autour de trois mesures phares : le déploiement d'Unités-Neuro-vasculaires, le développement du dispositif TéléAVC et l'adoption du programme ParCoeur.
- › L'évolution des taux d'hospitalisation standardisés pour AVC entre 2011 et 2014 relevés sur les territoires du Hainaut et de l'Artois montrent une légère hausse sur le Hainaut (+0,2 points entre 2011 et 2013, +0,1 points entre 2011 et 2014).
- › L'accès aux soins a été facilité par un développement et une amélioration de la qualité des traitements offerts notamment grâce à l'augmentation significative du nombre de thrombolyse réalisés entre 2011 et 2016 sur le Hainaut-Artois et le littoral (+45%).

Poursuivre la mise en œuvre du programme régional de santé mentale

Principaux enjeux régionaux

La région Nord Pas de Calais est marquée par une surmortalité par suicide tant chez l'homme (surmortalité estimée à 48%) que chez la femme (surmortalité estimée à 22%).

Le recours et l'accès aux soins constituent des enjeux importants de par la forte tension de la démographie médicale en psychiatrie et la stigmatisation autour de cette problématique qui constitue un frein aux démarches de soins. Le manque de solution d'accompagnement et d'adéquation de l'offre existante dans le secteur médico-social aux handicaps psychiques est également une problématique de la région.

De plus, l'un des principaux objectifs du programme régional de santé mentale a été de mettre en place des parcours de vie en interaction entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Réalisations et chiffres clef

Prévention et accompagnement précoce

Au cours de la période d'application du PRS, **77 actions de prévention portant sur la santé mentale** ont été financées sur l'ensemble de la région entre 2012 et 2015, via des appels à projet et le financement du CREA et des principaux organismes supra-territoriaux (essentiellement le FNARS et l'ISTNF) pour un total de **2,3 millions d'euros financés**.

L'agence a par ailleurs engagé des mesures et dispositifs de prévention et d'action précoce dans le cadre du programme autisme (Equipes Diagnostic Autisme de Proximité). L'accompagnement précoce pour les jeunes enfants relevant notamment de handicaps psychique a été fortement développé dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale, notamment via les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et les SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) – *se référer au bilan du parcours des personnes en situation de handicap, partie 7.2.2*

Organisation des parcours

Sur la période de mise en œuvre du programme, **l'agence a contribué à l'instauration d'une dynamique d'organisation des soins autour du parcours de santé/de vie et de création de lien entre les secteurs au travers de plusieurs actions :**

- › **La mise en place et l'animation de CLSM (Conseils Locaux en Santé Mentale)** à partir de 2015 **sur 8 zones de proximité** (pour une cible de 15) à partir d'un cahier des charges dédié. Financés à 50% par l'ARS (155k€ alloués) et à 50% par les collectivités territoriales, les CLSM constituent des lieux de concertation entre les acteurs locaux de la santé mentale permettant une réflexion sur des actions de prévention et toute problématique relative au parcours de vie des personnes. La détermination d'indicateurs d'activité et l'évaluation des résultats de ces dispositifs est en cours.

- › Des groupes de réflexion associant les acteurs des champs du social, du médico-social et du sanitaire ainsi que les départements et les usagers ont été menés pour échanger sur l'évolution des dispositifs et mener des projets communs. A titre d'exemple, un projet a abouti sur le territoire Littoral à la constitution d'équipes mobiles assurant un accompagnement des adolescents et enfants pris en charge en établissements et services médico-sociaux dans une optique de limitation des hospitalisations (porté par l'association AFEJI).
- › Les acteurs de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infantile ont été réunis à l'occasion d'une journée régionale organisée par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et un groupe de réflexion a conduit à la formalisation d'un guide de coopération entre les deux secteurs.
- › Une **expérimentation pour l'amélioration des parcours en Santé mentale** sur la zone de Lens-Hénin (350 000 habitants couverts, 5 secteurs de psychiatrie gérés par 3 établissements) mise en place par l'ARS et le Département avec l'appui de l'ANAP. Les travaux ont abouti à **un diagnostic partagé et 14 fiches actions en faveur de prise en compte et de la continuité des parcours de santé des adultes souffrant d'un handicap psychique.**

La mise en œuvre de ces actions s'est intégrée dans le cadre du fonctionnement d'un CLSM installé sur la zone de proximité, qui a assuré leur coordination et un relai d'information territoriale. A ce jour, l'expérimentation a essentiellement permis la **réalisation de formations croisées** sur le handicap psychique favorisant l'interconnaissance entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, la **formalisation de coopérations entre établissements de santé et ESMS**, la **mise à disposition d'une fiche ressource aux médecins généralistes** (en cours de généralisation) et la **mise en place de procédures visant à favoriser la continuité des soins en psychiatrie** travaillées avec le CH d'Hénin-Beaumont, l'AHNAC et l'APEI Hénin-Carvin. Une mobilisation inégale des équipes de psychiatrie est constatée ainsi que des difficultés de mise en œuvre des actions liées au périmètre d'application. Une évaluation sera réalisée aux termes de l'expérimentation⁵⁰.

- › **La région s'est distinguée par la création en 2014 du CREHPSy**, centre ressource pour le handicap psychique, dont l'objectif est l'amélioration des parcours et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique par des actions de veille et d'information, de formation, de mise en réseau et de recherche. Les actions menées par le CREHPSy ont consisté en la réalisation d'une cartographie des CLSM et places adaptées au handicap psychique, en l'animation de groupes de travail (exemples : logement et handicap psychique, accompagnement en ESAT,..) et en mise en œuvre des formations et stages croisés dans le cadre de l'expérimentation menée sur la zone de Lens-Hénin⁵¹.
- › Les **réseaux de Précarité Santé Mentale (RPSM)** de la région sont constitués de 470 structures dont environ 1/3 relevant du secteur de la santé et 2/3 des secteurs du social, médico-social ou judiciaire. Ils représentent un budget global de 111 800 € par an permettant notamment de financer des temps de coordination. Selon une évaluation réalisée en décembre 2015, l'organisation du comité de pilotage nécessite d'être revue et il existe un enjeu d'amélioration de la lisibilité de ce dispositif. Les retours de 222 participants engagés dans ces réseaux indiquent pour 80% d'entre eux, le réseau permet de mieux travailler avec les autres acteurs et de faciliter l'orientation des patients⁵².

Accès aux soins

Des actions en faveur d'un meilleur accès à aux droits et à la prise en charge notamment pour les publics fragiles ont été menées :

- › Le développement d'équipes mobiles : l'opérationnalité **d'équipes mobiles précarité santé mentale** sur l'ensemble de la région, la mise en place **d'équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvéniles sur 5 zones de proximité** et la mise en place de **11 Equipes Mobiles Psychiatriques Précoces (EMPP)** permettant d'agir dans la proximité auprès de publics fragiles.

L'absence de financements fléchés pour ces équipes mobiles (financées via des dotations globales) rend difficile le suivi de leur activité. Une évaluation des EMPP doit être réalisée.

⁵⁰ Source : Extrait présentation de COPIL PPSM, mars 2016, retour sur le séminaire interrégional ANAP dressant un bilan à janvier 2016

⁵¹ Source : site internet du CREHPSy

⁵² Source : restitution régionale de l'évaluation des RPSM au 1^{er} décembre 2015, société COPAS

- › Le financement de 2 CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) en milieu carcéral à Béthune et Douai (leur mise en œuvre n'est pas vérifiée)
- › Le développement de l'éducation thérapeutique en santé mentale avec 7 programmes autorisés (au 1^{er} février 2015)
- › La mise en place d'un dispositif d'intervention auprès de primo-suicidant dans les services d'urgences, qui permet d'amorcer une prise en charge et de veiller à son maintien. La création récente du dispositif ne permet pas de réaliser une évaluation.
- › Enfin, la région dispose de 3 PASS-psy (Permanence d'Accès aux Soins en milieu psychiatriques). Leur coordination avec les Réseaux Précarité Santé Mentale et les EMPP est assurée par le financement d'un poste de coordination. Néanmoins, le bilan de cette coordination n'est pas disponible.

Résultats

- › De nombreuses actions engagées en faveur de la qualité et des parcours de prise en charge du handicap psychique, favorisant la coordination des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaire

Parcours BPCO (programme de lutte contre la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive)

Principaux enjeux régionaux

La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie peu connue dont le tabagisme est la cause principale. Elle touche 8% à 10% des personnes de plus de 40 ans résidant en Nord Pas de Calais, dont près de deux tiers ne seraient pas diagnostiquées. La prévalence de cette maladie et les niveaux de mortalités associés sont supérieurs au niveau national (décès supérieurs de 35% en Nord Pas de Calais).

Face à ces enjeux, un programme centré sur cette pathologie a été co-construit en transversalité entre les directions métiers dans une approche de valorisation des actions existantes et de coordination entre les acteurs, structuré sur les points de difficultés identifiés sur les parcours et trois principales orientations:

- › Sensibiliser, dépister et intervenir précocement dans la prise en charge de la maladie afin de limiter les risques de complication
- › Fluidifier le parcours de santé des personnes
- › Prioriser les actions sur les personnes les moins captives et les plus défavorisées

Réalisations et chiffres clef

La mise en œuvre du programme BPCO a permis de renforcer la connaissance de cette pathologie au travers d'actions de communication soutenues par l'ARS, telles que l'organisation d'un forum régional de la BPCO en 2012, le relai médiatique de la journée mondiale BPCO, et la diffusion d'une vidéo explicitant le lien entre la BPCO et le tabagisme dans les salles d'attentes de professionnels médicaux, pharmaciens et kinésithérapeutes en lien avec les URPS (plus de 4 000 exemplaires diffusés).

Au-delà de la communication autour de cette maladie méconnue, les autres actions du programme ont permis d'accentuer la sensibilisation et la formation des professionnels aux **pratiques de repérage précoce** :

- › en collaboration avec les médecins conseil de l'Assurance Maladie, qui ont réalisé 700 entretiens confraternels en 2012 et 2013 ayant permis de rappeler les messages essentiels en matière de repérage, d'arrêt du tabac et de traitement
- › en lien avec l'URPS médecins pour la sensibilisation des professionnels et l'expérimentation du dépistage de la BPCO dans les cabinets d'infirmiers, de kinésithérapeutes et de médecins généralistes (questionnaire patient et test associés à la communication de l'âge pulmonaire). Suite à une vaste campagne de sensibilisation menée par les attachés de l'URPS sur les zones de proximité présentant la plus forte

prévalence de la pathologie, 186 professionnels de santé ont bénéficié des formations territoriales pluri professionnelles sur le thème de la BPCO et de son repérage déployées en 2013, 2014 et 2015.

› 47 professionnels de l'addictologie ont également été formés aux techniques de repérage de la BPCO en 2012 et 2013 par l'association ECLAT GRAA du Nord-Pas-de-Calais.

Les actions menées se sont également orientées vers une meilleure répartition de l'offre régionale de réhabilitation respiratoire, étape essentielle dans la prise en charge de cette pathologie. Cette activité bénéficie à environ 1 000 patients par an. L'offre s'est peu étoffée sur la période et reste inégalement répartie sur le territoire. Afin de mieux répondre aux attentes des patients et d'optimiser la qualité et l'efficacité de l'offre, l'ARS a contribué **au développement de solutions alternatives aux stages de réhabilitation conventionnels** :

› par l'incitation des offreurs de soins à modifier leurs prises en charge et à intégrer les patients en activité dans leurs programmes

› par le développement de l'éducation thérapeutique de niveaux 1,2 et 3 : 8 programmes supplémentaires ont été autorisés sur la période. La file active des programmes d'ETP BPCO a évolué de +155% entre 2011 et 2014, passant de 2 280 à 5 820 patients. Un travail a spécifiquement été mené sur l'ETP de niveau 1 destiné aux professionnels de premier recours et aux patients non sévères, avec le déploiement d'un programme « lib'air » auprès de 4 équipes test (Calais, Laventie, Lille Moulins et Steenvoorde).

› par le soutien financier aux prises en charge à domicile en alternative aux stages de réhabilitation, qui bénéficient aujourd'hui à une centaine de patients par an mais demeurent dans un état d'expérimentation

› enfin, par l'initiation d'une réflexion avec la DRJSCS (plan sport santé bien-être) et la réalisation d'un recensement des associations, sur le renforcement de l'activité physique adaptée en post-stage permettant de maintenir les acquis

Les actions d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des patients a également été pilotée par l'ARS, qui a incité un engagement des prestataires d'oxygénothérapie à domicile de développer une posture éducative vis-à-vis des patients (réalisation de formations, signature de la charte dédiée par la Fédération Française des Associations d'Insuffisants Respiratoires par 100% des prestataires de la région).

Des actions de sensibilisation auprès de la médecine du travail ont également été réalisées à l'occasion de formations internes à ces services et de la transmission d'une étude réalisée par le service des maladies professionnelles du CHU de Lille.

Résultats

› Le nombre de patients en réhabilitation respiratoire a augmenté de +19% entre 2011 et 2013 (passage de 754 patients à plus de 900 patients par an), mais connaît une baisse en 2014 (790 patients, -13% par rapport à 2012).

› Le nombre de patients hospitalisés pour BPCO surinfectée tend à se stabiliser sur la période sur les années 2013 et 2014 après une augmentation constante entre 2011 et 2013. On constate cette même tendance au niveau du taux de ré-hospitalisations.

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients hospitalisés pour BPCO surinfectée ⁵³	5 110	5 677	5 926	5 812
% de ré-hospitalisations ⁵⁴	17,5%	19,1%	21,8%	20,9%

Les résultats témoignent à ce stade d'une progression sur la période du nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge en réhabilitation respiratoire et une stabilisation des hospitalisations et ré-

⁵³ Source PMSI

⁵⁴ Source PMSI

hospitalisation pour complications. L'amélioration du repérage de la maladie, non diagnostiquée pour une part importante des personnes atteintes, peut contribuer à une augmentation de ces données d'activité.

Les perspectives futures pour le développement d'actions sur la BPCO résident dans la mise en place d'une convergence entre les plans de prévention sur le tabac et sur la BPCO, avec le renforcement d'un modèle de dépistage de la BPCO centré sur la notion d'âge pulmonaire.

Le renforcement du maillage de l'offre de réhabilitation respiratoire et le développement des alternatives aux stages conventionnels demeurent également des enjeux à l'issue de la période de mise œuvre du PRS.

Enfin, des pistes de synergies seraient à développer avec les partenaires pour développer le suivi des maladies chroniques dans le milieu du travail.

Parcours diabète (Programme DIABEVI)

Principaux enjeux régionaux

Le diabète représente un enjeu majeur de santé publique en Nord pas de Calais : près de 200 000 personnes sont atteintes de cette pathologie dans la région (pour près de 90% du diabète de type II). La surmortalité liée au diabète dans la région est la plus importante de France. La maladie constitue un important facteur de risque de complications touchant l'appareil circulatoire, les reins, le système nerveux, les yeux.

La lutte contre cette maladie s'est engagée au travers du programme DIABEVI dont la mise en œuvre se déploiera jusque fin 2017. Un travail collaboratif portant sur les séquences du parcours de santé a impliqué l'ensemble des acteurs régionaux (centres hospitaliers, réseaux, MSP...) ainsi que des échanges avec les professionnels de terrain et des patients diabétiques. Les incohérences entre le parcours de santé en région et les recommandations de l'HAS et de l'IGAS ont été repérées et partagées.

Trois principaux objectifs structurent le programme DIABEVI :

- › Sensibiliser, dépister et intervenir précocement dans la prise en charge de la maladie afin de limiter ses conséquences,
- › Fluidifier le parcours de santé des personnes,
- › Prioriser les actions sur les populations fragiles : enfants, femmes enceintes, personnes âgées.

Différentes actions ont été déclinées sur la période 2014 à 2016 et se poursuivent afin d'optimiser le parcours de soins en développant des actions correctrices des points de rupture du repérage à la prise en charge, en complémentarité avec les actions menées sur les thématiques des maladies cardio-vasculaires (programme PARCOEUR) et de l'obésité. Une évaluation est prévue en 2018.

Réalisations et chiffres clef

Des actions de communication ont permis de renforcer la connaissance de la pathologie et de ses complications pour différentes typologies de patients, notamment via un forum régional organisé en 2013 à l'occasion du lancement du programme DIABEVI, et le relai média des journées annuelles mondiales du diabète.

Les pratiques de dépistage sélectif et ciblé du diabète ont été renforcées par plusieurs actions/mesures :

- › **Le relai des campagnes de sensibilisation aux techniques de prévention et de dépistage** menées par l'Assurance Maladie auprès de professionnels de premier recours, notamment sur le pied diabétique, le dépistage précoce de l'insuffisance rénale (entretiens confraternels réalisés auprès de l'ensemble des médecins généralistes).

A titre d'illustration une campagne sur le dépistage du pied diabétique a été menée par l'Assurance Maladie en direction du professionnel et relayée par l'ARS auprès des réseaux diabète et de l'ensemble des professionnels de premier recours exerçant en structure d'exercice de soins coordonnée.

› **L'organisation du dépistage de la rétinopathie diabétique** pour les patients non suivis sur le plan ophtalmologique a été réorientée sur un **dispositif régional de télé-expertise** faisant intervenir orthoptistes et ophtalmologues libéraux au sein d'une plateforme mise en place par les URPS. Le système a été mis en fonctionnement au premier janvier 2016 et associé à l'organisation d'un système de transfert des résultats au médecin traitant et de prise en charge rapide des patients le nécessitant par des spécialistes volontaires (*pour plus de détails, se référer à l'évaluation du développement de la télémédecine, partie 7.2.6*).

› La mise en œuvre de protocoles ASALEE pour le développement de consultations infirmières, en cours au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires est également une piste pour renforcer les actions de dépistage et de suivi régulier des patients atteints de maladies chroniques, notamment les diabétiques.

L'un des objectifs poursuivis par l'Agence est d'étendre les actions de dépistage aux officines, qui permettent de toucher une part importante de la population. A ce titre une expérimentation sur le repérage des facteurs de risques en officine sur Lens Hénin intégrant la surveillance de la glycémie est en cours de mise en œuvre dans le cadre du programme PARCOEUR (environ 40 pharmacies participantes).

Les actions de l'agence sur les trois dernières années ont permis de **renforcer le développement de l'offre de premier recours** favorisant la coordination des soins et l'éducation des patients diabétiques par le renforcement de l'éducation thérapeutique sur le territoire. Celles-ci ont consisté en la formation d'équipes de soins de proximité à l'ETP de niveau 1 (une trentaine d'équipes au total) ciblée sur les zones de proximité non couvertes.

Ont également été réalisés un travail de repositionnement des réseaux de santé diabète-obésité sur l'ETP de niveau 2 et de maintien de l'offre de niveaux 2 et 3 au sein des établissements de santé.

	Programmes autorisés sur la période	Acteurs	Files actives (2014)
Niveau 1	3 programmes régionaux	16 équipes de soins de proximité 6 centres de santé CARMI 2 Centres d'Examens de Santé	363 patients
Niveau 2	23 programmes dont 15 en établissements de santé et 8 en réseaux	5 réseaux obésité-diabète recentrés sur l'ETP de niveau 2 10 établissements de santé	Entre 1200 et 1300 patients
Niveau 3	15 programmes	7 établissements de santé	5950 patients

Le territoire dispose d'une offre graduée d'ETP comprenant au total 16 programmes de niveau 1, 23 programmes de niveau 2 et 18 programmes de niveau 3. Une coordination régionale de l'offre d'ETP a été placée sous le pilotage de l'URPS afin de renforcer les liens entre les différents niveaux de l'offre et de développer des réflexions autour de programmes intégrant plusieurs spécialités (par exemple sur l'insuffisance rénale). Le développement de programmes d'éducation thérapeutique a constitué un important levier d'amélioration des pratiques de prise en charge.

Enfin, l'agence a contribué au développement d'actions ciblées sur les populations fragiles :

› **Chez l'enfant** : environ 1 000 enfants de 2 à 16 ans scolarisés sont porteurs d'un diabète de type 1 en Nord Pas de Calais. L'ARS a mis en œuvre une campagne de communication régionale à destination des pédiatres et diabétologues (crèches, PMI) sur les signes évocateurs du diabète de type 1 chez l'enfant à l'aide d'outils développés par l'Association d'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD). De plus des actions ont été menées pour favoriser l'intégration de l'enfant diabétique pendant sa scolarisation et durant le temps périscolaire par l'appui aux Projets d'Accueil Individualisés (PAI). En 2013, 80% des enfants concernés bénéficiaient d'un PAI et font actuellement l'objet d'une évaluation.

› **Chez la femme enceinte** : près de 10% des grossesses en Nord Pas de Calais sont prises en charge avec un diabète gestationnel. Le suivi pré-gestationnel et post-partum de ces patientes présentent d'importantes difficultés (refus nombreux) et font actuellement l'objet d'une étude visant à déterminer les approches pertinentes. L'agence appuie la diffusion de données régionales (observatoire du diabète

gestationnel, publié tous les 3 ans) ainsi que les réflexions en cours pour le développement d'une offre d'ETP dédiée au suivi post-partum et d'un projet d'extension du coaching infirmier sur le suivi de la glycémie via un système de télésurveillance élaboré par le CHRU de Lille.

› **Chez la personne âgée :** quatre sessions de formation territoriales ont été déployées pour l'amélioration de la prise en charge de la personne diabétique en EHPAD à l'attention de médecins coordonnateurs (30 à 40 personnes par formation). Des mesures de formation auprès des professionnels intervenant à domicile et de développement d'un programme d'ETP dédié au sujet âgé diabétique sont à développer.

Résultats :

› Une gradation de l'offre d'ETP autorisée a été obtenue sur la région (malgré une marge de progrès sur la couverture des zones de proximité au niveau de l'offre de niveau 1)

› Le nombre de patients bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique diabète a augmenté de +86% entre 2012 et 2015, témoignant d'une forte intégration de l'ETP dans les parcours de soins

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients bénéficiant d'un programme d'ETP ⁵⁵	4 121	5 110	5 926	7 686

permettant de renforcer l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie

› Le suivi du nombre de patients hospitalisés via le PMSI montre une légère augmentation du taux d'hospitalisation pour complications du diabète (tous types de diabète confondus) sur la période 2011 à 2013. Les données disponibles à ce stade ne permettent pas de conclure à de potentiels effets des mesures mises en œuvre (à compléter sur la période récente).

Année	2011	2012	2013	2014
% d'hospitalisations de patients diabétiques pour complications liées au diabète ⁵⁶	3,2%	3,6%	3,5%	

⁵⁵ Source ARS

⁵⁶ Source PMSI

6.1.4 Promouvoir un système de santé efficient

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

Le Projet Régional de Santé a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficience du système de santé ?

L'optimisation de l'efficience du système de santé correspond à **la recherche d'une réponse de qualité et adaptée aux besoins de soins, au meilleur coût**. Cette efficience est à la fois conditionnée par la maîtrise des dépenses de santé, une organisation performante des soins et par une capacité d'adaptation des moyens aux besoins et attentes de la population.

Le Plan Régional de santé a contribué à l'optimisation de l'organisation du système de santé régional par l'accompagnement des offreurs de soins, placés comme acteurs de l'efficience à l'échelle de chaque structure comme à l'échelle des territoires par la gestion de leurs budgets, la répartition et la coordination territoriales de l'offre, et le développement de modalités de prise en charge efficientes. L'Agence a également conduit une démarche d'allocation des ressources objectivée et plus proche des besoins des personnes prises en charge. Enfin, la poursuite d'une dynamique de gestion des risques avec l'Assurance Maladie a contribué à la maîtrise ciblée de l'évolution des dépenses de santé régionale.

Pour cela, l'Agence s'est plus particulièrement appuyée sur la contractualisation avec les offreurs de soins, des leviers méthodologiques (analyse médico-économique, analyse comparative des structures, accompagnement gradué des établissements), et l'appui des partenariats entre les acteurs du soin.

Réalisations clef

Un accompagnement des offreurs de soin en faveur de la performance des organisations

L'Agence a développé sur la période d'évaluation des modalités d'accompagnement graduées des offreurs de soin afin de les rendre acteurs de l'efficience.

Le PRS a en effet engagé les structures et réseaux dans la recherche d'efficience au niveau « individuel »...

› Un appui à la performance « individuelle » des établissements de santé adapté aux capacités d'action des structures a été déployé et a permis une amélioration des équilibres budgétaires en faveur des capacités d'investissement.

› L'Agence a soutenu plusieurs projets d'investissements dans le cadre de démarches d'optimisation des organisations ou, pour le champ médico-social, par une politique régionale de réaffectation ciblée des excédents contribuant à la maîtrise des impacts financiers de ces projets

› Une amélioration des pratiques de pilotage et de gestion a été appuyée par un dialogue de gestion entre l'Agence et les structures des champs sanitaire et médico-social renforcé, l'amélioration et la généralisation d'outils de gestion (intégrant les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens). L'utilisation de la contractualisation avec les structures et sa généralisation (sur les champs du médico-social) a contribué à la définition d'objectifs et à leur suivi

› Des démarches d'analyse médico-économique ont été pilotées dans les réseaux de santé, dans les établissements de santé ou par une structuration de la remontée de données en provenance des ESMS, permettant la mise en place de mesures d'amélioration de la performance...

... mais également vers une recherche d'efficience à l'échelle territoriale :

› L'accompagnement des établissements de santé s'est inscrit dans plusieurs dynamiques de recomposition de l'offre et des activités médicales à l'échelle de territoires dans le cadre de partenariats, notamment les Coopérations Hospitalières de Territoire (CHT)

› La totalité des réseaux de santé de la région ont été harmonisés, leurs missions recentrées et leur périmètre réévalué

Un développement de modalités d'amélioration de l'allocation des ressources

L'Agence est garante d'une juste allocation des ressources entre les structures permettant de maîtriser l'évolution de la dépense tout en optimisant la réponse aux besoins des personnes prises en charge. Le PRS a fait l'objet de mesures en faveur de ce point :

- › Par la détermination de critères d'allocation des ressources du Fonds d'Intervention Régional fondés la capacité objective des structures à porter les mesures du PRS
- › Par une politique volontariste de convergence budgétaire développée à l'attention des établissements et services médico-sociaux
- › Par l'application des référentiels d'activité, de prestation et de coûts existants et la progression vers une meilleure connaissance des besoins notamment pour les activités non couvertes par ces référentiels, permise, sur le champs médico-social, par l'évolution des systèmes d'information et de remontée de données

Une dynamique de maîtrise des dépenses de santé par l'action sur les pratiques

L'Agence s'est fortement mobilisée en faveur de la maîtrise des risques avec l'Assurance Maladie, plus particulièrement sur les dépenses de transport, les prescriptions et la pertinence des actes de chirurgie qui ont fait l'objet de politiques de régulation fondées sur l'analyse des pratiques et des besoins. Le Plan Régional de Santé a aussi soutenu les pratiques alternatives à l'hospitalisation conventionnelles et se distingue par sa progression en matière d'hospitalisation à domicile et de chirurgie ambulatoire.

Points d'amélioration

- › En matière d'accompagnement des établissements, l'appui aux CHT n'a pas permis d'aboutir à une véritable dynamique de projets médicaux partagés sur les territoires en faveur de l'efficacité. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui intègre un objectif de projets médicaux partagés en 2017, constitue une opportunité nouvelle.
- › La médecine ambulatoire n'a pas comporté d'objectif de développement sur la période. Des réflexions sont en cours pour engager une dynamique sur la région.

L'évolution des indicateurs d'usage des dispositifs

- › **Partenariats** : 30 CPOM signés avec les réseaux de santé, une harmonisation des 34 réseaux de la région
- › **Etablissements de santé** :
 - 9 établissements en dialogue de gestion avec l'Agence, 5 Plans de Retour à l'Equilibre (PRE) et 4 Plans d'Action Performance contractualisés et suivis.
- › **Etablissements et services médicaux sociaux** :
 - 70% des structures du champ du handicap couvertes par un CPOM, une quarantaine de structures en cours de négociation. Une réévaluation des ressources réalisée sur la totalité des EHPAD de la région
 - Une remontée de données pour 100% des ESMS dès 2016 via l'usage des tableaux de bord de la performance (ANAP)
- › **Alternatives à l'hospitalisation conventionnelle** :
 - une évolution du taux de chirurgie ambulatoire de 5,4 points entre 2012 et 2015, atteignant 53,3% des actes en 2015 soit 1,3 points de plus que la moyenne nationale
 - environ 22 patients pour 100 000 habitants pris en charge en hospitalisation à domicile sur la région, pour une moyenne nationale de 18,5

L'évolution des indicateurs d'efficience

Evolutions positives	Evolutions neutres	Evolutions négatives
<ul style="list-style-type: none"> › Une amélioration de la capacité d'autofinancement cumulée des établissements de santé en hausse sur la période 2013-2015, représentant une amélioration de 29 millions d'Euros › Un taux de déficit des établissements retraité des aides stabilisé entre 2014 et 2015 › Une stabilisation de la consommation d'antibiotiques sur la région en 2013 et 2014 › Un renforcement de la pertinence des actes d'appendicectomie sur la région en 2014 	<ul style="list-style-type: none"> › Un taux de marge brut moyen (non retraité des aides) de 6,4% pour les établissements en 2014, stable sur 2015 et le premier trimestre 2016. › Une variation annuelle importante des taux d'évolution des dépenses de transport entre 2012 et 2015, néanmoins en baisse par rapport à 2009 (+5,4% en moyenne entre 2012 et 2015, contre 7,2% en 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> › Un taux de progression des dépenses de prescriptions PHMEV en hausse entre 2014 (+6,9%) et 2015 (+8,2%) et supérieur à la cible nationale (+3,1%)

Organiser les partenariats entre les acteurs du soin dans chaque territoire

Principaux enjeux régionaux

Dans ses missions de pilotage de l'offre de soins, l'ARS s'est efforcée d'appuyer l'organisation de partenariats entre les acteurs du soin comme levier pour renforcer la cohérence du maillage territorial des acteurs et de la réponse aux besoins de soin. A ce titre elle accompagné les acteurs hospitaliers vers des projets médicaux de territoire et la définition des projets d'investissement. Cet accompagnement a visé à consolider l'offre, à renouveler l'attractivité pour les professionnels et à renforcer les capacités des établissements à soutenir les investissements.

L'agence a également appuyé l'harmonisation et la réorganisation des réseaux de santé, qui bénéficient d'une forte dynamique dans la région. Ce travail a visé une équité territoriale de couverture des réseaux, et un renfort de leur mission de coordination territoriale.

Réalisations et chiffres clef

Maillage territorial hospitalier

Six coopérations hospitalières de territoire (CHT) ont été mises en place au cours de la période d'évaluation sur les territoires du Valenciennois, de la Flandre Intérieure-Lys, de Roubaix-Tourcoing-Wattrelos, du Cambrésis, de l'Artois-Douaisis, et de l'Avesnois. Dans ce cadre, l'appui à la réalisation de projets médicaux communs a été mené pour aboutir à un projet médical formalisé sur la CHT du Valenciennois et deux autres projets en phase de finalisation. **Malgré des dynamiques engagées, l'accompagnement des CHT a abouti à peu de projets médicaux partagés. L'installation de 8 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) en ex-Nord-Pas-de-Calais constitue un nouveau levier pour la mise en place de partenariats** et doit aboutir à l'élaboration de projets médicaux en juillet 2017. Les modalités d'accompagnement méthodologique de l'Agence auprès des établissements restent à définir.

L'agence a par ailleurs accompagné la **recomposition de l'offre de soins hospitaliers entre les acteurs** sur plusieurs territoires, pour les résultats suivants :

- › Une redistribution des activités sur le Dunkerquois, entre le centre hospitalier de Dunkerque (CHD), la Polyclinique de Grande-Synthe et le Centre Hospitalier de Zuydcoote accompagné d'une opération de modernisation du CHD (maternité, médecine nucléaire) que l'ARS soutiendra financièrement.
- › Un projet médical de territoire associé à sur les zones de Lens, Liévin et Hénin-Beaumont (CH de Lens, Groupe AHNAC) associé à un projet de reconstruction du nouvel hôpital de Lens, reconnu éligible à un financement national.
- › Cette dynamique se prolonge en 2015 sur Sambre Avesnois en vue de la reconstruction du CH de Maubeuge, inscrite dans le cadre d'une stratégie médicale commune aux établissements publics du Hainaut-Cambrésis.
- › La mise en place de directions communes en faveur du repositionnement des CH d'Hesdin (avec le CH de l'arrondissement de Montreuil) et d'Aire/Lys (avec le CH de la Région de St Omer). Sur ces deux secteurs, la requalification de l'offre se tourne vers le développement des soins de suite et de réadaptation, le regroupement des unités de soins de longue durée et la modernisation des EHPAD.

Enfin, l'ARS a soutenu le CHRU de Lille pour le financement national de l'Hôpital Cœur Vaisseaux Poumons et le CH de Roubaix pour la reconstruction de la maternité sur le site Victor Provo. Sur les dotations régionales, le financement de l'extension-restructuration des urgences du CHRSO a également été acté.

Optimisation des réseaux de santé

La démarche d'harmonisation de l'ensemble des réseaux de la région a été menée à partir de 2013 des binômes médico-administratifs et par thématique. La réalisation d'analyses médico-économiques et d'analyses de l'activité a permis d'analyser le rôle tenu et attendu du réseau dans le parcours de santé de la population cible, le type d'appui devant être proposé au médecin traitant, les articulations existantes avec les autres dispositifs de coordination du territoire ainsi que celles attendues.

Les nouvelles orientations ont été contractualisées avec les réseaux en 2014 et en 2015 : à fin 2015, **30 CPOM ont été signés dont 27 intégrant des objectifs**, dont principalement :

- › L'application d'un cadre de missions redéfini
- › La mise en place d'équipes « cible » par territoire ou par périmètre (population couverte)
- › Des mesures d'harmonisation des dépenses de fonctionnement (ex. harmonisation des rémunérations par catégorie professionnelle, mutualisation des moyens administratifs et logistiques)

Par exemple, les périmètres des réseaux soins palliatifs et gérontologie ont fait l'objet de mesures d'extension et d'harmonisation entre les deux thématiques. Les missions des réseaux de gérontologie ont été recentrées sur la coordination des sorties d'hospitalisation complexes et l'expertise gériatrique au domicile. Le périmètre d'intervention a été clarifié via à vis de l'activité de coordination des MAIA. Deux zones de proximité ayant initialement une activité de soins palliatifs ont reçu des moyens supplémentaires pour mettre en place un accompagnement des personnes âgées. L'ensemble de ces réseaux utilisent désormais les Programmes Personnalisés de Santé (PPS) qui favorisent une coordination de proximité des parcours en lien avec le médecin traitant et les intervenants au domicile. Près de 4 000 patients ont été pris en charge par les réseaux gérontologie et soins palliatifs en 2015.

L'évaluation médico-économique du fonctionnement des réseaux diabétologie a conduit au recentrage de leurs missions sur l'éducation thérapeutique de second recours, et le retrait des fonctions de coordination.

Certains réseaux ont été engagés à se rapprocher pour constituer des plates formes pluri thématiques (mise en commun des moyens de fonctionnement) : sur des territoires où un réseau de chaque thème préexistait, les rapprochements réalisés aboutissent en 2016 à 7 plateformes (essentiellement gérontologie-soins palliatifs et 2 plateformes diabétologie-soins palliatifs).

Ainsi, **la région Nord-Pas-de-Calais comptabilise à fin 2015 34 réseaux de santé.** Les travaux de rationalisation menés sur la période d'évaluation ont abouti à une réduction de leur nombre (46 réseaux existaient fin 2011). Les financements alloués par l'Agence sur la période 2011 à 2015 s'élèvent à 55,6

millions d'euros en cumulé, dont 22% alloués aux soins palliatifs, 19% aux réseaux gérontologie, 14% aux handicaps et 14% aux réseaux diabétologie. Le montant des financements annuel a été réduit de moitié entre 2011 et 2015 (passage de 15,3 à 7,4 millions d'euros) ; une part importante de cette réduction, constatée entre 2014 et 2015 étant liée à la sortie des 5 réseaux diabétologie du périmètre de financement (retrait des fonctions de coordination).

Résultats :

- › Des démarches de recomposition de l'offre engagées entre les acteurs du soin, sur plusieurs territoires, ayant abouti à un rapprochement des acteurs en faveur de redistributions et requalifications de l'offre territoriale, et à de projets médicaux mis en commun en appui à leurs projets d'investissement
- › Une harmonisation et une optimisation des réseaux de santé menée par l'Agence, qui a conduit à recentrer leurs missions en faveur d'une meilleure articulation et d'une coordination renforcée avec les autres structures de l'offre de soin.

Favoriser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Principaux enjeux régionaux

Le virage ambulatoire, dynamique fortement engagée par la région Nord-Pas-de-Calais, constitue une évolution progressive des prises en charge en ambulatoire en substitution aux hospitalisations conventionnelles. Eviter des hospitalisations lourdes et favoriser le maintien au domicile lorsque les conditions sont réunies permet d'améliorer la qualité de prise en charge du patient tout en assurant une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Deux leviers sont plus particulièrement abordés : le développement de la chirurgie ambulatoire, et le développement de l'hospitalisation au domicile.

Réalisations et chiffres clefs

Chirurgie ambulatoire

La région présentait en 2012 un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à la moyenne nationale (42% vs. 40,8%). Toutefois, à l'échelle des zones de proximité, certains territoires restent dans une logique de développement du conventionnel et ne semblent pas avoir pris « le virage » ambulatoire attendu dans ces disciplines.

Le taux cible fixé en 2012 par le Ministère était de 52% des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire pour le Nord-Pas-de-Calais à horizon 2016. Si la région n'a pas réussi à atteindre cet objectif, elle suit une dynamique positive avec **un taux de chirurgie ambulatoire systématiquement supérieur à la moyenne nationale :**

Année	2012	2013	2014	2015
Nord-Pas-de-Calais	42 %	43,6 %	45,7 %	47,9 %
France	40.8 %	42.7 %	44,9 %	47,2 %

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire en Nord-Pas-de-Calais (ancien périmètre)⁵⁷

Depuis 2014, un nouveau périmètre a été défini par la DGOS pour la chirurgie ambulatoire en France par un élargissement du périmètre des actes de chirurgie concernés. Cette modification a pour objectif de mieux refléter l'activité des chirurgiens au bloc opératoire et de faciliter les comparaisons internationales. Ainsi l'objectif national est désormais d'atteindre, à la lumière de ce nouveau périmètre, un taux de chirurgie

⁵⁷ Source : Données ATIH

ambulatoire de 60,5 % en 2018 et 66,2% en 2020. Au regard de ce nouveau périmètre, **la nouvelle cible régionale s'établit à 61,7% à échéance de 2018 et 67,1% en 2020.**

Année	2012	2013	2014	2015
Nord-Pas-de-Calais	47,8 %	49,6 %	51,3 %	53,2 %
France	46,1%	47,9%	50 %	51,9 %

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire en Nord-Pas-de-Calais (nouveau périmètre)⁵⁸

Au niveau des établissements de santé, des objectifs ont été déclinés à travers les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec un taux d'ambulatoire cible calculé à partir du potentiel de substitution des établissements et un barème régional. Certains établissements ont été accompagnés financièrement par l'ARS notamment lorsqu'il était nécessaire de revoir l'architecture des locaux. Par ailleurs, 8 établissements ont été accompagnés dans le cadre de dialogues de gestion territoriaux. Concrètement, il s'agit d'un suivi collégial et rapproché des actions mises en œuvre par ces établissements et mobilisant les CME et les directions. Plus récemment, l'ARS a lancé en avril 2016 un appel à projets pour soutenir des actions innovantes tendant au développement de la chirurgie ambulatoire. Doté d'un montant de 1 136 682 €, cet appel à projets va soutenir 18 établissements privés et publics, dans toute la grande Région.

Hospitalisation à domicile (HAD)

L'Agence s'est engagée dans le développement cette prise en charge dès que la réglementation l'a permis. Dès 2010, **15 implantations d'HAD polyvalentes sont autorisées pour une totalité de 765 places** (soit 19,01 places pour 100.000 hab.). Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes. Ceci signifie que toute personne qui le souhaite, et dont l'état de santé le justifie, peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile. La tendance initiée a été poursuivie sur la période d'application du PRS, ce qui permet au Nord-Pas-de-Calais de conserver son avance sur ce mode de prise en charge par rapport à la moyenne nationale : **En 2014, le nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants s'élevait à 22 en Nord-Pas-de-Calais contre 18,5 au national** (troisième région française).

Le développement de l'HAD a fait l'objet d'une contractualisation en mai 2013 avec une convention régionale de coopération HAD/SSIAD élaborée par les fédérations SSIAD et HAD afin notamment de fluidifier les transferts de patients entre les deux dispositifs. Ainsi, sur l'année 2014, 322 demandes de transfert vers les SSIAD (197 acceptées) et 84 demandes (76 acceptées) de transfert vers un HAD ont été formulées.

Conformément aux orientations du SROS, l'accent a également été mis sur :

- › Le développement de la prise en charge à destination des personnes âgées et des personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux : fin 2014, 5,2% des séjours en HAD ont été réalisés au bénéfice d'établissements sociaux et médico-sociaux (contre 4,2% au national),
- › Le développement de nouvelles prises en charge spécifiques, notamment en faveur de la chimiothérapie.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique hors centre

La poursuite de l'objectif régional de développement des prises en charge hors centre fixé à 38% des patients atteints d'insuffisance rénale chronique a conduit au développement d'unités de dialyse médicalisées. L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la dialyse ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'auto dialyse : 25 unités de dialyse médicalisées sont autorisées mi 2016 (cible à 27).

⁵⁸ Source : Données ATIH

En 2014, le taux de traitement des incidents en UMD avait dépassé les objectifs fixés (8,9% en 2014 pour une cible de 6,1%)⁵⁹

Dans le cadre du programme de gestion des risques développée avec l'Assurance Maladie, l'Agence a également mené des actions de **promotion de la dialyse péritonéale, qui peut être réalisée au domicile**. On constate en 2014 un taux d'incidents traités par dialyse péritonéale de 13,3% en progression vers l'objectif fixé (cible 16,3% - un gain de +1 point entre 2013 et 2014) ce qui montre une évolution progressive des pratiques.

Résultats :

- › Une forte dynamique de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle développée sur la région, qui se place parmi des plus dynamiques au niveau national :
 - Si la région demeure en deçà des objectifs de taux de chirurgie ambulatoire fixés elle se place néanmoins au-dessus de la moyenne nationale (+1,3 points par rapport au national en 2015)
 - L'hospitalisation à domicile s'est fortement développée pour dépasser, en 2014, la moyenne nationale (nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants de 22 en Nord-Pas-de-Calais contre 18,5 au national). Son périmètre s'élargit pour répondre à des besoins spécifiques (établissements et services médico-sociaux, chimiothérapie)
- › Un développement des traitements de l'insuffisance rénale chronique hors centre en progression, avec une évolution des pratiques de prise en charge en faveur de l'accès à la prise en charge à domicile et hors centre constatée au travers des indicateurs disponibles à fin 2014
- › En revanche, la médecine ambulatoire ne comportait pas d'objectif de développement sur la période. Des réflexions sont en cours pour engager une dynamique sur la région

Garantir l'équilibre financier des établissements de santé

Principaux enjeux régionaux

Certains établissements de santé publics de la région rencontrent des difficultés d'équilibre budgétaire lié à des projets d'investissement, à des problèmes de gestion des charges ou à leur positionnement territorial en termes d'activités médicales. Le rétablissement progressif de ces déséquilibres est nécessaire au bon fonctionnement du système de santé régional. Les objectifs fixés par l'Etat ont évolué dans ce domaine : ainsi le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'ARS a ciblé une augmentation du nombre d'établissements atteignant un taux de marge brute de 6% jusque 2012, puis 8% (marge non retraitée des aides régionales). L'ARS a contractualisé avec les établissements de santé un objectif d'atteinte et de maintien de leur équilibre financier.

L'Agence a, par ailleurs, été garante de la juste allocation des ressources entre les établissements et auprès des territoires présentant le plus de besoins au regard des besoins de la population et de l'efficacité du système de santé, sur la part des crédits laissés à la libre allocation du directeur général. Il s'agit notamment du Fonds d'Intervention Régional (FIR), créé en 2012 à partir d'enveloppes préexistantes et intégré au budget interne de l'ARS, en appui à la mise en œuvre des actions du PRS.

Réalisations et chiffres clef

Accompagnement à la réduction des déséquilibres budgétaires

La stratégie de l'Agence Régionale en matière d'accompagnement des établissements s'est basée sur **la mise en place de dialogues de gestion approfondis**, ainsi que sur **quatre modalités d'intervention graduées dès l'apparition d'une situation de dégradation de l'équilibre**, déclinées en fonction de la situation financière des établissements et de leurs capacités de mobilisation interne :

⁵⁹ Source bilan des indicateurs IRC 2013/2014

› **9 établissements** présentant une situation de dégradation ou de déséquilibre financier ont été intégrés dans un dialogue de gestion avec l'ARS sur la période du PRS. Ces démarches se sont appuyées sur un diagnostic partagé de la situation de l'établissement, assorti de préconisations et d'une feuille de route dont le suivi rigoureux a eu vocation à permettre une amélioration des résultats en prévention de l'apparition d'un déséquilibre.

› Une part de ces établissements en situation de déséquilibre avéré ont fait l'objet d'une contractualisation de leur plan d'action avec l'ARS : un **Plan de Retour à l'Equilibre (PRE)** a été démarré pour **9 établissements au total, dont 5 parmi les établissements intégrés dans le dialogue de gestion**. La réalisation et la mise en œuvre du plan d'action a alors été placée sous la responsabilité de l'établissement.

› Des **plans d'actions performance** ont été déclenchés pour **4 établissements** qui ont bénéficié d'un soutien financier et méthodologique dans la durée pour la réalisation interne de leur plan d'action, voire un accompagnement de sa mise en œuvre (financement de prestations de conseil par des fonds FIR). L'Agence a, par ailleurs, mobilisé des fonds pour permettre un accompagnement de certains établissements dans la gestion des impacts de leurs plans de retour à l'équilibre.

› Enfin, l'administration provisoire est déclenchée en cas de situation critique sur une période d'un an maximum, renouvelable 6 mois. Cela a été le cas pour un établissement en 2012.

En complément de ces mesures d'accompagnement de la performance « individuelle » des établissements, l'appui de l'ARS à la réduction des déséquilibres a intégré des travaux de réorganisation territoriale de l'offre de soins, menés sur plusieurs territoires en appui à la validation de projets d'investissement (*se référer à l'évaluation du développement des partenariats entre acteurs de soins, partie 7.4.1*).

La région s'est également distinguée par ses résultats concernant la maîtrise des achats hospitaliers (projet PHARE). 80% des établissements sont intégrés dans le programme. Les résultats positifs obtenus contribuent à l'évolution budgétaire favorable de la région et placent le Nord-Pas-de-Calais dans le trio de tête des régions sur le sujet. Ainsi, en cumulé sur la période 2013 à 2015 82,9M€ d'économies ont été réalisées pour un objectif établi à 65,5M€.

Allocation des ressources

En matière d'allocation des ressources du FIR, un travail de définition de règles d'allocation budgétaire a été réalisé sur les deux dernières années et se poursuit sur des mesures ciblées, fondées sur le niveau d'activité de la structure destinataire des fonds et sa capacité de mise en œuvre des actions financées. Les bénéfices attendus sont une allocation objectivée et plus juste, appuyée par une dynamique de contractualisation avec les établissements et à développer sur un large périmètre de mesures.

Concernant l'allocation des ressources DAF et MIGAC, celle-ci est pour la majeure partie des fonds fléchée par le niveau national et l'agence dispose de peu de marges d'action sur les critères d'attribution.

Les efforts d'accompagnement des établissements dans le dialogue de gestion doivent se poursuivre dans une double logique d'anticipation de la dégradation des situations financières et d'intervention en amont, et d'intégration de la réflexion sur l'organisation et la répartition territoriale de l'offre de soins.

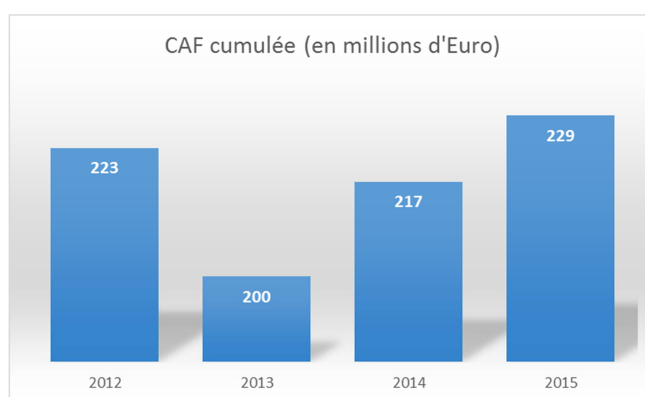
Résultats

› Un taux de marge brut moyen de 6,4% pour les établissements publics de la région en 2014, stable sur 2015 et le premier trimestre 2016. L'objectif fixé à 8% par l'Etat n'est atteint que par un très faible nombre d'établissements.

› Un taux de déficit (retraité des aides) en cours d'amélioration après une hausse en 2012, avec une tendance à la stabilisation entre 2013 et 2014 suivie d'une réduction de -0,16% entre 2014 et 2015 :

Année	2012	2013	2014	2015
Taux de déficit retraité (%)	0,49%	0,77%	0,80%	0,64%

› Une **Capacité d'Auto Financement (CAF) cumulée des établissements en hausse** sur la période 2013 à 2015 (+29M€) :



Optimiser l'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux

Principaux enjeux régionaux

Les objectifs de l'Agence en matière d'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux consistent essentiellement en la maîtrise du risque de dépassement de l'ONDAM médico-social. D'autre part, dans un secteur très diversifié où peu de référentiels d'allocation des ressources sont disponibles à ce jour, il existe un enjeu de répartition efficace et équitable des ressources qui se traduit notamment par une politique de convergence tarifaire entre les établissements et l'optimisation des procédures d'allocation des fonds. Les efforts sont également portés sur le développement de modalités de pilotage et d'amélioration de l'efficacité des établissements et services médico-sociaux.

La démarche de maîtrise des risques de dépassement des dotations régionales par une transmission sécurisée et une analyse partagée des informations de tarification et de décaissement entre l'ARS et le réseau d'Assurance maladie de la région initiée lors du précédent PRS s'est poursuivie. Trois autres leviers ont plus particulièrement été activés au cours de la période 2011 à 2016 : la généralisation de la contractualisation, la convergence budgétaire, et de le développement d'outils de pilotage de la performance et d'analyse comparative des établissements.

Réalisations et chiffres clef

La stratégie de l'agence repose notamment dans la généralisation de la contractualisation avec les établissements et services, qui doit permettre à la fois de limiter les risques de dépassement des crédits par la forfaitisation et de simplifier les procédures d'allocation des ressources tant du point de vue de l'ARS que des gestionnaires (évolution du CPOM vers un outil de pilotage de la performance : déclinaison du projet de l'établissement, amélioration de la visibilité sur les moyens sur 5 ans, simplification des budgets prévisionnels). La dynamique de contractualisation pluriannuelle menée par l'Agence a permis de couvrir **70% des structures du champ du handicap par un CPOM**. Des CPOM PA/PH ont de plus été expérimentés sur un périmètre restreint de 4 centres hospitaliers. L'Agence a en outre fortement incité les établissements hors CPOM à passer dans un système de Prix de Journée Globalisé (PJJ) en préparation à une démarche de contractualisation (négocié avec une quarantaine de structures en 2014 et 2015).

La poursuite de la généralisation de la contractualisation dans le champ du médico-social doit permettre d'optimiser l'allocation des ressources dans l'attente de référentiels nationaux validés (réforme en cours sur le volet du handicap). La campagne 2017 devra notamment permettre le passage des EHPAD sous CPOM, avec une possibilité de regrouper plusieurs établissements et services différents sous le même contrat.

L'ARS a mené, par ailleurs, **une action volontariste de convergence budgétaire** en fonction des priorités de planification et d'éléments d'analyse comparative auprès des EHPAD, des ESAT et avec une extension à d'autres structures. Ainsi :

› Près de 60 EHPAD ont été évalués chaque année afin d'appliquer une convergence tarifaire adaptée aux populations accueillies (application d'une équation tarifaire basée sur les GMPS- Groupes Iso ressources Moyens Pondérés en Soins). La totalité des EHPAD de la région ont désormais été réévalués.

› D'autres structures telles que les ESAT ont fait l'objet d'une convergence tarifaire tenant compte d'un coût plafond (par place). Ainsi le nombre d'établissements se situant à moins de 90% du coût plafond est passé de 11 à 1 entre 2011 et 2016.

› Une analyse au cas par cas a été réalisée pour d'autres structures, en particulier pour les SSIAD dont une dizaine a pu être réévaluée chaque année

Le développement de l'analyse comparative des établissements et services a été renforcé par l'inscription de l'ARS dans le déploiement des systèmes d'information impulsé par la CNSA, l'évolution des systèmes d'information allant de pair avec la définition de référentiels d'activité, de prestations et de coûts. Le travail d'analyse initié sur les données issues des comptes administratifs et les indicateurs médico-sociaux est désormais complété par le déploiement des tableaux de bord de la performance piloté par l'ANAP (60% des structures couvertes en 2015, 40% en cours d'intégration à la démarche en 2016), permettant une remontée directe de données plus précises sur la population prise en charge. Cet outil constitue le noyau de la démarche d'évaluation et de comparaison inter-structures. Le développement des outils de pilotage de la performance (CPOM, tableau de bord) et d'analyse comparative inter-structures doit permettre de renforcer la connaissance des besoins et d'inciter aux bonnes pratiques de gestion des établissements et services médico-sociaux.

Enfin, l'accompagnement des projets immobiliers, en veillant à ce que leurs impacts financiers soient maîtrisés a été conjugué à la politique régionale d'affectation des résultats (récupération partielle des excédents) et aux plans d'aide à l'investissement de la CNSA pour opérer une concentration des moyens sur les opérations les plus opportunes et/ou urgentes.

Résultats :

› Une généralisation de la contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux en cours, qui a pu atteindre 70% des structures du champ des personnes handicapées en 2016.

› Une politique de convergence budgétaire appliquée à la totalité des EHPAD de la région, ainsi qu'à un nombre important de SSIAD et d'ESAT, ayant permis de réduire les écarts de financement entre les structures à partir de référentiels existants ou d'analyses au cas par cas.

› Une progression dans l'amélioration des outils de pilotage de la performance (CPOM, tableau de bord) et des capacités d'analyse inter-structure en faveur d'un renfort de la connaissance des besoins de financement par rapport à la population accueillie, et de l'incitation des structures aux bonnes pratiques de gestion.

Poursuivre la dynamique de gestion du risque avec l'Assurance Maladie

Principaux enjeux régionaux

La dynamique de gestion du risque menée avec l'Assurance Maladie doit contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses de santé. La démarche concertée de gestion du risque impulsée depuis 2010 en région par le suivi des 10 thèmes nationaux et l'inscription au programme pluriannuel de thèmes régionaux a plus particulièrement abordé 7 thématiques présentant des enjeux importants en Nord-Pas-de-Calais :

- › Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- › La prise en charge des Insuffisances Rénales Chroniques (IRC)
- › Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
- › Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV)
- › Favoriser l'usage rationnel des antibiotiques (objectif régional complémentaire aux orientations nationales)
- › Le renforcement de la chirurgie ambulatoire
- › La pertinence des soins au regard des actes de chirurgie

Note : parmi les 7 thématiques ciblées dans le cadre de l'évaluation de la dynamique de gestion du risque déployée, deux sont traitées dans la partie relative au développement des alternatives à l'hospitalisation

conventionnelle (renforcement de la chirurgie ambulatoire et prise en charge des IRC) : se référer à la partie 7.4.2)

Réalisations et chiffres clef

Réguler la progression dépenses de transport

L'ARS Nord-Pas-de-Calais a été la première à s'investir dans une politique de régulation de l'offre de transports sanitaires (intégration d'un volet dédié au SROS). La stratégie de régulation de l'offre a été déployée à partir d'un état des lieux des besoins en véhicules sanitaires et de la densité des transports par zone de proximité a permis de rééquilibrer les dotations en faveur de zones sous-dotées (principalement les zones de Lille, du Dunkerquois, de Roubaix Tourcoing). De plus, des plateformes centralisées de commande de transport ont été mises en fonctionnement. L'agence a sollicité systématiquement les caisses d'assurance maladie impactées par les demandes de transfert de transformation d'autorisation de VSL (Véhicule Sanitaire Léger) en ambulance afin de statuer en fonction des données de consommation, ce qui contribue à une dynamique de régulation des dépenses.

Réguler les dépenses liées aux prescriptions : liste en sus, PHMEV, antibiotiques

Sur la période 2012 à 2015 des contrôles ciblés ont été déployés sur les prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux en sus : au total 22 établissements ont été contrôlés et 3 cas de dépassements injustifiés signalés. Les opérations de contrôle ont néanmoins fortement diminué en 2015 du fait d'une difficulté de détermination des prescriptions injustifiées ou non sur la base des référentiels.

La régulation des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) a été conduite via la signature d'avenants aux contrats de bon usage des médicaments de chaque établissement.

Enfin, la régulation de la consommation d'antibiotiques en ville et à l'hôpital a fait l'objet d'une mobilisation importante avec l'Assurance Maladie, puisque le Nord-Pas-de-Calais présente la plus importante consommation de France. La cible des mesures s'est recentrée sur les équipes et les prescripteurs des établissements médico-sociaux (EHPAD notamment). On constate depuis 2012 une légère diminution de la consommation des antibiotiques les plus pourvoyeurs d'antibio résistance. Les actions initiées à l'hôpital et en EHPAD ont montré une efficacité de la démarche se traduisant aussi par une diminution de ces mêmes antibiotiques.

Développer la pertinence des soins sur les actes de chirurgie

L'accent a été mis sur la pertinence des actes avec l'action sur les appendicectomies, la chirurgie bariatrique, le syndrome du canal carpien, la cholécystectomie et la thyroïdectomie. L'analyse des pratiques sur un échantillon de 30 dossiers sur site par thématique, au sein de 17 établissements de santé par un binôme médical ARS/Assurance Maladie a permis d'identifier des pistes d'amélioration et de déclencher des entretiens d'échanges confraternels avec les professionnels de santé menés par l'assurance maladie ; **plus de 100 entretiens ont été réalisés sur le syndrome du canal carpien et plus de 300 entretiens sur la prescription de la cholécystectomie et de la thyroïdectomie.**

Résultats :

› **Transports** : les dotations de financement des transports sanitaire sur chaque département ont été équilibrées. On observe sur la période 2012 à 2015 une évolution des dépenses de transport prescrits à l'hôpital en constante hausse, avec une moyenne de +5,4%. Si ce taux d'augmentation est inférieur au taux de croissance constaté avant la mise en œuvre du PRS en 2009 (7,2%), on constate d'importantes variations d'une année sur l'autre (passage de 4,6% à 7,2% entre 2012 et 2013). Il est difficile de conclure à une stabilisation de ces dépenses sur la période de mise en œuvre du PRS.

Année	2012	2013	2014	2015
Taux annuel d'évolution des dépenses de transports sanitaires (%) ⁶⁰	4,6%	7,2%	4,1%	5,7%

› **Dépenses liées aux prescriptions** : le suivi du niveau de consommation d'antibiotiques sur la région indiquent une situation stabilisée en 2013 et 2014, après une augmentation constatée entre 2011 et 2013.

› Le taux de progression des dépenses de PHMEV régional demeure supérieur à la cible : +6,9% en 2014 et +8,2% en 2015, pour une cible nationale établie à 3,1%⁶¹.

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation d'antibiotiques (DDD – Defined Daily-Dose pour 1000 habitants par jour) ⁶²	31	31,2	NC	32,2	32,2

› **Pertinence des actes de chirurgie** : un renforcement de la pertinence des actes d'appendicectomie sur la région.

6.1.5 Organiser la veille et l'alerte et préparer la réponse aux urgences sanitaires

Principale question évaluative :

Le Projet Régional de Santé a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de sécurité sanitaire adapté et performant ?

Principaux enjeux régionaux

Le programme de Veille d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN), établi pour 5 années, constitue le volet sécurité sanitaire du Schéma Régional de Prévention (SRP). Il répond à des enjeux d'observation des risques sanitaires émergents, de prévention des crises (s'intégrant ainsi dans une dynamique de promotion de santé publique) et de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire. Les actions menées reposent sur un dispositif de réception et de traitement des événements (le Point Focal Régional), une Cellule Régionale de Veille, Alerte et Gestion Sanitaires de gestion Sanitaires qui valide les signaux, déclenche les alertes en lien avec la cellule de l'InVS en région (CIRE) et la Cellule Régionale Défense et Sécurité (CRDS) qui prépare et coordonne la réponse aux événements exceptionnels en lien avec les services préfectoraux départementaux et les services zonaux de défense et de sécurité.

⁶⁰ Source ARS

⁶¹ Source ARS

⁶² Source ARS, tableau de bord DG

Les enjeux régionaux sont principalement :

- › La capacité à détecter précocement des événements indésirables à l'échelle régionale, par des systèmes de veille performants
- › La capacité à s'adapter aux risques plus particulièrement marqués dans la région (par exemple : les intoxications au CO) et aux événements non attendus (risques émergents)
- › Le maintien/ renforcement des compétences et des capacités des équipes pour évaluer les alertes sanitaires, et répondre de manière adaptée et rapide aux situations d'urgences

Réalisations et chiffres clef

Optimiser les systèmes de surveillance à visée d'alerte et de signalement

Les systèmes de surveillance non spécifiques sont sous la responsabilité partagée de la cellule CIRE et de l'Agence. Leur amélioration a été permise par la **mise en place de l'Observatoire Régional des Urgences (système OSCOUR) sur la totalité des 31 SAU de la région**, permettant un suivi de leur activité (96% des RPU sont désormais renseignés électroniquement). Une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système de surveillance pré-hospitalière basé sur l'activité de régulation (SOS Médecins, SAMU) a été réalisée.

Dans le cadre de systèmes de surveillance spécifiques (maladies à déclaration obligatoire, réseaux de surveillance des praticiens de ville, antibiorésistances, surveillance des épidémies,...) des actions d'animation des réseaux de signalants (actions d'information et de communication sur le poids focal) et l'application de principes de rétro-information à la suite d'un signalement ont été appliqués afin de favoriser l'adhésion et la remontée de données. A titre d'exemple de résultats :

- › Au total une quinzaine d'actions de rétro information ont été diffusées entre 2012 et 2014 (Bulletins de veille sanitaire, bulletin épidémiologique hebdomadaire, points épidémiologiques)
- › 18 médecins sur la région ont participé au réseau de ville sentinelle en 2014, pour la constitution d'une base de données sur des cas rencontrés pour plusieurs pathologies à des fins de veille et de recherche
- › 78% des EHPAD ont intégré un dispositif régional de détection et surveillance des épidémies
- › Un réseau pilote de 3 plateaux techniques et 23 laboratoires a été constitué pour la surveillance de l'antibiorésistance en ville.

Néanmoins, **les effets des actions d'animation des réseaux de signalants sont peu évalués. Leur structuration et leur suivi constituent un axe d'amélioration.**

Les travaux portés sur les systèmes de surveillance environnementale n'ont pas permis d'aboutir à Une amélioration concrète de ces systèmes. Des coopérations internes à l'Agence ont été formalisées pour la transmission des données environnementales à risque sanitaire potentiel (ex. données relatives à la qualité des eaux, au saturnisme, à l'amiante...), mais leur mise en œuvre a été peu suivie et les interlocuteurs mal identifiés (évolution de l'organisation interne en 2016). 85 événements ont été signalés par la Direction Santé-Environnement, dont 8 avec impact sanitaire. De plus, des rencontres avec les partenaires (notamment la DDPP, la DIRRECTE) ont été organisées mais n'ont pas abouti à ce stade à des coopérations formalisées.

Une surveillance des situations météo impliquant des risques d'intoxication au CO a été développée conjointement avec météo France pour faire face aux risques spécifiques de la région (nombreux chauffages au charbon). 16 alertes en sont issues entre 2012 et 2014, donc 2 avec impact sanitaire. Une évaluation des apports du dispositif doit être menée.

Enfin, les systèmes de vigilance ont été améliorés sur le plan des infections nosocomiales par le déploiement de l'outil e-sin dans tous les établissements, permettant le signalement électronique. Les conventions établies avec l'ASN pour la radioprotection, l'ANSM pour la matériovigilance et les centres antipoison pour la toxicovigilance ont apporté peu de résultats sur la période : l'appui d'un décret réformant les vigilances devrait permettre d'instituer des procédures plus efficaces.

Permettre une réception et un traitement des signaux sanitaires efficaces

Le fonctionnement de la plateforme de réception et traitement des signaux nécessite l'association des partenaires pour la gestion des alertes dans le cadre de procédures formalisées et régulièrement mises à jour.

La mise en place d'un réseau de partenaires dans le secteur libéral n'a pas fonctionné. Cependant, le relai par l'URPS et les conseils de l'ordre ont permis d'améliorer la communication avec les médecins libéraux et notamment les régulateurs de la permanence des soins en cas de crise. **L'organisation de l'activité opérationnelle de la plateforme est appuyée par des procédures dédiées coréalisées avec des partenaires et notamment des fiches réflexes : 31 fiches réflexes ont été créées, dont 19 concernant la santé des élèves** (travail réalisé avec l'éducation nationale). Des contacts réguliers et des procédures existent également avec les préfetures, les départements, un réseau d'infectiologues. **La communication prévue par le VAGUSAN sur le Point Focal a été peu réalisée et constitue un axe d'amélioration.**

L'association de l'ensemble des médecins de l'ARS aux astreintes médicales de la veille a été renforcée par la réalisation de formations annuelles destinées à sensibiliser les professionnels. Le taux de participation aux astreintes a augmenté pour atteindre 75% à fin 2015, son niveau doit désormais être maintenu par des actions de sensibilisation régulières.

Enfin, **le fonctionnement de la plateforme a été optimisé par l'harmonisation des systèmes d'informations associés, permise par un SI unique (SI Veille et Sécurité Sanitaire) opérationnel depuis début 2015**

Préparation et gestion des crises

L'ensemble des procédures internes de gestion de crise ont été mises à jour et les agents-référents formés en 2015. Au niveau des établissements de santé :

- › 80% des « plans blancs » au sein des établissements de santé ont été vérifiés dans le cadre d'enquêtes sur sites en 2012
- › 12 Postes Sanitaires Mobiles (PSM) installés au niveau des SAMU ont été contrôlés (vérification réalisée tous les 3 ans), avec pour objectifs le renfort d'intervention de l'aide médicale d'urgence en cas de situation exceptionnelle
- › Un inventaire des moyens des hôpitaux pour la gestion de crise a été réalisé dans le cadre de l'enquête capacitaire ORSAN

La réalisation d'exercices (environ 15 par an au total : exercices départementaux, zonaux, nationaux et exercices réalisés par les opérateurs) **et la formalisation des retours d'expérience (RETEX) a été rendue systématique**, permettant ainsi un niveau de préparation optimisé.

Enfin, **de nouveaux outils de gestion de crise ont été intégrés, tels que le SIG (Système d'Information Géographique), désormais opérationnel**. La totalité des agents ont été formés à l'utilisation du SISAC, outil collaboratif destiné à centraliser et à partager les informations en période de veille opérationnelle et en cas de situation d'alerte exceptionnelle ou à impact sanitaire.

Résultats :

- › Une amélioration des systèmes de surveillance a principalement obtenue pour les systèmes non spécifiques grâce au déploiement de l'Observatoire Régional des Urgences permettant de surveiller ces activités. Les effets des actions d'animation des réseaux de signalants sur les systèmes spécifiques sont peu suivis et ne permettent pas de conclure à une amélioration ou une absence d'évolution du système. En dehors du suivi des intoxications au CO, les travaux portés sur les systèmes de surveillance environnementale n'ont pas permis d'aboutir à une amélioration concrète, du fait d'une mise en œuvre des protocoles et conventions établies peu avancée.
- › Le fonctionnement de la plateforme et la préparation de la gestion des crises ont été optimisés par l'harmonisation des systèmes d'informations, la formalisation de procédures de fonctionnement avec les partenaires externes ainsi que l'actualisation des plans de crise et la systématisation des exercices et RETEX.

6.1.6 Garantir la qualité des soins

Principale question évaluative

La qualité du système de santé (établissements de santé et ESMS) a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée ?

Principaux enjeux régionaux

L'accréditation des établissements de santé et l'évaluation des établissements médico-sociaux contribuent à l'amélioration de la qualité du système de santé.

Réalisations et chiffres clef

Le pourcentage des établissements de santé non certifiés ou certifiés avec réserves (majeures ou non) est passé de 21.6% en 2013 à 16.4% en 2014 et à 11,70% en 2015 (pour une cible à 16,40% pour 2015). **Les cibles attendues sont largement atteintes pour les établissements du Nord-Pas de Calais.** Les thématiques les plus concernées par les réserves et recommandations sont le « management de la prise en charge médicamenteuse du patient » et le « management de la qualité et des risques ».

En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, le taux d'établissements ayant fait l'objet d'une évaluation externe est en constante augmentation, tant pour les établissements pour personnes âgées (16.3% en 2013, 30,3% en 2014), que pour les structures d'accueil de personnes handicapées (15,7% en 2013, 37,4% en 2014). **Au global pour 2015, 96% des ESMS ont fait l'objet d'une évaluation externe pour une cible attendue de 80%.** La cible pour 2015 est donc largement atteinte. Pour les ESMS **relevant de la compétence unique de l'ARS ce taux s'élève même à 99%.** Pour les ESMS relevant d'une compétence conjointe avec le CD du Nord ce taux est proche de 92%.

La continuité des actions mises en place lors des années précédentes produit donc des résultats, notamment la poursuite la Revue de Certification et les échanges réguliers avec l'animation de terrain déployée par les structures régionales d'appui :

- › **Bilan trimestriel** des résultats par territoire de santé et revue des établissements avec réserve,
- › **Réseau santé qualité** : Soutien méthodologique aux établissements de santé créé en 1999, renouvelé pour 10 ans en 2009 et ne bénéficiant plus de financement ARS depuis 2011,
- › **Campagne de FIR** : deux campagnes pour lesquelles les établissements ont été sollicités avec la signature d'une convention proposant un financement en contrepartie de la mise en place d'une cellule de retour d'expérience sur la qualité des soins ayant pour objectifs la remontée d'indicateurs, la déclaration d'évènements indésirables et l'élaboration de plans d'action pour éviter une « rechute ». En 2015, 42 établissements ont signé cette convention pour un montant alloué de 421 000 €.
- › **Convention d'appui entre établissements**, à l'initiative de l'ARS pour améliorer la politique d'amélioration de la qualité des établissements. Un seul partenariat a été mis en œuvre mi 2016.

Sur la thématique de la qualité des soins, l'harmonisation au niveau de la grande région a déjà eu lieu début 2016. L'objectif à l'avenir est d'assurer un suivi opérationnel des décisions, avec notamment le développement d'outils de suivi, l'analyse des décisions rendues et un accompagnement ciblé des établissements. L'analyse des indicateurs issus des retours de certification, peu exploités actuellement, représentent une source riche pour une articulation avec les politiques prioritaires de l'Agence.

La mise en œuvre de la certification 2014 par la HAS des établissements de santé pourrait faire évoluer les résultats à la baisse, En effet, les résultats de l'année 2016 pourraient être impactés par le retour des résultats des premières visites de 2014, en particulier en raison de certains changements méthodologiques de la démarche de certification tels que le compte qualité et les visites ciblées (patient traceur).

Résultats :

- › Une augmentation importante de la part des établissements de santé certifiés sur la période (une réduction de la part des établissements non certifiés ou certifiés avec réserve de -10 points entre 2013 et 2015, au-delà de la cible fixée pour 2015).

› Une forte amélioration de la couverture des évaluations externes pour les établissements et services médico-sociaux, qui représentent en 2015 96% de l'ensemble des ESMS et 99% des structures sous responsabilité de l'ARS uniquement, soit 16 à 19 points au-delà de l'objectif fixé (80%)

6.1.7 Territorialiser l'action pour répondre aux besoins des populations

Ce qu'il faut retenir

Principale question évaluative :

Le Projet Régional de Santé a-t-il pris en compte les spécificités territoriales ?

Elaboré en 2011 à un niveau régional, l'un des enjeux du Plan Régional de Santé a été de la déclinaison de la politique régionale au niveau territorial, de manière cohérente avec les besoins et les caractéristiques de ceux-ci. Les mesures du PRS ont effectivement été déclinées au niveau territorial, de manière progressive, comme en témoigne la cohérence des actions finalement réalisées avec les 5 priorités de santé établies pour chaque territoire de santé en 2013.

Réalisations

L'Agence a activé plusieurs outils de déclinaison territoriale et locale du PRS répondant à des périmètres et à des objectifs différents :

› **Le Projet de Santé Territoire**, élaboré en 2013, a formalisé 5 objectifs prioritaires par territoire et 81 objectifs associés en lien avec les trois directions métier et les conférences de territoire, dans l'objectif d'adapter la programmation régionale aux besoins de chaque territoire et d'apporter une vision transversale de ces priorités au niveau des territoires. Cependant, **le Projet de Santé Territoire n'a pas été mis en œuvre** essentiellement du fait d'un manque d'appropriation en interne de cet outil, élaboré après la formalisation des schémas sectoriels. **Le PST a été utilisé de manière variable par les équipes territoriales, à en contribution à l'animation des conférences territoriales notamment.**

› **Les Contrats Locaux de Santé**, déployés essentiellement en 2013 et 2014 en lien avec **des dynamiques locales et la volonté des élus**, ont eu vocation à décliner localement (à l'échelle de communes) des mesures et actions de la politique régionale et **ont permis le développement de contacts réguliers entre l'Agence et les porteurs locaux en faveur d'une animation locale de la politique de santé**. Leurs actions se sont essentiellement concentrées sur l'accès aux soins et aux droits (80% des objectifs) et sur la prévention ainsi que la thématique du premier recours en zones rurales.

› Enfin, **l'Agence a accompagné la mise en place de dispositifs spécifiques en santé dans le cadre de la politique de la ville** par la signature de 24 contrats de ville pour lesquels une inscription des CLS signés comme volet santé a été favorisée. Un co-financement et un accompagnement des Adultes Relais Médiateurs Santé, et des Ateliers Santé-Ville d'autre part, a contribué dans le cadre de ces contrats à la déclinaison des mesures du PRS au sein des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)

L'usage des dispositifs mis en œuvre

› **Contrats locaux de santé** : 19 CLS signés, couvrant 42% de la population et 147 communes du Nord, 60% de la population et 316 communes du Pas-de-Calais

› **Politique de la ville :**

– Plus de 700 dossiers santé instruits dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUQS)

– 24 contrats de villes signés avec un volet santé, couvrant 144 communes et 199 Quartiers Prioritaires de la ville, soit environ 525 000 habitants

Principaux enseignements

En lien avec l'organisation interne de l'Agence, les principes initiaux de la réglementation (PRS divisé en 3

schémas « verticaux ») et l'absence de mise en œuvre du PST, la déclinaison territoriale du PRS a eu lieu essentiellement par secteur (sanitaire, médico-social, prévention) à l'exception de la mise en œuvre des programmes, à vocation transversale.

Plusieurs principes ont été abordés au cours de l'évaluation autour de la question de la méthode de déclinaison territoriale du PRS :

- › Favoriser une approche transversale et des diagnostics territoriaux dès l'élaboration des programmes
- › Favoriser une contribution des acteurs locaux, pour un diagnostic partagé et une meilleure appropriation du PRS, notamment un suivi par les conférences de territoires
- › Utiliser cette approche pour déployer un PRS lisible pour les acteurs et les équipes, évolutif (remontée des évolutions du terrain à prendre en compte), et mieux communiqué

Par ailleurs, il est relevé que la territorialisation nécessite d'acquérir une transversalité entre les secteurs et peut à ce titre impliquer de réinterroger les organisations internes de l'Agence (positionnement des équipes territoriales, développement d'un mode projet) et implique l'acquisition d'une « culture commune » sur la déclinaison des mesures du PRS et la place des territoires dans ce processus.

Mettre en œuvre les 5 priorités par territoire de santé

L'outil Projet de Santé Territoire (PST)

Dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé, **cinq objectifs prioritaires par territoire de santé ont été formalisés en 2013 dans le Projet de Santé Territoires (PST)** avec pour principaux objectifs :

- › Une prise en compte des spécificités de chaque territoire dans la programmation des actions à conduire et objectifs à atteindre en déclinaison des orientations portées par les schémas et programmes régionaux (permettant ainsi d'établir le lien entre la dimension régionale et la dimension territoriale du PRS) ;
- › L'apport d'une vision transversale des priorités (sur l'ensemble des champs de compétence de l'ARS).

La démarche d'élaboration du PST a impliqué les services planification des 3 directions métier dans une logique de transversalité pour la réalisation de diagnostics territoriaux approfondis, et la participation des conférences de territoire permettant de remonter les spécificités des territoires. **Les 5 priorités du projet de santé de chaque territoire rassemblent au total 81 objectifs.**

Bilan de la mise en œuvre

L'évaluation menée au travers **d'entretiens réalisée avec les délégués territoriaux** de chacun des 4 territoires de santé permet d'aboutir aux conclusions suivantes :

- › **Des besoins ont été diagnostiqués sur chaque territoire**, mais pour une majorité des acteurs interrogés sur les 4 territoires de santé, ce diagnostic a d'abord été réalisé au moment de l'élaboration des schémas et programmes du PRS et n'a pas été spécifiquement précisé lors de la mise en place du PST. En revanche, cette démarche de diagnostic territorial a permis une remontée des besoins complémentaires de la part des acteurs des territoires (via les conférences de territoire).
- › **Les priorités définies sont considérées comme cohérentes avec les besoins prioritaires des territoires et les orientations des schémas et volet du PRS, du fait de la méthode employée** impliquant la participation des services planification des 3 directions et l'alimentation du diagnostic par les conférences de territoire. Une seule exception a été mentionnée sur le territoire Métropole au regard de problématiques de santé-environnement, jugées insuffisamment intégrées.
- › **La mise en œuvre du PST et le suivi associé n'ont pas été mises en place.** La déclinaison territoriale des actions a été réalisée sans référence à l'outil PST, par chaque direction métier au regard des orientations du schéma et/ou programme concerné. **Néanmoins, on constate que chacun des 81 objectifs du PST a fait l'objet d'au moins une réalisation, et l'ensemble de ces réalisations sont**

restées cohérentes avec les 5 priorités de santé définies pour chaque territoire. Ce constat confirme une déclinaison territoriale des actions/mesures du PRS.

› Les échanges avec les délégués territoriaux ont cependant révélé différents niveaux d'utilisation et apports du PST au niveau des équipes territoriales lors de la mise en œuvre. Globalement, le PST n'a pas été considéré comme un outil de déclinaison territoriale du PRS. En revanche, il a pu être utilisé à plusieurs niveaux :

– Comme **un outil contribuant l'animation et à la dynamique des conférences de territoire** (*Littoral, Hainaut Cambrésis*)

– Comme **un document de synthèse/priorisation du PRS permettant un gain de lisibilité** de cette politique pour les acteurs du territoire d'une part (*Littoral, Artois Douaisis*), et pour les délégués territoriaux d'autre part (turnover important: utilisation comme « feuille de route ») (*Hainaut Cambrésis*). Ce gain de lisibilité est permis par une vision transversale et simplifiée des priorités.

– Comme **un outil d'affichage politique** répondant à un objectif de communication (*Littoral*)

– Dans certains cas, **un outil de négociation** constituant notamment **un appui au positionnement des Contrats Locaux de Santé (CLS)** développés au niveau local avec les élus par rapport aux priorités et compétences de l'Agence (*Hainaut Cambrésis, Littoral, Métropole*)

L'outil PST a donc été utile du point de vue **d'une contribution à l'animation des acteurs du territoire autour de la politique régionale de santé.**

Le constat d'absence de mise en œuvre du PST est à mettre en relation avec plusieurs éléments d'ordre méthodologique et organisationnel :

D'une part, le décalage de la réalisation du PST (2013) par rapport à la période d'élaboration du PRS a constitué un frein pour leur appropriation par les directions métier de l'Agence. En lien avec cette difficulté initiale relevant de la méthode d'élaboration du PST, on constate que cet outil a été utilisé de manière variable par les équipes territoriales au cours de la mise en œuvre du PRS et n'a pas constitué un outil structurant pour la déclinaison territoriale des actions du PRS.

D'autre part, **l'organisation interne de l'Agence** par direction métier (donc par secteur correspondant à un ensemble d'opérateurs) et le positionnement des délégués territoriaux au moment de la mise en œuvre des PST (rattachement à mission affaires publiques équivalente au cabinet général, puis directement au directeur général, sans lien hiérarchique avec les équipes territoriales des directions métier) a également favorisé une approche de la déclinaison territoriale conduite par direction métier, de descendante (depuis le centre vers les territoires) et par thématiques (en déclinaison de mesures du SROS, du SROMS ou du SRP, à l'exception des programmes dont le périmètre est transversal).

Il est important de noter **que les contraintes règlementaires de la structuration initiale du PRS** ont également contribué à ces effets (organisation en 3 schémas distincts conduits par 3 directions métier).

Principaux enseignements

Le bilan évaluatif de l'outil PST soulève **la question de la méthode de déclinaison territoriale à adopter dans la perspectives du futur PRS, et du développement de « contrats territoriaux de santé »** prévus par la loi. Les principaux enseignements sont les suivants :

› Favoriser une approche transversale et des diagnostics territoriaux dès l'élaboration des programmes (afin d'éviter le décalage temporel constaté sur le PST)

› Favoriser une contribution des acteurs locaux, pour un diagnostic partagé et une meilleure appropriation du PRS, notamment un suivi par les conférences de territoires

› Utiliser cette approche pour déployer un PRS plus lisible pour les acteurs et les équipes, plus évolutif (remontée des évolutions du terrain à prendre en compte), mieux communiqué

Par ailleurs, la territorialisation nécessite d'acquérir une transversalité entre les secteurs et peut à ce titre impliquer de réinterroger les organisations internes de l'Agence (positionnement des équipes territoriales, développement d'un mode projet). Elle implique également l'acquisition d'une « culture commune » sur la déclinaison des mesures du PRS et la place des territoires dans ce processus.

Territorialiser l'action dans la proximité

Développer les contrats locaux de santé

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) constituent un outil de déclinaison locale des mesures et actions de la politique régionale de santé. Ce dispositif, animé par l'Agence et principalement implanté sur les territoires en difficultés de la région, permet d'élaborer des projets répondant à des besoins de santé locaux, autour de partenariats construits entre les Collectivités Locales, les Sous-préfectures, les Conseil Départementaux, le Conseil Régional, les organismes d'assurance maladie, et éventuellement d'autres partenaires.

La région a engagé une importante dynamique de signature des CLS qui s'est développée en 2013 et en 2014 : **19 CLS ont été signés. Ces contrats couvrent 42% de la population et 147 communes dans le Nord, 60% de la population et 316 communes dans le Pas-de-Calais.** Leur répartition est inégale sur le territoire et ils sont plus particulièrement développés sur le territoire littoral (72% de la population, 7 CLS). **Ils représentent un financement annuel de l'ordre de 1,2 millions d'euros alloués par l'Agence.**

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

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

Parmi les principales réalisations réalisées dans le cadre des CLS, on trouve:

- › L'installation de 8 Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM), financés à 50% par l'ARS et à 50% par la collectivité locale (*se référer à l'évaluation du parcours santé mentale, partie 7.3.4*)
- › La mise en œuvre de nombreuses actions mises en œuvre sur le champ de la prévention

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

Exemple – le CLS de la Communauté Urbaine d'Arras (2015)

Périmètre :

5 objectifs fixés et 23 actions, cohérents avec le diagnostic engagé : (1) Agir sur les conduites addictives ; (2) Agir sur les facteurs de risques de mortalité précoce ; (3) Agir sur l'accompagnement des souffrances psychiques (santé mentale) ; (4) Favoriser l'accès et le parcours de soins des publics fragiles ; (5) Rester autonome et bien vieillir (personnes âgées) et (7) un axe complémentaire intégré en 2016 sur la santé environnement.

Résultats :

- 17 728 personnes couvertes par le contrat
- 19 communes ont accueilli au moins une action de prévention-promotion de la santé
- 205 697 € de subventions ont été allouées (soit 11 projets financés)
- 46 partenaires ont été impliqués

Parmi les actions emblématiques réalisées :

Axe 1 : ouverture d'un CAARUD

Axe 2 : mise en place d'un programme de prévention des risques cardio-vasculaires à destination des enfants

Axe 3 : démarche d'élaboration d'un conseil local de santé mentale

Axe 4 : création d'un poste de médiateur santé financé par l'Etat et l'Agence

Axe 5 : projet territorial de prévention du bien vieillir : atelier mémoire, atelier gym douce,

mise en place d'un parcours de santé personnes âgées, en lien avec hôpital (dans l'esprit de l'expérimentation PAERPA conduite sur un autre territoire)

Axe 6 : maintenir et renforcer l'axe de soins primaires : faire en sorte que professionnels se regroupent pour élaborer des maisons de santé pluri professionnelles

Axe 7 : incitation à l'utilisation de produits d'entretien et d'hygiène exempts de substances chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction

Accompagner la mise en place des projets dans le cadre de la politique de la ville

L'Agence s'est engagée dans le cadre de la politique de la ville par l'accompagnement des porteurs de projet dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) entre 2012 et 2014 (plus de 700 dossiers CUCS instruits) , **l'instruction des dossiers santé des appels à projets développés dans le cadre de la politique de la ville et le développement de dispositifs spécifiques en santé.** Cet engagement s'est naturellement poursuivi dans le cadre de la politique de la ville rénovée par la loi n°2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

Ainsi, lorsque cela a été possible, **les contrats locaux de santé existants ont été utilisés comme volets santé des contrats de ville.** Par ailleurs, une personne a été recrutée au sein de l'Agence pour assurer la coordination de la politique de la ville et de la politique de santé.

Depuis 2014, dans le cadre de la politique de la ville **24 contrats de ville comprenant un volet santé ont été mis en place et signés par l'Agence** (appliqués à la période 2015-2020), dont 13 dans le Nord et 11 dans le Pas de Calais. **Ces contrats couvrent au total 144 communes et 199 Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) soit environ 525 000 habitants.**

Dans ce cadre, **l'ARS a accompagné la mise en place de dispositifs spécifiques, parmi lesquels :**

- › **une généralisation de la démarche des ateliers santé-ville** et ce plus particulièrement dans le Nord : au total **18 ateliers santé-ville (ASV)** ont été mis en place. L'Agence a contribué au recrutement et à l'accompagnement méthodologique de 16 coordonnateurs des ASV de la région
- › **un réseau des ASV a été initié** en partenariat avec l'IREV (centre de ressources de la politique de la ville en Nord et Pas de Calais) et les préfetures du Nord et du Pas de Calais
- › **35 Adultes Relais Médiateurs Santé (ARMS)** sont actuellement en activité ou en cours de recrutement, avec pour mission de faciliter l'accès aux droits, à la santé, à la prévention et aux soins des

habitants de quartiers prioritaires. Les ARSM sont un dispositif expérimental cofinancé par la préfecture et l'ARS. Une évaluation de leur action doit avoir lieu en 2016.

Tenir compte de la mobilisation croissante des communes et de leurs Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)

L'engagement des communautés d'agglomérations, communautés de communes et des municipalités dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé s'est d'abord traduite, tout au long de la mise en œuvre du PRS, dans **la dynamique de signature des Contrats Locaux de Santé et de contrats de ville comprenant un volet santé. Cette dynamique traduit un intérêt pour les thématiques de la prévention, de l'éducation pour la santé et de lutte contre les déterminants de santé.**

Les collectivités ont également fourni un appui aux professionnels de santé de ville dans le cadre **de la mise en place de Maisons de Santé Pluridisciplinaires** (19 Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont installées et 2 sont en projet) par la mise à disposition de terrains, le déploiement d'aides à l'investissement, le recrutement de chefs de projet pour accompagner les professionnels.

6.2 Axe 4 : apports du PRS (focus sur 4 dispositifs)

Au sein du périmètre d'étude, quatre dispositifs ayant effectivement apporté des résultats ont plus particulièrement été sélectionnés pour évaluer l'efficacité de l'accompagnement de l'Agence :

- › Le développement du **dispositif télé-AVC**, intégré à la filière AVC,
- › Le **Dispositif Territorial d'Appui (DAT)** développé à partir de 2013 dans le cadre de l'expérimentation nationale PAERPA sur le territoire du valenciennois-Quercitain,
- › **L'appui à l'installation des professionnels de premier recours** sur les zones en difficulté au regard de la densité médicale. L'évaluation a porté sur deux des zones en difficulté identifiées et accompagnées par l'Agence (Thérouanne, et Douai Nord).
- › La collaboration entre l'ARS et l'éducation nationale en faveur de **l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap**, déployée sur 6 zones de proximité. L'évaluation a porté sur deux zones de proximité (Pour le Nord : zone du Cambrésis, Pour le Pas-de-Calais : zone de Béthune-Bruay) pour lesquelles les travaux ont débuté en 2013,

Ces dispositifs et mesures ont fait l'objet d'un approfondissement avec les professionnels et parties prenantes concernées sur les apports et effets constatés sur la prise en charge, l'accompagnement et l'état de santé des patients ou usagers d'une part, sur les pratiques professionnelles et/ou des organisations d'autres part. Les difficultés et facteurs de succès des dispositifs et accompagnements déployés ont été relevés.

Ce qu'il faut retenir

L'approfondissement des 4 thématiques sélectionnées dans le cadre de l'évaluation met en évidence les apports des leviers déployés par l'Agence pour répondre aux enjeux de santé régionaux, ainsi que des facteurs de succès pour la mise en œuvre des dispositifs correspondants

Améliorer l'accès aux soins des populations

L'accompagnement déployé par l'Agence a permis :

- › D'utiliser les **potentiels de la télémédecine au profit d'un meilleur accès aux soins**,
- › D'améliorer **la lisibilité sur l'offre de soins et d'accompagnement, et l'orientation du patient**, par la création de points d'information uniques dans des contextes marqués par la présence d'acteurs multiples et relevant de différents secteurs (ville/hôpital, sanitaire/social/médico-social),
- › D'identifier des ruptures dans la continuité de l'accompagnement ou de la prise en charge de publics spécifiques et de faire évoluer l'offre en réponse à ces besoins (par création, recomposition ou spécialisation de dispositifs de prise en charge).
- › De **favoriser le déploiement de modes d'exercices attractifs pour les professionnels de santé** au profit d'un maintien de l'accès au premier recours dans les zones en difficulté

Plusieurs facteurs de succès sont identifiés, propres à chaque dispositif étudié :

Pour une démarche intégrant la télémédecine (type télé-AVC)

- › L'anticipation de l'évolution de l'activité et des profils des patients et de ses impacts sur les moyens à mettre en œuvre (humains, matériels) et l'organisation de la filière (capacités d'accueil, compétences des professionnels) afin de pérenniser le dispositif
- › La formation des professionnels à de nouvelles techniques de prise en charge

Pour une démarche type dispositif d'appui territorial (type PAERPA)

- › Le regroupement des acteurs dans une même entité et dans une dynamique projet avec des objectifs communs
- › La mise en place d'une permanence en capacité d'informer et d'orienter les personnes/les professionnels vers les dispositifs les plus adaptés, et l'identification de personnes en charge de créer et de maintenir le lien avec les professionnels de santé libéraux

Pour une démarche d'adaptation de l'offre (type inclusion scolaire) :

- › L'analyse fine des besoins des populations sur le territoire; nécessitant un accès à des données qualitatives et quantitatives. Cet accès est renforcé par une bonne dynamique partenariale (ici avec la MDPH, avec l'Education Nationale) et par une dynamique de partage des difficultés rencontrées par les acteurs de la prise en charge sur le territoire.

Pour une démarche d'accompagnement de l'exercice collectif (type Maison de Santé Pluri-professionnelle):

- › L'appui des professionnels à la construction d'une dynamique collective initiale, autour d'un projet de santé partagé
- › Le regroupement des professionnels dans une structure unique (nécessitant d'anticiper le projet immobilier) et l'inscription du projet dans son territoire, pour lesquels le soutien des collectivités locales est indispensable

Maintenir/renforcer la qualité des soins

D'une manière générale, **la qualité des soins a été maintenue ou améliorée par les dispositifs évalués.**

Les leviers utilisés pour l'amélioration de la qualité des soins ont été principalement :

- › **la formation des professionnels** favorisant l'accès à de nouvelles techniques de soin, et **une attention permanente portée au suivi et au maintien d'indicateurs de qualité des soins** (par exemple les délais, pour l'AVC)
- › **le renfort de l'accès de l'utilisateur à une évaluation spécialisée**
- › la réalisation **de projets personnalisés de soin**
- › la **démarche de spécialisation de l'offre** (pour le secteur du handicap) qui permet d'allouer des moyens adaptés à l'accompagnement de l'utilisateur

Améliorer l'efficacité du système de santé

L'exemple du dispositif télé-AVC en particulier présente des pistes d'amélioration de l'utilisation des ressources médicales et paramédicales (diagnostic spécialisé améliorant l'orientation des patients en fonction de leurs réels besoins, organisations de mutualisation de la permanence des soins radiologique et neurologique en établissement de santé)

Renforcer la coopération entre les secteurs de la santé et poursuivre une dynamique de parcours

D'après les effets relevés sur les quatre thématiques évaluées, l'accompagnement a permis de **créer des conditions favorables à l'étude et à l'amélioration des parcours de santé**, principalement **en agissant sur la coordination d'acteurs existants**:

- › Par un renfort de l'interconnaissance et des coopérations entre les acteurs de différents secteurs (notamment la ville et l'hôpital, les secteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaires) permettant de mieux coordonner leurs interventions autour du patient
- › Par des démarches permettant de renforcer une vision « territoriale » des besoins qui soit partagée par les acteurs
- › Par des réflexions menées sur les chemins cliniques facilitant la structuration de filières (ici la filière AVC)

Néanmoins, ces exemples relèvent plusieurs points d'amélioration :

- › Une implication de la médecine de ville dans une réflexion sur le parcours personnalisé du patient et en lien avec l'hôpital en progression, mais qui nécessite encore d'être renforcée
- › Une structuration des filières de prise en charge présentant des marges de progrès dans le lien avec les acteurs de la ville en amont et en aval de l'hospitalisation

Des clefs de succès sont relevées :

- › La création des **conditions d'une dynamique projet, permettant aux acteurs de se rencontrer régulièrement, de partager un diagnostic et des actions collectives puis de suivre leur mise en œuvre**

- › **L'accompagnement des dispositifs par les institutions, et l'intégration de « décideurs »** au sein des groupes d'acteurs constitués pour favoriser la mise en œuvre concrète d'objectifs partagés.
- › Une démarche initiale de repositionnement des missions de chacun, et d'étude des parcours ou chemins cliniques de la population prise en charge
- › **L'acquisition d'une culture commune par les parties prenantes**, qui nécessite de travailler sur les représentations des professionnels

Prendre en compte les spécificités territoriales

A la lumière des quatre exemples étudiés, le Projet Régional de Santé a permis :

- › De capitaliser sur des réseaux et dynamiques déjà présents sur les territoires, ainsi que sur des acteurs ou structures fédératrices pour développer de nouvelles organisations
- › De développer des innovations par des expérimentations locales, qui pour certaines ont généré des modèles d'intervention transposables à d'autres territoires

Des clefs de succès ont été identifiées:

- › **La capacité à repérer et à fédérer, sur les territoires, des dynamiques d'acteurs** favorables à l'innovation et/ou à la modification des parcours de santé
- › **L'attention portée aux besoins des populations locales**
- › **Une flexibilité dans les modèles d'organisation**, permettant de les adapter à la fois aux besoins des populations et des acteurs (ainsi qu'à l'évolution de ces besoins).

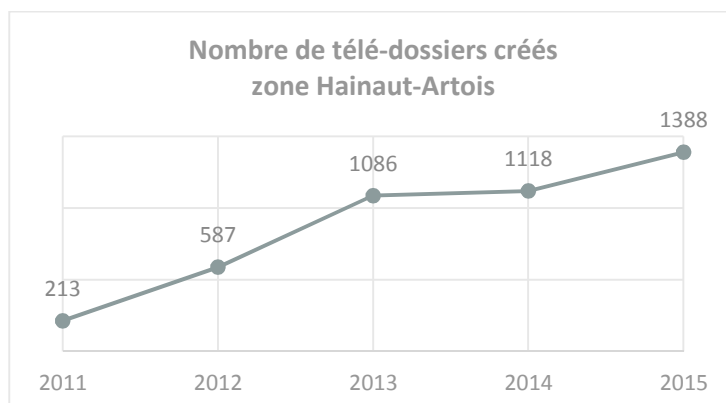
6.2.1 Focus : apports du dispositif télé-AVC

Le dispositif **TéléAVC** a pour objectif d'organiser la **prise en charge à distance de l'urgence neurovasculaire 24H / 24 et 7jours/7 en utilisant les moyens de la télémédecine pour assurer une garde de neurologie et d'imagerie**, dans les sites recours ou dans les services d'urgences. Le principe est celui d'une téléconsultation permettant d'obtenir, à la demande des centres hospitaliers qui accueillent le patient présentant les symptômes d'un AVC, une expertise neurologique et une téléinterprétation des clichés IRM, par des professionnels distants, parfois mutualisés entre plusieurs établissements. En cas de confirmation d'AVC, le neurologue peut décider à distance de la réalisation d'un acte de thrombolyse (ou de thrombectomie), qui sera réalisé par un urgentiste sur le site d'accueil du patient. Une prise en charge rapide peut ainsi être proposée même si le neurologue, le radiologue et l'urgentiste se trouvent sur des sites différents.

Six établissements engagés, 7 antennes de thrombolyse développées

Le dispositif été initié en Hainaut-Artois dès 2011 par les équipes médicales des CH de Valenciennes, Lens et Maubeuge sur le modèle d'une garde partagée de neurologie et de radiologie. Des **« antennes de thrombolyse » pour la prise en charge sans délai des patients dans des sites d'urgences dépourvus d'UNV** ont été déployées ou sont en cours de déploiement. Au total, 6 établissements sont concernés en Hainaut-Artois : les centres hospitaliers de Valenciennes, Maubeuge (Sambre Avesnois), Lens, Arras, Cambrai, et Douai et le dispositif s'est étendu sur les territoires avec le développement d'antennes de thrombolyse en lien avec les UNV et les services d'imagerie des zones de proximité à Montreuil et Saint Omer sur le littoral, Armentières, Saint Vincent de Paul et Hazebrouck sur la métropole).

Une importante montée en charge de l'activité sur la période 2011-2015

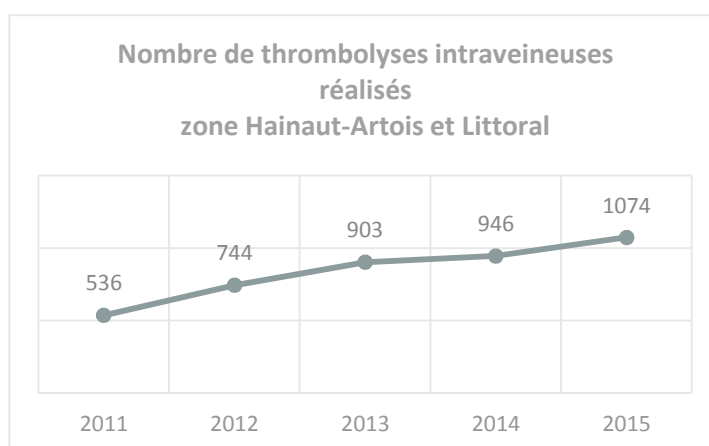


Evolution du nombre de télé-dossiers créés entre 2011 et 2015, zone du Hainaut-Artois⁶³

Un focus group faisant intervenir différents professionnels a mis en lumière des bénéfices importants pour les patients et une évolution des pratiques professionnelles

Effet pour le patient

› **Un meilleur accès à des soins spécialisés** : L'impact premier du dispositif TéléAVC pour le patient est de permettre l'accès à un diagnostic et une prise en charge spécialisés à tout moment dans des zones auparavant non couvertes, pour une qualité des soins constante.



Evolution du nombre de thrombolyse intraveineuses réalisées entre 2011 et 2015, zone du Hainaut-Artois et Littoral⁶⁴

› **Un développement et une amélioration de la qualité des traitements offerts** : l'implantation de télé-AVC s'est associée à une augmentation significative du nombre de thrombolyse, premier traitement accessible et efficace, réalisées sur le territoire. Le nombre de thrombolyse a ainsi augmenté de +45% entre 2012 et 2015 (sur les territoires de l'Hainaut-Artois et du Littoral). Par ailleurs, **le dispositif facilite depuis 2013 le recours à la thrombectomie**, assurée par le CHRU de Lille après transfert du patient, qui présente des bénéfices importants pour la récupération post-AVC.

› **Des délais de prise en charge intra-hospitaliers maintenus** : L'usage de la téléconsultation produit un allongement incompressible du délai intra-hospitalier de 20 minutes. Néanmoins, le suivi des DTNT⁶⁵ sur le Hainaut-Artois pour les patients TéléAVC montre que ces délais n'ont pas été augmentés au-delà des seuils recherchés et présentent une tendance à la **diminution**.

⁶³ Source : donnée ARS, plateforme de télé-médecine

⁶⁴ Source : donnée ARS, plateforme de télé-médecine

⁶⁵ « Door to Needle Time » : délai « de la porte des urgences à l'aiguille » - indicateur de suivi des délais de prise en charge utilisé en UNV (avec ou sans télé-AVC)

Effet sur les pratiques professionnelles

› Des progrès majeurs pour la structuration de la filière AVC...

Le travail a eu pour impact **une véritable structuration de la filière**, avec des effets positifs sur les pratiques:

- ✓ Une évolution de l'approche vers une prise en compte de l'AVC comme urgence vitale,
- ✓ Un partage de bonnes pratiques, contribuant à leur harmonisation sur un territoire,
- ✓ Un engagement des professionnels dans un fonctionnement optimisé et une logique d'amélioration continue de la qualité des soins,
- ✓ Une évolution des pratiques quotidiennes en faveur d'un « décloisonnement » entre spécialités et entre professionnels.

› **... mais un dispositif qui génère aussi d'importants efforts au quotidien, notamment en termes d'adaptation des équipes médicales et paramédicales**: les professionnels soulignent l'investissement et le temps d'adaptation nécessaire, générant une surcharge de travail. Par ailleurs, le système de traçabilité et d'analyse de l'activité est lourd à maintenir en l'absence d'interfaçage de l'outil avec les dossiers patients informatisés.

Effet sur les organisations

› **La garantie des conditions de fonctionnement de TéléAVC a de forts effets sur les organisations qui doivent être adaptées pour garantir une permanence (imagerie, neurologie) et une forte réactivité** d'une multiplicité d'acteurs avec des fonctionnements, des financements et une pérennité variables.

› Les principaux effets positifs de télé-AVC sur les organisations sont le développement et la contribution à **une pérennité de fonctionnement des UNV** (deux ont été créées), **ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources** (un meilleur « tri » des patients permis par l'expertise à distance). D'autres effets sont plutôt générateurs de contraintes : L'organisation de la permanence des soins, une refonte des projets de service en imagerie, l'investissement matériel initial et pour sa maintenance...

Un Groupement de Coopération Sanitaire (CGS) est en cours de création pour les 6 établissements intégrés dans le dispositif télé-AVC, avec une animation assurée par un médecin. Il aura notamment pour objet de faciliter le système de traçabilité, l'organisation des filières, et de mettre en place un financement calculé pour que chaque établissement contribue à hauteur de son activité de téléconsultation.

› **Un système dont la pérennité est menacée par la montée en charge de l'activité. Les moyens et le niveau de flexibilité actuels des organisations ne permettent pas d'assurer la pérennité du dispositif TéléAVC** : les professionnels évoquent des difficultés liées à un manque d'accompagnement de l'organisation « non médicale » (administratif, logistique) et des coopérations difficiles à mettre en place dans un contexte économique contraint, des modalités de financement (sur les SSR en particulier) qui ne favorisent pas l'évolution des organisations.

› **L'évolution quantitative et qualitative de la file active (modification des typologies de patient) pointe les limites de la filière** : l'offre de soins doit en conséquence s'adapter. Or, les professionnels évoquent un problème de sous-dimensionnement des capacités d'accueil spécialisées et des enjeux de gestion des lits pour faire face à cette évolution (par exemple au CHRU de Lille, près de 600 patients par an hospitalisés présentant un AVC ne le sont pas dans une unité adaptée) et une difficulté croissante de réponse.

Au-delà des lits d'UNV, c'est aussi la **nécessité d'adapter la filière d'aval** qui apparaît pour accueillir en plus grand nombre, de nouveaux profils (plus âgés, présentant des troubles cognitifs mais pas forcément de handicap lourd) nécessitant des compétences pluridisciplinaires.

Principaux enseignements de l'évaluation

L'expérience de la mise en place du TéléAVC révèle un dispositif utile pour l'accès du patient victime d'AVC à une prise en charge qui favorise la réduction des séquelles, mais également pour la structuration de la filière et l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Cependant, on constate que **sa pérennité demeure fragile du fait d'une montée en charge très importante associée à de forts impacts sur les métiers et les organisations.** Les difficultés rencontrées et facteurs de succès relevés pour une telle démarche mettent en lumière ses conditions de mise en oeuvre :

- › Une mise en place d'abord fondée sur un projet médical, et un travail en amont avec les professionnels de santé qui permette de capitaliser sur les expériences de travail en réseau préexistantes,
- › Une adaptabilité de l'organisation de la permanence des soins aux contextes locaux des établissements et un accompagnement des établissements sur les aspects administratifs et logistiques,
- › Un dimensionnement et une « professionnalisation » des systèmes d'information associés pour le partage des données et le développement d'interfaces,
- › Le développement d'une communication sur la filière auprès de la médecine de ville,
- › Le développement d'une importante dynamique de formation spécifique au dispositif et aux pratiques de prise en charge associées est indispensable, du fait de la multiplicité des professionnels potentiellement impliqués,
- › Une attention particulière doit être portée à l'anticipation de la montée en charge de l'activité et à la charge de travail générée en conséquence, donnant lieu à une adaptation des ressources humaines qui permette d'assurer le fonctionnement du dispositif dans la durée. A ce titre, le contexte de démographie médicale tendu constitue un frein et doit être pris en compte.

Les impacts de cette activité doivent être intégrés dans une dynamique d'évolution de l'ensemble de la filière (capacités d'accueil et compétences nécessaires en intra-hospitalier et en aval) car elle peut conduire à la fois à une évolution du volume et du profil-type des patients pris en charge.

Du point de vue du contexte national et comme tout projet de télémédecine, la mise en oeuvre d'un tel dispositif comprend également des enjeux sur les plans éthique et juridique, et sur le plan des financements ; les actes de télémédecine associés ne bénéficiant actuellement d'aucun financement pérenne.

6.2.2 Focus : apports du dispositif de Coordination Territoriale d'Appui (CTA) déployé dans le Valenciennois-Quercitain (expérimentation PAERPA)

L'expérimentation nationale PAERPA (Parcours des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif de maintenir la personne en autonomie le plus longtemps possible dans son cadre de vie habituel. Elle vise à améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale afin que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Les objectifs sont multiples : **prévenir les facteurs de risque de perte d'autonomie, répondre aux besoins des aidants, éviter/diminuer l'hospitalisation, mieux préparer le retour à domicile.**

Afin de renforcer la coordination des acteurs, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a mis en place la CTA (coordination territoriale d'appui) sur le territoire du Valenciennois-Quercitain retenu pour l'expérimentation. Ce dispositif poursuit différentes missions pour lesquelles l'ARS a accompagné plusieurs mesures :

Objectifs	Principales mesures mises en oeuvre
› Information et orientation des usagers et professionnels	› Intégration dans le DAT des MAIA et CLIC préexistants › Extension de la plateforme téléphonique gériatrique préexistante et modification de ses missions
› Appui aux démarches de PPS	› Mise en place d'une coordination territoriale reposant sur 4 animatrices afin notamment de former les professionnels de ville du territoire et de fournir un soutien aux démarches de PPS

› Appui aux démarches administratives et activation de l'aide sociale	› Intégration dans le dispositif d'appui territorial des CLIC et CCAS
› Activation de l'expertise gériatrique	› Une intégration de l'expertise du réseau gériatrique dans le DAT › Mise en place d'une expertise en ergothérapie avec l'ESPREAD dans le cadre de l'expérimentation, avec l'appui des équipes du DAT pour des évaluations à domicile et en EHPAD › Organisation et la gestion d'une consultation multidisciplinaire de la fragilité
› Activation de l'expertise psycho-gériatrique	› Mise en place d'une Equipe Mobile de Psychogériatrie
› Mission d'appui au développement de l'ETP	› Coordination des programmes d'ETP dédiés au sujet âgé sur le territoire par les équipes du DAT
› Mission d'appui aux liens ville/hôpital pour préparer la sortie d'hospitalisation	› Développement d'un projet d'hébergement temporaire dans le cadre de l'expérimentation au sein de 4 EHPAD volontaires avec des demandes gérées par la plateforme

La CTA est portée par un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et intègre progressivement les maisons de santé pluri professionnelles. Un poste de coordonnateur médical et un poste de coordonnateur administratif ont été créés afin d'assurer son suivi, de coordonner les projets du DAT et maintenir la mobilisation des acteurs.

Ce dispositif d'appui territorial est ainsi composé d'une coordination médico-administrative, une plateforme téléphonique et des 4 animatrices territoriales au service des seuls PSL.

Périmètre et objectifs du focus group

Deux séances de travail collectives ont été organisées avec les représentants des structures intégrées dans le DAT ainsi que les équipes dédiées, de manière à recueillir les ressentis de ces différents professionnels et de la structure qu'ils représentent.

Les objectifs du focus group sont de deux ordres :

- › Evaluer les impacts du dispositif d'appui territorial sur :
 - les pratiques professionnelles et les liens entre les acteurs,
 - la prise en charge et le parcours du sujet âgé/son entourage.
- › Partager les facteurs clés de succès et les freins rencontrés dans la mise en œuvre du DAT.

En complément de ces groupes de travail, des entretiens téléphoniques ont été menés auprès de 5 professionnels de santé libéraux du territoire pour compléter l'analyse par une première approche des impacts du DAT sur les pratiques et l'implication de la médecine de ville (dans la limite de représentativité de ces 5 personnes).

L'articulation réussie de nombreux dispositifs pour la structuration du parcours de santé des personnes âgées

Une meilleure coordination entre les différents acteurs de la prise en charge gériatrique

A l'occasion du focus group, les intervenants sollicités ont confirmé les besoins identifiés à l'origine du dispositif. Les attentes portaient en priorité sur une amélioration de la continuité des soins et une meilleure coordination entre les acteurs et les secteurs (maintien à domicile, sanitaire, soins en établissement médico-social, prévention, services sociaux). Dans une moindre mesure, un meilleur accès pour les professionnels et les usagers aux informations sur l'offre de soins, les différentes prises en charge et les dispositifs de protection sociale.

Globalement, il y a eu une poursuite de la dynamique des pratiques mises en place sur le territoire par les différentes structures qui travaillaient déjà collectivement. Pour les intervenants sollicités, le principal

bénéfice du DAT concerne les professionnels avec une meilleure connaissance mutuelle, permise après un temps d'ajustement nécessaire entre les acteurs afin de créer du lien, de partager les méthodes de travail et de permettre une visibilité sur les différents dispositifs et périmètres d'intervention.

Le rôle des animatrices territoriales est particulièrement mis en avant, notamment pour les actions de communication auprès des libéraux du territoire qui n'avaient pas connaissance de tous les dispositifs en place pour la prise en charge gériatrique. Ainsi, sur 2015 et le premier trimestre 2016, 363 visites ont été réalisées par les animatrices territoriales auprès de professionnels de santé libéraux, et 174 chartes signées par ces derniers⁶⁶. Pour les libéraux interviewés, l'animatrice représente un « lien physique » entre les différents dispositifs. Un maillage entre les différents professionnels s'est créé, il y a le sentiment d'une prise en charge « ensemble ». Par exemple, cette initiative a permis de franchir une première étape dans le décloisonnement ville-hôpital : les médecins traitants sont plus facilement sollicités par les équipes des services d'urgence en cas d'admission d'un patient.

En revanche, malgré une évolution, les intervenants constatent toujours des difficultés sur la redescende d'information de l'hôpital vers la médecine de ville lors du retour à domicile.

Au niveau de la prise en charge des usagers, on constate dans les établissements sanitaires que les patients viennent de plus en plus pour des besoins aigus et moins pour une prise en charge chronique : il y a une meilleure coordination avec les autres acteurs en amont afin de proposer une prise en charge globale et adaptée, en particulier à l'aide du PPS. Concernant les interventions à domicile, les professionnels déclarent avoir développé du temps de prévention, ayant été eux-mêmes sensibilisés par les équipes du DAT.

Une extension de la plateforme téléphonique gériatrique unique et une redéfinition de ses missions comme point d'entrée pour la mise en relation des différents dispositifs

La plateforme a été mise en place avant l'expérimentation PAERPA en mai 2011 (1 IDE + 1 secrétaire). Début 2015, l'équipe de la plateforme a été renforcée par l'arrivée d'un médecin gériatre (0.40 ETP) et d'une seconde IDE (1 ETP), permettant d'élargir les horaires d'ouverture (8h30 à 19h30 du lundi au vendredi) et de développer de nouvelles missions relatives à l'expérimentation :

- › Information et orientation des usagers et des professionnels du territoire,
- › Orientation de la Coordination Clinique de Proximité (CCP) vers une offre d'ETP : dépression, chutes, iatrogénie,
- › Participation à l'activation de l'expertise gériatrique à domicile,
- › Contribution à l'activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs,
- › Rôle de facilitateur entre les équipes hospitalières et les professionnels de santé,
- › Régulation des hébergements temporaires sur les EHPAD.

En 2015 et au premier trimestre 2016, plus de 4 900 appels ont été passés au numéro unique de la plateforme, dont 1 800 en provenance d'usagers et 3100 en provenance de professionnels. L'information et l'orientation des professionnels et des personnes âgées ont représenté 1 844 interventions, soit 78% des interventions réalisées par le dispositif d'appui territorial (DAT)⁶⁷.

Bien que les médecins libéraux ne se soient pas encore totalement approprié cette plateforme (les 5 professionnels contactés déclarent ne pas la connaître bien qu'ils sollicitent les animatrices), les professionnels du DAT estiment qu'elle a largement contribué à la diffusion d'information auprès des professionnels de santé du territoire. L'équipe de la plateforme a favorisé la mise en relation des différents acteurs de la prise en charge de la personne âgée. La présence d'un temps de gériatre a été essentielle dans les relations avec les autres professionnels médicaux et pour les projets auxquels est associée la plateforme : Hébergement Temporaire post hospitalisation, consultation multidisciplinaire. Dans certains cas exceptionnels, des situations d'urgences ont pu être désamorçées. Ainsi en 2015 et au 1er trimestre 2016,

⁶⁶ Bilan 2015 DAT (animatrices territoriales)

⁶⁷ Indicateurs ANAP, bilan 2015 du DAT (plateforme téléphonique)

181 projets ou situations complexes ont fait l'objet d'une intervention et d'une implication active du coordinateur médical du DAT.

Pour les usagers, les aidants ou les familles, la plateforme facilite une mise en relation avec les bons professionnels au bon moment. Elle permet un effet de réassurance pour l'utilisateur (« le sentiment d'être pris en charge par une personne qui va lui trouver une solution adaptée »).

La plateforme est notamment en mesure de proposer un hébergement temporaire à tarif préférentiel dans 4 EHPAD partenaires dans l'attente de trouver une prise en charge adaptée ou un service à domicile. Cette organisation a ainsi permis d'éviter un certain nombre d'hospitalisations d'urgence (notamment quand l'aidant est hospitalisé). Par ailleurs, certains patients, grâce à ce passage en hébergement temporaire, ont accepté d'être orientés vers un hébergement permanent en EHPAD, plus adapté à leurs difficultés.

Une implication des libéraux dans la démarche des PPS, encore fragile

Les professionnels médicaux et paramédicaux engagés dans une Coordination Clinique de Proximité (CCP) ont été fortement accompagnés par les animatrices dans l'élaboration et le suivi des Projets Personnalisés de Santé (PPS). L'objectif est de proposer un PPS pour chaque personne âgée. C'est la CCP qui élabore le PPS : plan d'action pluri-professionnel non hiérarchique pour la prise en charge médico-sociale du patient. La dynamique de ce dispositif repose sur l'implication du médecin traitant qui est considéré comme la pierre angulaire du PPS. Une fois celui-ci élaboré, les animatrices territoriales veillent à sa mise en œuvre et coordonnent les acteurs.

Ainsi, 16% du total des interventions du dispositif territorial d'appui ont été en lien avec la gestion des PPS, dont en majorité des interventions de gestion administrative et de recueil du consentement de la CCP. Plus de 430 consentements ont été ainsi centralisés, et 380 PPS créés sur le territoire⁶⁸.

Globalement, les intervenants sollicités constatent une amélioration du nombre et de la qualité des PPS. Le recueil du consentement du patient est facilité et les acteurs de la prise en charge de proximité interagissent plus facilement entre eux, ce qui a permis d'engager les professionnels dans une logique d'articulation des multiples dispositifs relevant de la prise en charge médico-sociale d'un patient.

En revanche les professionnels constatent que même si 60% des PPS sont à l'initiative directe des médecins libéraux, 40% sont proposés à la suite d'une hospitalisation.

Cette démarche, portée par les animatrices territoriales, a favorisé l'appropriation des différents dispositifs par les acteurs de la prise en charge de la personne âgée. Le périmètre de chacun est mieux défini et les contacts sont facilités. Grâce à une meilleure transmission de l'information, il y a une plus grande cohérence et complémentarité dans la prise en charge. Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux interrogés se sont largement appuyés sur le travail de coordination des animatrices, notamment pour le suivi des actions et la liquidation des PPS.

Pour le patient et ses proches, le PPS améliore la lisibilité des différentes prises en charge et en facilite le suivi au sein d'un document unique. La prise en charge médico-sociale est sécurisée et le périmètre des interventions de chaque acteur est plus clair.

Cependant, on dénote des disparités : certains médecins ne veulent toujours pas adhérer aux PPS ou ne s'impliquent pas suffisamment, n'y voyant pas l'intérêt ou estimant parfois que c'est une intrusion dans leur travail, voire une violation du secret médical. Le travail de pédagogie et de communication autour des PPS, réalisé en grande partie par les animatrices, tente de lutter contre ces idées reçues.

Une amélioration de l'articulation des acteurs sociaux

L'une des dimensions de l'expérimentation est d'accompagner les usagers et leurs familles dans leurs démarches administratives en vue de l'activation de l'aide sociale. Cet appui s'est traduit par l'intégration dans le DAT des CLIC et CCAS et d'une assistance de la plateforme téléphonique à l'activation de ces aides.

⁶⁸ Indicateurs ANAP, bilan 2015 du DAT (animatrices territoriales)

Néanmoins, les interventions du DAT pour l'activation d'aides sociales sont minoritaires (2% du total des interventions à mi-2016)

Le DAT a amélioré l'articulation des multiples intervenants de la prise en charge sociale en faveur d'une réponse globale et homogène à l'utilisateur. L'accès au droit des usagers a été facilité et accéléré.

Pour les intervenants, il est important de poursuivre la dynamique de simplification et d'homogénéisation des aides. Ils proposent par exemple de limiter l'évolutivité constante du tableau des aides disponibles afin de faciliter sa communication et son appropriation par les usagers et leurs proches. Ils proposent également de réduire la multiplicité des intervenants sociaux à domicile qui peuvent parfois perturber le patient.

Cet accompagnement dans les démarches sociales doit bénéficier de la restructuration des différentes caisses de retraite qui projettent de faciliter et d'harmoniser les prises en charge financières.

Le développement de mesures médico-sociales favorables à une amélioration de l'accès aux soins à domicile et de la continuité des soins

La coordination des acteurs permise par le Dispositif d'Appui Territorial a favorisé la mise en place et l'organisation de nouvelles modalités de prise en charge du sujet âgé sur le territoire financées dans le cadre de l'expérimentation, parmi lesquelles :

- Une consultation multidisciplinaire de la fragilité (gériatre, psychologue, diététicienne, infirmière, ergothérapeute) sur le secteur de l'Amandinois,
- Une équipe mobile de psycho-gériatrie qui a délivré, en 2015, 507 expertises⁶⁹,
- Une équipe spécialisée en ergothérapie (l'ESPREAD, Equipe Spécialisée de Prévention, de Réadaptation et d'Education au domicile) : en 2015, 81 expertises d'ergothérapie en ville ont été réalisées, et 21 programmes de réhabilitation mis en œuvre⁷⁰,
- Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique ont été développés (10 programmes financés au 1er trimestre 2016⁷¹) sur les thèmes de l'iatrogénie, de la prévention des chutes et de la dépression
- Un SSIAD de nuit expérimental.

Les apports relevés pour ces différents dispositifs sont décrits ci-après.

Apports de la consultation multidisciplinaire

Le DAT a appuyé l'organisation et la gestion d'une consultation multidisciplinaire de la fragilité sur le secteur de l'amandinois afin d'améliorer l'accessibilité des personnes âgées à l'expertise pluri-professionnelle gériatrique en amont de la situation de crise et d'offrir une alternative à l'hospitalisation suite au repérage des fragilités lorsque la consultation médicale seule est insuffisante.

A la sortie d'hospitalisation sur demande du médecin de l'établissement de santé, sur demande d'un service d'aide à domicile, ou sur demande du médecin traitant, le patient bénéficie d'une consultation multidisciplinaire pour une évaluation gériatrique standardisée.

Cette nouvelle offre favorise la continuité et l'accès aux soins avec :

- › Un meilleur suivi et des solutions plus adaptées aux besoins rencontrés à domicile, avec :
 - Une approche pluridisciplinaire de l'évaluation de la personne âgée,
 - Une continuité des soins permise dans le suivi post hospitalisation,
 - Un accès aux soins facilité : le patient ne se déplace qu'une seule fois.

Apports de l'expertise psycho-gériatrique (Equipe Mobile Psycho-Gériatrique)

⁶⁹ Indicateurs ANAP

⁷⁰ Bilan du DAT 2015 (ESPREAD)

⁷¹ Indicateurs ANAP

Les plus de 75 ans n'ayant plus accès aux CMP, la mise en place de l'EMG a permis d'éviter des hospitalisations en urgence. L'effet est doublement positif puisqu'il n'existe pas vraiment d'accueil spécialisé. Grâce à l'EMG, de nombreux relais entre professionnels se sont créés ce qui facilite la prise en charge en psychiatrie.

Apports du développement de l'éducation thérapeutique

L'objectif poursuivi par le développement des programmes est de mettre en cohérence les actions de prévention des partenaires sur le territoire au bénéfice des personnes âgées. Globalement, au démarrage de ces programmes les trois équipes intervenant sur ces thématiques constatent des premiers effets positifs pour les patients, en particulier lorsque les séances sont réalisées en individuel.

Cependant, les équipes sont confrontées à des difficultés qui retardent ou limitent la mise en œuvre des programmes :

- Une faible mobilisation des médecins libéraux dans ces programmes,
- Un périmètre trop restreint de la patientèle éligible (la catégorie des + de 75 ans sans troubles cognitifs, tenues par exemple pour les programmes portant sur l'iatrogénie, ne correspondant pas aux caractéristiques des patients du territoire),
- Un dimensionnement inadapté des équipes (l'ETP prévention des chutes piloté par le SSIAD de le Quesnoy fait face, par exemple, à des difficultés de recrutement d'infirmiers libéraux, diététiciens, kiné et podologues pour mettre à bien ce projet).

Un recours au SSIAD de nuit limité

Dans l'optique de faciliter le retour à domicile et réduire les ré-hospitalisation, un SSIAD de nuit en lien avec les urgences du CH de Valenciennes a été mis en place pour les personnes de plus de 60 ans résidant sur le territoire PAERPA (pas d'intervention en EHPAD). Le SSIAD a été surtout sollicité pour les sorties de chirurgie ambulatoire afin de se substituer à l'accompagnant obligatoire. Le dispositif, prévu également en post hospitalisation ou après un passage aux urgences, a rencontré un blocage des hospitaliers qui sont réticents à laisser sortir la personne âgée le soir. Par ailleurs, le SSIAD a également été trop peu mobilisé par les médecins de ville qui préfèrent toujours recourir aux IDE libéraux, même s'ils font défaut la nuit.

Principaux enseignements de l'évaluation

Le Dispositif d'Appui Territorial institué dans le cadre de l'expérimentation PAERPA sur le territoire du Valenciennois-Quercitain améliore la coordination entre les multiples dispositifs de prise en charge de la personne âgée et facilite les interactions entre les différents professionnels. Pour les patients, le parcours de soins, formalisé dans un document unique, est plus fluide et offre l'accès à de nouveaux acteurs qui œuvrent collectivement pour favoriser le maintien à domicile.

La pérennité d'un tel dispositif et sa généralisation sur un autre territoire semblent conditionnées par la réunion de plusieurs facteurs clés de succès :

- › Bénéficier d'une dynamique territoriale préexistante et s'appuyer sur la structure la plus fédératrice pour la mise en place du dispositif,
- › Encourager les échanges entre les différents professionnels pour repréciser les missions de chacun et appréhender leurs problématiques respectives,
- › Réaliser au préalable un diagnostic fin et partagé entre les acteurs afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers,
- › Elargir le périmètre des dispositifs PAERPA, cantonnés pour la plupart aux patients de plus de 75 ans,
- › Faciliter l'échange d'informations entre les différentes parties prenantes avec un système d'information partagé (en cours de déploiement sur le territoire),
- › Porter le projet au niveau institutionnel (ARS et Conseil Départemental) via des comités de pilotage réguliers pour en faciliter la mise en œuvre sur le terrain,

› Communiquer autour des dispositifs, en particulier auprès des libéraux pour leur permettre de s'approprier cet écosystème complexe.

Les bénéfices certains de l'apport du DAT, sont pour autant à nuancer au regard des freins rencontrés et des ressources à mobiliser et entraînent ainsi des questionnements sur sa viabilité (hors périmètre de cette évaluation) :

- › Le DAT vient s'ajouter à une multitude de dispositifs, aux périmètres parfois partagés : Rajouter une nouvelle strate est-il le moyen le plus efficace pour simplifier le parcours et sa lisibilité ?
- › La constitution d'un PPS dépend de l'implication du médecin traitant qui n'a pas toujours la disponibilité ou le souhait de formaliser ce document : cette compétence peut-elle être déléguée à d'autres professionnels ?
- › Les effets positifs constatés par la mise en place du DAT sont-ils à la hauteur des moyens engagés ?

6.2.3 Focus : apports des mesures d'appui à l'installation des professionnels de santé libéraux

L'Agence Régionale de Santé a engagé un accompagnement à l'installation des professionnels libéraux dans 67 zones prioritaires, dont la cartographie est renouvelée chaque année en fonction des indicateurs de densité médicale et paramédicale, dans l'objectif de maintenir l'offre de prep déployées sont les suivantes⁷² :

- › L'appui financier et méthodologique des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) depuis l'élaboration du projet de santé jusque l'installation, en association avec une cellule technique associant la région, l'URPS, l'ARS et la CNSA.
- › L'accompagnement des professionnels ayant un projet d'installation par le correspondant installation, dont le rôle a été de réaliser une promotion proactive et continue des dispositifs d'appui à l'installation existants (principalement les dispositifs du Pacte Territoire Santé destinés à favoriser l'installation en zone démedicalisée (Contrat d'Engagement de Service Public –CESP , contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale -PTMG) après des étudiants, internes et jeunes médecins au travers d'évènements et d'un suivi personnalisé.
- › Enfin, parmi les outils de communication et d'information déployés l'Agence anime le Portail d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS).

Dans le cadre de l'évaluation, deux zones en difficulté ont été sélectionnées afin d'interroger les professionnels ayant bénéficié d'un accompagnement ciblé de l'Agence.

- › **Sur le territoire de Douai-Nord**, l'Agence accompagne le projet collectif des professionnels depuis 2010, ayant abouti à la mise en place d'une MSP intégrant 3 kinés, 2 infirmiers et 3 médecins généralistes dont un récemment installé (4ans) et plusieurs maitres de stage. La dynamique s'est étendue à la création de liens avec d'autres libéraux du territoire.
- › **Sur le territoire de Théroutan**, l'Agence accompagne depuis 2015 un projet de MSP, présenté en juin 2016 à la communauté de communes. L'ouverture est prévue pour 2018. L'équipe a bénéficié d'un accompagnement de la cellule d'appui technique piloté par la CNSA. Par ailleurs, plusieurs signataires de CESP et PTMG se sont installés sur ce territoire.

Périmètre et objectifs de l'évaluation

L'appréciation des effets des mesures d'accompagnement déployées est fondée sur le retour d'expérience de 10 professionnels :

⁷² Le bilan des réalisations au niveau régional est repris dans le bilan évaluatif

› **Sur le territoire de Douai-Nord**, 4 professionnels libéraux ont participé à une réunion de retour d'expérience collective, ainsi que le correspondant installation et un représentant de la mairie de Sin-le-Noble

› **Sur le territoire de Théroutanne**, 6 professionnels libéraux ont été interrogés par téléphone

Parmi les professionnels libéraux:

- La totalité des contributeurs sont impliqués dans une démarche de Maison de Santé Pluri-professionnelle, déjà installée (pour la zone de Douai-Nord) ou en projet (pour la zone de Théroutanne, avec une mise en œuvre prévue pour 2018)
- Deux médecins interrogés sont maitres de stage
- Deux professionnels ont bénéficié d'un accompagnement dans le cadre de la signature d'un contrat de CESP ou PTMG, et 2 d'entre eux sur 10 ont déclaré avoir connaissance de l'existence de ces dispositifs.
- Aucun de ces professionnels n'a déclaré connaître le rôle du correspondant installation.
- Il en est de même pour le PAPS, qui n'a pas été utilisé par les professionnels interrogés.

Au regard des profils des personnes interviewées, l'évaluation est donc principalement développée sur les effets de l'accompagnement de projets de Maison de santé pluri-professionnelles. Par ailleurs, l'impact des mesures plus spécifiquement adressées aux étudiants n'est pas évalué.

Besoins initiaux

Les principaux besoins/attentes des professionnels de santé au moment de l'installation dans une zone telle que Théroutanne ou Douai Nord ont été exprimés :

› **Le souhait de travailler en exercice collectif et pluri professionnel, a été unanimement relevé.** L'absence de structure offrant cette possibilité peut, selon certains avis, constituer un véritable frein à l'installation.

› La possibilité **d'un accompagnement/soutien sur les aspects administratifs** liés à l'installation et à l'exercice (un aspect qui rejoint l'attractivité de l'exercice collectif, qui permet de mutualiser des moyens et déléguer des tâches administratives)

› **La recherche d'une qualité de vie impliquant des horaires maîtrisés et un lieu de vie agréable.** Sur ce dernier point, la distance du lieu de travail au lieu de vie choisi (telle que la distance entre Lille et Douai Nord) a pu être citée comme un frein à l'installation en zone en difficulté. D'un autre côté, il est souligné que le fait d'exercer dans un lieu distinct de son lieu de vie peut également être perçu comme un atout.

› **L'acquisition d'un bon niveau d'information** sur les dispositifs d'appui existants et dédiés aux zones démedicalisées (accompagnement par le correspondant installation, contrats du Pacte Territoire Santé) est soulignée comme un facteur de motivation à l'installation

› Pour les femmes, d'une manière général un soutien financier au cours d'une grossesse est un argument important pour éviter des situations où l'installation est « retardée »

Des projets d'exercice collectif en phase avec les attentes des professionnels

La réalisation de projets de santé et l'exercice collectifs présentent de nombreux effets positifs sur les motivations à l'installation, et répond directement au souhait de pratique collective soulevé.

Ces effets se concrétisent sur le terrain par :

› **Une plus grande facilité de recrutement de jeunes professionnels constatée** par les équipes exerçant en Maison de Santé Pluri-Professionnelle, permettant à la fois d'agrandir et de diversifier les équipes mais aussi de remplacer plus facilement les départs en retraite. On note que, sur le territoire de Douai-Nord, la dynamique engagée a également permis de développer des liens avec des libéraux du territoire extérieurs à la structure d'exercice collectif.

- › L'existence d'un travail en équipe (intégrant diverses spécialités, mais également divers niveaux d'expérience) et d'échanges qui correspondent aux attentes des jeunes professionnels
- › La mise en place des conditions matérielles permettant ces échanges mais aussi une délégation des tâches administratives (secrétariat mutualisé, possibilité d'avoir un coordonnateur) : un lieu d'exercice mutualisé
- › La réalisation d'un projet de santé commun, étape initiale indispensable à la mise en place d'une structure d'exercice collective, favorise la motivation et l'engagement des professionnels à plusieurs égards :
 - La démarche valorise les professionnels et permet de travailler sur des projets concrets pour la patientèle intégrant de nouvelles pratiques (prévention, éducation thérapeutique...)
 - Elle permet d'instaurer la dynamique et la cohésion d'équipe
 - Elle renforce les possibilités pour les jeunes professionnels de se projeter et donc de s'engager dans un projet d'exercice à moyen/long terme

Un accompagnement facilitateur mais des difficultés existantes au moment de la transition vers un projet immobilier / d'organisation collective

L'accompagnement déployé est reconnu comme facilitateur, plus particulièrement au niveau de l'initiation d'un projet de santé et d'une dynamique d'équipe. Il est jugé adapté par une majorité des professionnels sollicités. La possibilité de lien avec un interlocuteur connu au sein de l'institution, et dans la continuité du projet, a été appréciée.

Cependant, on note que les professionnels interrogés n'ont pas connaissance, pour la majorité d'entre eux, du périmètre des appuis techniques possibles au niveau de l'Agence (« on ne sait pas quelles sont leurs missions »)

Néanmoins, des difficultés ont été relevées dans le développement des projets :

- › Le regroupement des professionnels dans un lieu unique, adapté à la pratique des différentes spécialités et permettant une mutualisation de moyens est perçu comme un point clef de réussite des projets d'exercice collectif. Or, **des difficultés sont soulevées dans la transition d'un projet de santé vers un projet immobilier et une nouvelle organisation** :
 - Des difficultés d'anticipation et de réalisation des démarches administratives et financements nécessaires (ex. dépôt d'un permis de construire)
 - Des difficultés pour définir une nouvelle organisation qui implique de faire évoluer les pratiques de chacun et de définir de nouvelles procédures
 - Des difficultés dans le choix de logiciels, procédures, compétences...nécessaires
- › **Le manque de visibilité sur les financements et le budget** disponibles pour ces projets (vision à un an, acquise parfois au mois d'avril, ce qui nécessite de réaliser une provision en début d'année) peut également complexifier leur déploiement (démotivation des professionnels impliqués, freins à la mise en œuvre de projets de santé nécessitant plusieurs années).

Enfin, **les professionnels soulignent l'importance du soutien des collectivités locales** (mairie, communauté de commune) et de leur appui notamment pour le développement du projet immobilier : « La décision d'installation dans une commune doit être partagée à la fois par les professionnels et par les politiques ». Ainsi, sur le territoire de Douai Nord des difficultés ont été rencontrées (administratives, financières : montant du loyer) au moment d'engager un projet immobilier (changement de locaux) associées à un manque de lien avec la Communauté d'agglomération du Douaisis.

Un accompagnement aux contrats du Pacte Territoire Santé facilitant, mais sans effet véritable sur les décisions d'installation

Le retour de deux professionnels ayant bénéficié d'un accompagnement à la signature d'un contrat proposé par le Pacte Territoire Santé (CESP, PTMG) indique une perception positive de réactivité et de la qualité de l'accompagnement proposé par l'ARS.

La signature d'un contrat est perçue comme **une opportunité pour ses effets facilitants pour l'installation** (« cela permet de s'installer plus sereinement »).

Néanmoins, les professionnels relèvent que ces démarches n'ont pas constitué pour eux un facteur déterminant dans le choix d'une installation.

Un niveau d'information sur les dispositifs d'appui à l'installation à renforcer

La démarche d'évaluation permet de constater **qu'une majorité de professionnels sollicités et impliqués dans un projet collectif demeure à ce jour peu informée** sur l'existence de zone en difficulté prioritaires, le fonctionnement de l'action du correspondant installation et des contrats proposés par le Pacte Territoire Santé. Ce constat est à mettre en lien avec le fait que ces personnes n'ont pas été directement concernées par ces dispositifs (installés ou ayant étudié avant la mise en place du Pacte Territoire Santé). Néanmoins, ils sont en contact avec des étudiants et jeunes confrères potentiellement concernés.

On constate des réalités contrastées entre les projets de MSP des deux territoires, qui ont amené, dans le cas de Théroutte, des modalités d'informations en provenance de l'ARS jugées suffisantes sur les nouveaux dispositifs (réunions d'information, documentation, mails), alors que les professionnels de Douai Nord n'ont pas été informés.

Des initiatives portées par l'Agence ont cependant été favorables à améliorer le niveau d'information : par exemple, l'intégration des affectations des internes sur le PAPS incite à une consultation de ce site d'information, le suivi personnalisé des projets par le correspondant installation, dès l'amont de la thèse, ou encore l'organisation de conférences territoriales.

Principaux enseignements

Au regard des histoires de deux territoires évalués, les mesures d'accompagnement des structures d'exercice collectif ont facilité une réponse à une attente majeure pour les jeunes professionnels. Les dynamiques engagées ont favorisé, dans le cas où la structure a été installée, à la fois le recrutement de nouveaux professionnels, le remplacement de départs à la retraite et le maintien de leur présence sur le territoire (création de réseaux, engagement dans la durée). Les facteurs clef de succès identifiés pour obtenir ces effets sont :

- L'existence/la création d'une dynamique collective initiale, autour d'un projet de santé partagé
- Le regroupement dans une structure unique et l'inscription du projet dans son territoire, pour lesquels le soutien des collectivités locales est indispensable

En lien avec les écueils rencontrés, des axes d'amélioration de l'accompagnement ont été relevés :

- › Faciliter et mieux anticiper, dans l'accompagnement proposé, le lien entre projet de santé collectif et projet immobilier et organisationnel (choix de logiciel, démarches administratives, création de nouvelles procédures...)
- › Etudier les opportunités de donner une vision des financements et budgets potentiels à plus long terme et maintenir un appui technique des MSP dans leur fonctionnement, au-delà de l'installation
- › Favoriser la création de liens avec les collectivités locales qui ont la compétence « santé » ou peuvent influencer au niveau politique (avec les communautés de communes, notamment) pour favoriser un support continu du projet et le développement d'une cohérence avec les projets portés par les collectivités (pour lesquelles l'attractivité du territoire peut être aussi liée à un accès professionnels de premier recours)
- › Renforcer l'information sur les publics rencontrés dans les zones en difficulté/fragiles et leurs particularités éventuelles
- › Renforcer l'information au sein des facultés sur l'installation et sur les mesures du Pacte Territoire Santé (contrats type PTMG notamment)

D'une manière générale, **les professionnels ont souligné l'intérêt de poursuivre le développement des MSP et des possibilités d'exercice collectif.**

Concernant les autres types de dispositifs (CESP, PTMG, correspondant installation), on constate que l'information des professionnels non directement concernés présente des axes d'amélioration. Les limites de la présente évaluation n'ont pas permis d'apprécier en totalité les effets de ce type d'accompagnement.

6.2.4 Focus : apports des travaux menés sur les parcours d'inclusion scolaire en partenariat avec l'Education Nationale

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît le droit à l'éducation pour tous, quel que soit son handicap, comme un droit fondamental. Le parcours scolaire d'un élève handicapé doit s'effectuer en priorité et dans la mesure du possible en milieu scolaire ordinaire au plus près de son domicile. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013 a quant à elle placé, dans l'article premier du code de l'éducation, le principe de l'école inclusive pour tous les enfants, sans aucune distinction.

Si le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire augmente en France (il a doublé entre 2005 et 2013)⁷³ comme en Nord-Pas-de-Calais (12 300 en 2005 à 18 600 en 2012 soit une augmentation de plus de 50% en 6 ans)⁷⁴, de nombreux points de rupture affectent les parcours scolaires de ces enfants.

Ainsi, en termes d'offre d'accompagnement médico-social la situation du Nord-Pas-de-Calais marque des disparités entre les départements conduisant à des parcours de scolarisation en milieu ordinaire plus ou moins développés selon les territoires. Globalement en 2013, le taux d'équipement médico-social du Pas-de-Calais est quantitativement supérieur à celui du Nord, mais moins spécialisé, et moins orienté vers l'intégration en milieu ordinaire. Au-delà des disparités territoriales concernant l'offre, d'autres points de rupture ont été identifiés au travers des difficultés exprimées par les professionnels et les usagers :

- › Des jeunes placés dans des structures mal adaptées à leur potentiel.
- › Des ruptures dans la continuité des parcours, liées à une absence de structure adaptée ou en capacité trop limitée (plus particulièrement après 16 ans et dans la transition entre le collège et le lycée),
- › Une culture commune sur la scolarisation à renforcer entre les professionnels d'ESMS et de l'Education Nationale,
- › Les problématiques de ramassage scolaire, peu adapté à certains handicaps et surtout comprenant des freins financiers,

Afin de répondre à ces enjeux, la convention de partenariat signée entre l'ARS et l'Education Nationale du 4 avril 2013 a permis de déployer un accompagnement à l'étude et à l'amélioration des parcours d'inclusion scolaire sur 6 zones de proximité avec pour principaux objectifs :

- › L'évaluation des besoins et des points de rupture sur chaque zone
- › L'association des acteurs du territoire à la démarche et la construction d'une culture commune
- › Une évolution de l'offre d'accompagnement, en fonction des besoins, à la fois du côté de l'Education nationale que du côté médico-social

Ces travaux ont amené les représentants d'établissements sociaux et médico-sociaux et de l'éducation nationale à se réunir pour identifier les difficultés existantes sur le territoire, établir un plan d'action adapté aux besoins identifiés et le mettre en œuvre conjointement.

⁷³ www.education.gouv.fr

⁷⁴ Point presse mensuel, 14 février 2013, ARS NPDC, « Parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap, un partenariat renforcé entre l'ARS et l'Education Nationale »

Périmètre et objectifs de l'évaluation

L'évaluation porte sur les mesures et actions mises en œuvre sur les territoires de Béthune-Bruay et Cambrai.

Le contexte et le diagnostic réalisé sur ces deux zones dans le cadre des travaux ont conduit à des objectifs fixés très différents :

- › **sur la zone de Béthune-Bruay**, l'existence d'une marge de progrès sur la désinstitutionnalisation des élèves handicapés et le développement des services a conduit à un objectif principal de recomposition de l'offre médico-sociale.
- › **sur la zone de Cambrai**, un effort de recomposition de l'offre ayant été fait préalablement, l'objectif principal s'est porté sur l'acquisition d'une culture commune et la mutualisation des transports.

Deux temps d'échanges ont été organisés et ont fait intervenir des responsables d'ESMS, des responsables d'établissements scolaires, des inspecteurs de l'Education Nationale et des professionnels de l'ARS impliqués dans les travaux. Un premier groupe a concerné la zone de Cambrai et un second la zone de Béthune. Les objectifs poursuivis ont été :

- › L'évaluation des effets des mesures mises en œuvre au niveau de la coordination des différentes parties prenantes,
- › L'évaluation des effets des mesures mises en œuvre sur le parcours des usagers.

Une démarche de recomposition et de spécialisation de l'offre qui a permis de répondre à des besoins non couverts

Le premier objectif de la convention a été de planifier et piloter conjointement l'évolution de l'offre. Sur la base du SROMS et de travaux préparatoires interinstitutionnels, un diagnostic territorial a été élaboré sur chaque zone et partagé avec les différentes parties prenantes.

A partir de ce diagnostic, une recomposition et une spécialisation de l'offre médico-sociale et de l'éducation nationale ont été réalisées, en particulier sur la zone de Béthune-Bruay :

- › Ouverture de 4 ULIS75 : 2 ULIS école dont une spécialisée en Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages), un ULIS Collège, un ULIS Lycée,
- › Programmation de la transformation de 52 places en ESMS au profit de 85 places de SESSAD76
- › Développement des capacités d'accueil pour l'autisme : 8 places d'IME77 et 5 places de SESSAD,
- › Développement des capacités d'accueil TCC : 15 places supplémentaires de SESSAD, 20 places d'IME TCC et déficience intellectuelle,
- › Développement des capacités d'accueil handicap moteur : 15 places supplémentaires de SESSAD par transformation d'IM,
- › Développement des capacités d'accueil déficience intellectuelle : 35 places supplémentaires de SESSAD par transformation d'IME,
- › Création de 15 places de SESSAD supplémentaires pour l'insertion professionnelle par transformation des places d'IME
- › Création d'Unités d'Enseignement Externalisée (U2E) : un U2E TED, deux U2E Lycée Professionnel, un U2E collège, deux U2E école.

Pour la zone de Cambrai, un travail de recomposition de l'offre avait déjà été engagé et a été complété:

- › L'ouverture de deux ULIS Lycée Professionnel pour les parcours des plus de 16 ans,
- › L'installation de 9 places de SESSAD,
- › L'ouverture de 10 postes d'enseignants pour les ULIS école.

⁷⁵ Unités Localisées pour L'inclusion Scolaire

⁷⁶ Services d'Education et de Soins à Domicile

⁷⁷ Institut Médico-Educatif

L'analyse des besoins et la démarche de recomposition et spécialisation de l'offre a permis de développer une réponse à des besoins auparavant non couverts, permettant ainsi une amélioration de l'accès aux accompagnements et de la continuité des parcours scolaires. Un effort important a été porté sur le développement des services dans l'offre médico-sociale (les SESSAD) par création de places ou transformation de capacités existantes, comme on le constate notamment sur Béthune-Bruay avec une augmentation de la part des services de près de 11 points entre 2013 et 2015 sur la zone⁷⁸. L'ouverture de places de SESSAD pour les 16-20 ans, permet de poursuivre l'accompagnement des jeunes en sorties d'IME et offre une transition vers leur intégration en milieu ordinaire. Au niveau des dispositifs de l'éducation nationale, l'ouverture ciblée d'ULIS et d'U2E a permis de renforcer les possibilités d'accueil des enfants en milieu scolaire ordinaire et de renforcer la continuité dans l'accompagnement tout au long du parcours scolaire (école, collège, lycée) là où des manques étaient constatés.

La reconnaissance par l'Agence de la spécialisation de places a permis par ailleurs d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé pour certaines déficiences (par l'ajout de moyens : moyens humains, outils pédagogiques et techniques).

L'analyse des besoins des territoires gagne à s'appuyer sur un diagnostic fin et évolutif, et intégrer des critères qualitatifs à travers des retours d'acteurs sur le terrain. Cette démarche a été notamment permise sur le Pas-de-Calais par le soutien des équipes de la MDPH.

Une acculturation entre établissements médico-sociaux et éducation nationale aux effets contrastés

Le développement de la scolarisation d'élèves handicapés en milieu ordinaire passe par une meilleure connaissance mutuelle des missions et problématiques des différentes parties prenantes avec en premier lieu, les professionnels de l'Éducation Nationale et les ESMS.

A ce titre, les travaux menés depuis trois ans dans les deux territoires ont eu des effets contrastés :

› Pour la zone de Béthune-Bruay, l'approche a eu des effets positifs sur la coordination et l'interconnaissance entre les acteurs et les secteurs sur le terrain. Les travaux ont d'abord permis de définir des objectifs clairs et de repréciser les missions de chacun puis d'engager une dynamique collective portée sur la recomposition de l'offre. Les professionnels interrogés relèvent des effets positifs au niveau de la dynamique de réseau qui s'est accrue localement entre les établissements et services médico-sociaux, et avec les établissements scolaires, facilitant la prise de contact, la mise en place de conventions et de coopérations (visites croisées des établissements scolaires et des ESMS, rencontres avec les parents,...). Les structures ont de plus été amenées à intégrer la dimension « territoriale » de leur réponse aux besoins, en complémentarité avec les autres acteurs locaux.

› Pour la zone de Cambrai, les professionnels interrogés relèvent une amélioration des interrelations entre les ESMS, pour lesquels le travail en commun et les échanges en cas de difficulté se sont développés. Cependant, concernant la relation entre les ESMS et les établissements scolaires, peu d'évolutions des coopérations et dialogues déjà engagés ont été relevées. Si le travail est engagé dans le domaine du handicap moteur, cela affecte plus particulièrement le domaine des déficiences intellectuelles, pour lequel le dialogue demeure difficile entre les établissements scolaires et les IME pour les élèves porteurs de déficiences légères et la sortie du collège, marquant des réticences encore ancrées. Les objectifs de développement de formations partagées permettant de bâtir des projets communs entre enseignants et éducateurs n'ont pas été mis en oeuvre. Le comité d'inclusion territorial créé pour rassembler les professionnels du champ médico-social et de l'éducation nationale n'a pas fonctionné.

Ainsi, l'évaluation portée sur les deux zones de proximité montre que **le dispositif a globalement permis de développer une meilleure interconnaissance entre les ESMS, contribuant ainsi à renforcer le**

⁷⁸ Bilan Commission des Usagers 18 mai 2015

maillage territorial de l'offre. Il a eu, en revanche, des effets contrastés sur la qualité des liens entre ESMS et acteurs de l'éducation nationale.

Ce dernier point a pu constituer un frein à la mise en œuvre des actions prévues pour rapprocher les deux secteurs, comme sur le territoire de Cambrai. La comparaison entre les deux territoires révèle des points clef pour le succès d'une telle démarche :

- › Une implication de porteurs de projet locaux dans la durée pour maintenir la dynamique de rencontre et de réflexion, et un portage du projet fort du côté des deux institutions (ARS, Education Nationale)
- › La mobilisation constante des représentants des deux parties (éducation nationale et secteur médico-social)
- › L'acquisition d'une vision commune fondée une analyse qualitative du profil des usagers, permettant d'évaluer les besoins et l'adéquation des parcours proposés. L'implication de la MDPH du Pas-de-Calais et le partage de ses données a constitué un véritable atout pour les travaux sur Béthune-Bruay. L'absence d'implication de la MPDH du Nord a été, de ce point de vue, dommageable à l'acquisition d'une vision commune sur la zone de Cambrai.
- › D'une manière générale, l'implication des bons partenaires pour travailler sur les problématiques relevées est un point clef (par exemple sur la zone de Cambrai, l'absence d'association du Conseil Départemental aux travaux a été défavorable à l'identification de réponses aux problématiques de transport identifiées). L'implication de décideurs est également une condition sine qua none pour acter les actions engagées par le partenariat

D'une manière générale, **l'acquisition d'une vision commune et le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des deux secteurs a pu être initiée par la poursuite d'un objectif collectif de recomposition de l'offre, mais présente encore des marges d'amélioration.**

Par ailleurs, un effet indirect positif de l'accompagnement est constaté au niveau de la relation entre l'Agence en tant que tutelle et les établissements et services médico-sociaux. En effet, la démarche de travail sur les parcours a permis de développer une approche complémentaire aux CPOM, caractérisée pour l'agence par la possibilité d'un échange plus poussé sur le fonctionnement des structures, leurs difficultés et leurs approches, et pour les établissements par le développement d'une considération du besoin territorial et des complémentarités avec d'autres structures dans leurs propres projets.

Les modalités d'accompagnement proposées ont également engagé les ESMS et les établissements scolaires ont engagé une véritable réflexion pour repenser leurs habitudes, leur donnant une possibilité d'expression et de proposition importante auprès des institutions régionales. Une partie des propositions ont pu être soutenues par l'ARS ou l'Education Nationale.

Les intervenants ont d'ailleurs pu découvrir que l'Agence n'était pas bloquée sur ses positions et pouvait être moteur pour adapter sa position si des propositions intéressantes lui étaient présentées.

La nécessité d'une évolution plus globale pour gommer les points de rupture du parcours de scolarisation

Malgré une première transformation des parcours de scolarisation favorable à la réduction de situations de rupture, plus particulièrement développée sur Béthune-Bruay, les professionnels relèvent que la démarche engagée sur les deux territoires n'a pas permis d'aboutir à ce stade à des parcours de scolarisation fluides et équitables pour les élèves en situation de handicap. On constate en effet de nombreux cas d'inadéquations entre le profil des usagers et la structure de prise en charge qui créent un manque de fluidité.

Cela est lié, d'une part, à des freins organisationnels toujours présents, notamment à la sortie du collège pour laquelle « la scolarisation en milieu ordinaire relève du combattant » : difficultés persistantes liées au transport scolaire (absence de financement), peu voire pas de solution pour les cas difficiles, l'organisation des repas, des modules de cours qui ne peuvent pas toujours être suivis par les jeunes handicapés au rythme ordinaire,...

D'autre part, des freins « culturels » persistent : la réticence de certains professeurs et éducateurs, mais aussi des familles à engager un jeune dans un parcours de scolarisation en milieu ordinaire en dépit de ses capacités. Plus globalement, c'est l'acquisition d'une véritable culture commune de l'accompagnement de ses situations qui doit encore être travaillée afin que chaque élève puisse bénéficier de l'accompagnement correspondant à ses besoins, au bon moment, dans la structure adaptée.

L'acquisition de cette culture commune passe par une évolution du système dans son ensemble, par la définition d'objectifs partagés par toutes les parties prenantes (professionnels de terrain, responsables d'établissements, et institutions) et s'apprécie sur le long terme.

L'accompagnement mené sur les parcours d'inclusion scolaire a constitué une première étape pour atteindre cette ambition.

Les résultats obtenus à ce stade mettent en lumière des axes de progrès :

- › La conduite d'un travail sur les représentations des élèves handicapés avec les professionnels sur le terrain (enseignants, éducateurs)
- › La transformation des pratiques d'orientation des jeunes, qui est encore souvent réalisée en fonction de l'offre disponible, ou des pratiques et critères d'admission propres aux établissements, et pas toujours en fonction de leurs besoins réels. Cela conduit à des situations ubuesques, ou des jeunes se retrouvent dans des structures non adaptées, et dans lesquelles il peut être difficile de faire marche arrière.

Principaux enseignements

Les travaux menés sur les parcours d'inclusion scolaire ont permis de poser une première étape à l'amélioration de ces parcours fondée sur un diagnostic territorial partagé, en apportant une réponse à des situations de rupture par recomposition de l'offre et amélioration du maillage territorial de l'offre.

Néanmoins, l'amélioration des parcours nécessite de renforcer l'acquisition d'une culture et d'objectifs communs pour la prise en charge : à ce stade, cet aspect constitue un axe de progression pour le partenariat engagé.

Le développement des coopérations entre les acteurs du secteur médico-social et de l'éducation nationale a fait l'objet de résultats contrastés :

- › L'approche territoriale sur Béthune-Bruay a produit des coopérations entre les différentes parties prenantes et constitue une première étape vers une culture commune. Cette acculturation a été renforcée par une bonne dynamique partenariale (avec la MDPH et avec l'Education Nationale) et par le partage des difficultés rencontrées par les acteurs de la prise en charge.
- › A contrario sur le Cambrésis, la dynamique de partenariat interinstitutionnel engagée s'est essouffée et la démarche de connaissance mutuelle n'a pas abouti.

Au global, l'analyse du contraste entre ces deux exemples permet d'identifier plusieurs conditions générale de succès de la démarche:

- › Le soutien des institutions partenaires, et l'implication de décideurs dans la démarche
- › La constance des porteurs de projet des deux institutions au niveau local, pour réunir et mobiliser dans la durée les acteurs locaux du secteur médico-social et du milieu scolaire
- › La création de temps d'échanges entre les acteurs sur leurs pratiques, leurs champs d'intervention, leurs difficultés permettant à la fois d'améliorer l'interconnaissance entre les structures et de bâtir un état des lieux partagé
- › Le développement de pratiques d'évaluation permettant de suivre l'évolution de l'adéquation entre les profils et les structures, et donc la pertinence des parcours, intégrant des indicateurs qualitatifs et nécessitant un partage de données entre les institutions,
- › L'implication des Maisons Départementales des Personnes Handicapées dans le diagnostic territorial et dans la mise en œuvre concrète des parcours,
- › Enfin, l'importance du temps nécessaire à la mise en œuvre de ce type d'accompagnement ne doit pas être négligée (nombreuses réunions, animation des parties prenantes).

7 Conclusion et recommandations

7.1 Conclusion générale

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

Plusieurs écueils ont été constatés :

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

L'évaluation du fonctionnement de la démocratie sanitaire a montré que le projet régional de santé s'est intégré dans **une dynamique de démocratie sanitaire active**, marquée par un fonctionnement très participatif lors de son élaboration (plus particulièrement en phase de consultation) et une forte mobilisation des usagers.

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

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

L'évaluation de la cohérence externe du PRS montre que **des points de convergence entre les politiques régionales ont été identifiés et ont permis d'organiser une mise en œuvre d'actions conjointes** notamment au travers de conventions de partenariat.

Les axes d'amélioration suivants ont été identifiés :

- Renforcer les complémentarités et synergies possibles sur les champs de la santé mentale et de la prévention et promotion de la santé
- Poursuivre la dynamique sur le champ de la cohésion sociale

- Etudier les articulations pertinentes entre le Projet Régional de Santé et les secteurs de la santé environnement, de la santé au travail
- Renforcer la gouvernance conjointe avec les Départements, ce qui soulève la question :
 - o D'un plus grand décloisonnement dans l'approche entre les secteurs (prévention, soin, médico-social)
 - o D'une adaptation des modalités de travail pour faire converger les dynamiques des deux parties prenantes (ARS, Département) et favoriser une meilleure concertation avec les élus.
- Structurer les travaux conjoints avec l'Assurance Maladie en s'appuyant sur une CPAM référente faisant un relai avec l'ensemble de la région

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

→ **Se référer aux synthèses des réalisations disponibles dans les encadrés « ce qu'il faut retenir » introduisant le bilan évaluatif sur chaque axe d'analyse :**

- o Agir de façon concertée sur les déterminants de santé : [voir la synthèse p.29](#)
- o Garantir l'accès au système de santé : [voir la synthèse p.40](#)
- o Mettre en œuvre une dynamique de parcours : [voir la synthèse p.59](#)
- o Promouvoir un système de santé efficient : [voir la synthèse p.79](#)
- o Organiser la veille et l'alerte pour préparer la réponse aux urgences sanitaires : [voir la synthèse p.90](#)
- o Garantir la qualité des soins : [voir la synthèse p.93](#)
- o Territorialiser l'action pour répondre aux besoins de populations : [voir la synthèse p.94](#)

L'approfondissement des effets constatés et des facteurs de succès identifiés sur 4 dispositifs sélectionnés a permis d'apporter une appréciation de l'efficacité des mesures du PRS correspondantes.

→ **Se référer à l'encadré « ce qu'il faut retenir » synthétisant l'analyse des 4 démarches étudiées ([voir la synthèse p.100](#)) :**

- o Le développement du dispositif télé-AVC, intégré à la filière AVC,
- o Le Dispositif Territorial d'Appui (DAT) développé à partir de 2013 dans le cadre de l'expérimentation nationale PAERPA sur le territoire du valenciennois-Quercitain,
- o L'appui à l'installation des professionnels de premier recours sur les zones en difficulté au regard de la densité médicale.
- o La collaboration entre l'ARS et l'éducation nationale en faveur de l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, déployée sur 6 zones de proximité.

En revanche, **il est difficile de conclure sur l'efficacité du PRS en l'absence d'un référentiel complet définissant les liens de cause à effet et les indicateurs permettant d'apprécier l'atteinte d'objectifs et de montrer des effets**. Ce référentiel a été initié sur une part du périmètre évalué, au travers d'une sélection d'indicateurs de moyens et de résultat⁷⁹ et permet d'apporter une réponse partielle aux questions évaluatives portant sur l'efficacité.

A l'issue des principaux constats de l'évaluation, nous proposons un ensemble de recommandations sur les champs suivants :

- 1. La méthodologie d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre** : pour élaborer un PRSII mieux adapté à un pilotage de la politique régionale de santé, plus facile d'utilisation (par les professionnels de l'ARS, par les professionnels de santé) et concret
- 2. La méthode d'appréciation / d'évaluation de l'efficacité et des impacts du PRS** : pour préparer l'évaluation continue et finale du futur PRSII et améliorer le niveau de réponse aux questionnements portant sur l'utilité de ses contenus

⁷⁹ Tableau de bord DG

7.2 Recommandations portant sur la méthode d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PRS

/ Instaurer une gouvernance transversale du PRS pour piloter l'élaboration et le suivi du projet

Il est préconisé de créer deux instances transversales ; une au niveau central de l'Agence et une dédiée aux territoires.

Au niveau central, une instance de pilotage réunissant des représentants des directions (direction de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale, de la prévention, direction de la veille sanitaire et santé environnementale) et se réunir à échéances régulières dès la phase d'élaboration et tout au long de la mise en œuvre du projet (à titre indicatif : rythme mensuel en phase d'élaboration, rythme trimestriel en phase de suivi) afin de favoriser :

- › Une approche plus intégrée, décloisonnée entre les secteurs du soin, de la prévention et des médico-sociaux et centrée sur des objectifs communs
- › Lors de l'élaboration, cette instance peut avoir pour rôle :
 - La validation et la diffusion de principes méthodologiques communs à l'ensemble des groupes de travail impliqués dans la rédaction (référentiel à définir)
 - La priorisation des orientations du projet régional de santé, des thèmes de programmation ainsi qu'une validation régulière et concertée des documents produits qui soit fondée sur les principes méthodologiques communs retenus
- › Au cours des 5 années de mise en œuvre, l'instance doit permettre :
 - Le suivi régulier du niveau de mise en œuvre des principales orientations et actions du PRS, fondé sur un outil de suivi centralisé
 - L'identification des bonnes pratiques et des résultats à valoriser
 - La prise de décision sur les actions à entreprendre / à stopper / les échéances de mise en œuvre, permettant ainsi une révision régulière du plan d'action constitué par le projet régional de santé afin de l'adapter aux moyens disponibles, aux priorités régionales et nationales

L'activité de cette instance doit être accompagnée de modalités de communication permettant d'informer les rédacteurs et contributeurs du PRSII sur l'avancement de la démarche d'élaboration, puis sur le niveau de mise en œuvre des principales actions programmées à échéances régulières (ex. publication d'une lettre d'information interne).

Au niveau territorial, une instance réunissant les délégués territoriaux est préconisée sur toute la durée du PRSII dans le cadre de la démarche de contrats territoriaux de santé, pour :

- La définition de critères de priorisation communs permettant sélectionner les objectifs et les actions à mettre en œuvre sur les territoires en fonction des contextes et leviers locaux,
- La mise en place d'un échange régulier tout au long de la mise en œuvre du PRSII permettant un réajustement de ces objectifs et actions, et un suivi des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés

Sur le volet médico-social, une articulation sera à prévoir avec les départements (Plateformes Territoriales de l'Autonomie et Conférences Territoriales de l'Autonomie).

- / Définir et mettre en place des principes méthodologiques partagés, et penser les modalités d'évaluation dès la phase d'élaboration

La diffusion de principes méthodologiques communs pour l'élaboration du PRS doit permettre d'obtenir une structuration homogène du document et de préparer la phase de suivi et d'évaluation. Ces principes doivent également permettre de constituer un plan d'action opérationnel sur 5 ans glissants fondé sur des actions réalisables et priorisées.

Ces principes méthodologiques peuvent être constitués :

- › D'une **méthode de sélection des actions à programmer**, qui doit reposer sur le cadre posé par les orientations du PSRS d'une part et peut être approfondie par l'identification de critères opérationnels pour la sélection des actions à lancer, par exemple :
 - Evaluation et disponibilité des moyens nécessaires pour la mise en œuvre?
 - Expérimentation ou déploiement du/des dispositifs ou mesures dans le passé : résultats obtenus et pertinence par rapport aux besoins/enjeux relevés par le diagnostic?
 - Existence de publications permettant d'argumenter la pertinence du/des dispositifs ou mesures pour agir sur les besoins/enjeux relevés par le diagnostic ?
 - Pertinence par rapport aux contextes territoriaux d'application ?
- › D'une **méthode de structuration unique** pour l'ensemble du document, comprenant à titre indicatif :
 - **La définition d'objectifs** (en nombre limité) directement liées aux principaux constats du diagnostic (en nombre restreint), **ensuite déclinées en actions**
 - L'indication **pour chaque action principale** :
 - o Du périmètre géographique de mise en œuvre ciblé (et/ou critères de sélection de ce périmètre)
 - o Du/des pilote(s) responsables de l'action
 - o Du/des principaux acteur(s) contributeur(s)
 - o Des modalités de mise en œuvre (principales étapes, moyens)
 - o Du planning prévisionnel (dans la mesure du possible : échéance ou période cible de mise en œuvre)
 - o D'un indicateur de résultat au minimum sélectionner pour suivre le niveau d'utilisation du dispositif/de la mesure (nombre de bénéficiaires, taux d'utilisation/d'occupation, activité/file active...)
 - Le **détail des méthodes et outils d'évaluation mobilisables pour chaque objectif** principal, notamment le référentiel d'indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité/les effets des actions menées. Celui-ci définit, pour chaque indicateur (résultat ou effet), l'orientation correspondante, les données et la source utilisée, la régularité de suivi la plus adaptée, et une « cible » à atteindre.

- / Structurer les modalités de suivi et d'évaluation et le système d'information commun dès la phase d'élaboration (outil, mode de gouvernance des données, partenaires mobilisés, mode d'alimentation...).

Il est conseillé de structurer **un outil commun de suivi**, qui puisse être un **support de reporting sur l'avancement des principales actions du PRS II tout au long de sa mise en œuvre**.

Cela nécessite de définir :

- Une sélection des objectifs à suivre
- Des indicateurs associés, en essayant d'avoir:
 - o A minima, un indicateur de résultat (niveau d'utilisation/de déploiement des dispositifs) qui pourra être suivi annuellement
 - o Lorsque cela est possible, un indicateur sur les effets/impacts quantitatif

Le référentiel d'indicateurs structuré doit comporter l'objectif évalué, la nature des actions/dispositifs principaux associés, les financements alloués par l'ARS, la nature de l'indicateur associé à

chaque action/dispositif, les modalités de calcul et la source, la cible à atteindre (échéance, valeur). Le tableau de bord élaboré pour la direction générale pourra être utilisé comme base.

- Une organisation pour le reporting : régularité du reporting, responsabilités, mode d'alimentation. Il s'agit d'une organisation interne mais également coordonnée avec les partenaires mobilisés pour partager des données.

7.3 Recommandations pour une évaluation de l'efficacité du PRS améliorée

Objectifs

L'appréciation de l'efficacité du PRS fait référence à 7 questions structurantes:

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

Une évaluation des contenus du PRS permettant d'apporter des éléments de réponse à ces questions doit idéalement s'attacher à produire, **pour une sélection de réalisations « clef »** :

- **Une appréciation qualitative** de l'efficacité des réalisations, fondée sur des **modalités d'enquête, d'entretiens ou groupes d'expression** pour collecter le retour des acteurs et parties prenantes impliquées dans une réalisation/une mesure (professionnels, usagers, partenaires) sur la dynamique engagée, les effets constatés et le niveau d'utilité perçu par rapport aux besoins et enjeux initiaux
- **Une appréciation quantitative** de l'efficacité des réalisations, fondée sur l'usage d'un système d'indicateurs pour :
 - Evaluer **le niveau d'effectivité des réalisations : quel a été le niveau d'utilisation par les usagers cible** ?
 - Evaluer **le niveau d'efficacité/impact des réalisations : ont-elles été utiles par rapport aux besoins identifiés (état de santé, accès aux soins, qualité des soins,...)?**

Les recommandations proposées ici ont pour objectif d'alimenter un système de suivi et d'évaluation de l'efficacité du PRSII sur ces deux axes. Ces préconisations sont issues d'une réflexion collective menée par le groupe projet de l'évaluation au cours d'une séance de travail dédiée, à partir de l'état des lieux des appréciations portées sur les thèmes évalués.

Pour chacune des 7 questions, des pistes de travail sont proposées sur le principe suivant :

1. Le niveau d'appréciation possible de l'efficacité du PRS sur la période évaluée (2012-2016) est restitué sous la forme d'un code couleur, affecté aux principales réalisations du PRS

Code couleur :
nature de l'appréciation à l'issue de l'évaluation

○ Pas d'appréciation possible

● Dynamique positive

● Neutre/mitigé

● Dynamique négative

Thématique (ex : addiction)

Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Réalisation 1 (dispositif, mesure ou action mesurable)		Type de donnée disponible	Type de donnée disponible
Réalisation 2 (dispositif, mesure ou action mesurable)			<i>Bleu italique : suggestions d'indicateurs</i>
Réalisation 2 (dispositif, mesure ou action mesurable)			

Clef de lecture : l'ensemble des zones en blanc correspondent à des éléments d'évaluation de l'efficacité d'une réalisation qui n'ont pas été disponibles, et donc à des limites d'évaluation.

2. Les recommandations pour améliorer cette appréciation dans le PRS II et/ou les limites constatées sont listées. Deux typologies d'améliorations coexistent :
 - des pistes de travail pour affiner ou structurer les modalités de mesure de l'efficacité existantes (données disponibles mais non consolidées, ou non communiquées, indicateurs complémentaires à développer pour affiner l'analyse)
 - les pistes de développement de nouvelles modalités de mesure (nouveaux indicateurs à étudier, ou nouveaux moyens de mesure)

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

Etat des lieux

Addictions			
Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Actions de prévention comportements et facteurs de risqué : AAP, Développement consultations jeunes consommateurs		Public touché sur actions phare Nb de journées de formation	
Développement de l'accès aux soins (offre : extension CSAPA, CAARUD, ATC...)		Augmentation des capacités <i>Taux d'occupation/ taux d'utilisation</i>	
Coordination et qualité des soins Dépistage : fibroscan itinérant, développement des ELSA, travaux sur les besoins émergents (PréSAJ)		Fibroscan : territoires couverts, nb d'exams. Nb d'ELSA	

Obésité et comportements alimentaires			
Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Actions de prévention primaire : AAP		Financements, Public touché sur actions phare	ENFANTS Evolution Taux d'obésité 6 ^{ème} /CP ●
Dépistage			ADULTES Taux d'obésité adulte (2 données 2009/2012 Obépi) ○
CSO et labellisation des services		Nb de CSO / Nb de labels <i>Activité des CSO</i>	● ○
Education thérapeutique		Files actives	

Santé environnementale			
Principales réalisations	Appréciation quali*	Appréciation quanti**	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Lutte contre l'habitat indigne		Financements, nb logements évalués, nb d'interventions	
Prévention intoxications au CO / qualité de l'air intérieur		Financements, nb de personnes touchées	Nb intoxications CO pour 100 000 résidences principales
Qualité de l'eau			% d'unités de distribution non conformes
Promotion/sensibilisation santé-environnement		Financements, nb d'actions	
Risques auditifs		Financements, nb de personnes touchées	

Recommandations

En matière d'effectivité, l'évaluation a montré une difficulté d'obtenir une vision consolidée des financements engagés en prévention, du nombre d'actions et du public touché (en termes de cibles initiales, comme en termes de réalisé). Il est préconisé de renforcer cette visibilité sur la prévention, par déterminant de santé, sur toute la durée du PRSII.

L'évaluation quantitative pourrait être améliorée, sur les thématiques concernées, à deux niveaux :

- Sur l'effectivité des dispositifs/actions, par le suivi d'indicateur d'utilisation plus systématique (taux d'occupation ou d'utilisation, files actives)
- Sur l'efficacité et l'impact, la difficulté pour les thèmes des addictions et de l'obésité en particulier est de pouvoir démontrer un effet en amont de situations aiguës / d'hospitalisation. Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- Prévoir et mettre en place des modalités d'investigation type questionnaire pour évaluer les effets d'actions sur les comportements, la qualité de vie (qualitatif)
- sur les addictions, étudier les possibilités de cibler les populations jeunes dans les indicateurs suivis ou de suivre l'âge de la 1^{ère} consommation

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

Cette question ne peut être évaluée de manière globale pour le PRSI en dehors du retour qualitatif des délégués territoriaux, étant donné que le Projet de Santé Territoire n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier.

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.


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

Accès des populations démunies		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Accès aux droits		Activité ligne urgence précarité <i>Autres réalisations Assurance Maladie?</i>	% des signalements traités dans les 14 jours (évaluation ligne urgence précarité)
Développement du recours à l'offre de soins >Réseaux Précarité Santé Mentale, Adultes Relais Médiateurs Santé, Equipes Mobile de Psychiatrie Précarité, PASS		Nb de dispositifs, nombre d'acteurs impliqués (réseaux) Nb de postes d'ARMS	Part équivalente des CMUC en consultation généraliste par rapport à la population générale

Pas de réalisation significative : maîtrise du reste-à-charge, renfort de l'accès à la prévention

Télémédecine		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Télé-AVC		Nb d'alertes Nb de patients pris en charge / taux d'hospitalisation AVC	Nb de thrombolyses
Autres dispositifs (téléconsultation personne âgée, télé-expertise rétinopathie diabétique)		Nb de télé dossiers et Nb d'actes Couverture (nb d'ES, nb de territoires)	

Etat des lieux

Accès aux professionnels de santé			
Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Accompagnement des mesures du pacte territorial santé sur des zones en difficulté/fragiles identifiées		Augmentation du nb de contrats (CESP/PTMG)	Variation du nombre de médecins généralistes en zone fragile (variation négative sur deux années, en diminution) 
Développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)		Augmentations du nb de MSP	Evolution du nombre de zones fragiles/en difficulté

Accès des personnes handicapées			
Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Dépistage/accompagnement précoce (CAMPS, EDAP)		Financements, nb de dispositifs <i>Activité</i>	<i>Délai de 1^{er} RDV, évolution des files d'attentes</i>
Développement/transformation de l'offre enfants/adultes		Capacités installées Taux d'équipement % services	
Appui intégration sociale et professionnels : travaux inclusion scolaire, intégration professionnelle		Nb de dispositifs, capacités <i>Nb de zones de proximité concernées</i>	<i>Evolution de l'emploi des personnes handicapées ? Evolution du nombre d'enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire (EN)?</i>

Permanence des soins			
Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Permanence des soins ambulatoire (PDSA): Médi'ligne, Maisons Médicales de Garde		Fréquentation dispositifs (passages/appels) <i>Existence ou non d'un dispositif de PDSA sur chaque territoire</i>	
Permanence des soins établissements de santé (PDSE) : Rationalisation des lignes de garde/astreinte		Nombre de lignes de garde/astreinte	<i>Nombre de passages aux urgences Délais de passage aux urgences</i>

Recommandations

L'appréciation de l'effectivité des réalisations sur le thème de l'accès aux soins est globalement permise par la disponibilité d'indicateurs portant sur les capacités et l'utilisation des dispositifs. Un maintien des éléments existants et relevés dans l'état des lieux est préconisé, en favorisant un relevé régulier de l'activité/ niveau d'utilisation des dispositifs (files actives, nb de bénéficiaires, fréquentation, nombre de dossiers) qui permette d'évaluer une évolution sur toute la période de mise en œuvre.

Ces contenus peuvent être enrichis sur le thème de l'accès aux soins des populations en situation de précarité, en développant les pistes suivantes:

- › Consolider avec l'Assurance Maladie un suivi des principales réalisations conduites par les CPAM sur l'accès aux droits et aux soins, intégrant un suivi des usages (activité, nombre de bénéficiaires) et d'indicateurs de résultat à définir (à l'instar des éléments disponibles sur l'exemple du dispositif « Ligne Urgence précarité » : délai de traitement des demandes d'ouverture ou régularisation de droits par exemple)
- › Consolider et intégrer dans l'évaluation le bilan d'activité des PASS (existant), des réseaux et équipes mobiles pour l'accès aux soins des personnes démunies afin de mettre en valeur l'utilisation de ces dispositifs

Au niveau de l'efficacité/impact des réalisations sur l'accès aux soins, une part importante des thèmes présente des difficultés d'évaluation.

La possibilité d'évaluer un effet sur l'accès aux soins pose question pour :

- › L'éducation thérapeutique, qui améliore en principe l'accès aux soins en donnant plus de moyens au patient de gérer et d'agir en faveur de sa santé. Au-delà des indicateurs d'utilisation (évolution des files actives), cet effet peut-il être démontré par des indicateurs ou une modalité d'enquête spécifique ?

Une piste pourrait être de comparer des populations pourvues et non pourvues en ETP, au regard de l'effet sur des points de rupture des parcours (par exemple : le taux de ré hospitalisation pour complication ou rechute pour les maladies chroniques – indicateur déjà suivi). L'effet produit par le développement de l'ETP sur la dynamique de coordination d'acteurs autour des parcours serait également à prendre en compte.

- › Les effets de la permanence des soins (ambulatoire ou en établissement) sur l'amélioration de l'accès aux soins sont intrinsèques, dans la mesure où la couverture de l'ensemble du territoire par ces permanences suppose un accès aux soins optimisé. Dès lors, le niveau de couverture géographique peut être observé ainsi que la fréquentation (volume de passage aux urgences/par les dispositifs de PDSA).

Cependant une réflexion pourrait être menée pour évaluer les possibilités de suivi des délais de réponse/d'intervention (ex. suivi des délais de passage en SAU, niveau de disponibilité des lignes et délais de réponse en PDSA).

Pour aller plus loin le niveau de satisfaction des utilisateurs des lignes de garde et astreintes pourrait être évalué.

Enfin, l'évolution de l'accès des personnes handicapées à une prise en charge adaptée et au milieu scolaire / professionnel ordinaire peut être améliorée par des indicateurs à intégrer dans un suivi régulier à construire avec les partenaires:

- Le suivi de la taille des files d'attentes/ des délais d'attente pour les différents dispositifs d'accueil (avec les MDPH)
- Le suivi des délais de 1^{er} RDV en CAMPS
- L'évolution des taux d'emplois des personnes handicapées (avec l'AGEFIPH)
- L'évolution du nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire (avec l'Education Nationale)

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

Parcours des personnes âgées		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Expérimentations sur les parcours : > Patients âgé dénutri > Patient âgé chuteur > PAERPA	
Développement de dispositifs de coordination : > MAIA, Filières / partenariats > Dispositif d'appui territorial PAERPA > Equipes mobiles de gériatrie		Niveau de couverture du territoire Nombre de structures concernées par les partenariats	

Maladies cardio-vasculaires		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Développement de la filière AVC	

Santé mentale		Appréciation quanti**	
Principales réalisations	Appréciation quali*	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Conseils Locaux de Santé Mentale	
Expérimentation parcours santé mentale		Nb de fiches action	
Réseaux précarité santé mentale		Financements, Nb de structures	

Cancers		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Déploiement des Comités Locaux d'Accompagnement aux dépistages des Cancers Dépistage organisé	

Diabète		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Renfort et gradation de l'ETP (niveaux 1,2,3)	

BPCO		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
		Renfort et gradation de l'ETP (niveaux 1,2,3)	

Etat des lieux

Recommandations

L'évaluation de l'efficacité du PRS sur les coopérations entre acteurs et secteurs est difficile à évaluer d'une manière quantitative. Les retours qualitatifs des acteurs permettent d'apprécier l'évolution du niveau d'interconnaissance, de collaboration et les effets sur les pratiques professionnelles. Des interviews d'utilisateurs (aidants et bénéficiaires des parcours développés) pourraient éventuellement permettre d'aller plus loin en apportant une appréciation des effets sur des parcours donnés.

Sur le plan quantitatif, une piste pour évaluer la coordination sur des parcours donnés serait :

- d'identifier un indicateur qui soit significatif des conséquences des principales ruptures existant sur le parcours (par exemple, pour les malades chroniques : le nombre d'hospitalisations, le taux de ré-hospitalisations pour complication, pour les personnes âgées : le nombre d'hospitalisations avec entrée par les urgences, le taux de ré-hospitalisations)
- de comparer l'évolution de cet indicateur sur la population bénéficiant d'un dispositif de coordination donné et porté par le PRS, par rapport à la population générale ou à un territoire non couvert.

Cela suppose d'identifier les possibilités d'isoler les populations concernées par le dispositif de coordination évalué et de maintenir/renforcer la remontée d'information sur les parcours expérimentés.

Le PRS a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de sécurité sanitaire adapté et performant ?

Principales réalisations	Appréciation quali	Appréciation quanti	
		Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Optimisation des systèmes de surveillance > Mise en place de l'Observatoire Régional des Urgences > Animation et rétro-information des signalants > Développement de l'outil e-sin pour déclarer les infections nosocomiales	ORU ● E-sin ● Animation ● signalant ●	Niveau de couverture des systèmes Nombre de remontées / d'alertes / de signalements Nombre de signalements avec impact sanitaire Nombre d'actions de rétro-information	Délais entre 1 ^{er} signalement et la réaction? Nb de situations d'urgence non détectée ?
Optimisation du traitement des signaux > Création/mise à jour de procédures de traitement des signaux		Nombre de fiches réflexe	
Préparation et gestion des crises : mise à jour des procédures de gestion de crise, réalisation d'exercices		Nombre d'exercices Part des procédures vérifiées Nombre de procédures mises à jour	

Pas de réalisation significative : système de surveillance environnemental ●

Etat des lieux

Recommandations

L'effectivité des mesures et actions prises sont suivies et renseignée dans le cadre du VAGUSAN, permettant une évaluation de ce point de vue.

En revanche, l'évaluation de l'efficacité de ces actions au regard de la performance du système de veille et de sécurité sanitaire nécessiterait une définition de la performance attendue pour le système.

Si des critères « généraux » ne sont pas pertinents, des retours d'expérience suite à un signalement ou au déclenchement d'une procédure de gestion de crise sur une sélection d'évènements de la période pourraient

être utilisés pour évaluer le niveau de performance atteint (délai de réaction et d'intervention sur un évènement donné, difficultés rencontrées et origines,...)

La qualité du système de santé (ES Sanitaires et médico-sociaux) a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée?

Sur le volet des établissements de santé, le suivi de l'évolution du nombre de structures non certifiées ou certifiées avec réserves sur la période de mise en œuvre

du PRS permet d'évaluer l'évolution du niveau de qualité des soins en référence aux critères de qualité validés et certifiés par la Haute Autorité de Santé.

Sur le volet des Etablissements et Services Médico-Sociaux, l'évolution du taux de structures couvertes par une évaluation externe ou interne, et du taux de structures couvertes par un CPOM permet de démontrer une dynamique d'évaluation de la qualité de la prise en charge. Pour aller plus loin, dans le domaine médico-social, il serait nécessaire d'apprécier la qualité de la prise en charge par une évaluation du niveau d'adaptation de l'accompagnement proposé au profil des usagers accueillis (pathologie(s), déficience).

Cela nécessiterait de définir l'accompagnement le plus adapté par typologie de profil, et de déployer un suivi d'indicateurs spécialisés par type de structure (par exemple, la part d'enfants en situation de handicap présentant une déficience légère scolarisés en milieu ordinaire, la part des personnes âgées atteintes d'Alzheimer bénéficiant d'un hébergement spécialisé...)

En première intention, le suivi d'une augmentation de la spécialisation de places ou capacité d'accueil (création d'unités spécialisées Alzheimer ou Autisme, reconnaissances de spécialisations...) permettent un regard sur la qualité de l'accompagnement lorsque cette spécialisation d'accompagne de moyens dédiés et adaptés effectivement mis en place.

Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficacité du système de santé ?

Etat des lieux

Partenariats entre acteurs du soin		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Accompagnement des CHT			
Rationalisation des réseaux de santé		Nb de réseaux,	Financements

Alternatives à l'hospitalisation conventionnelle		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Chirurgie ambulatoire		Taux de chirurgie ambulatoire comparé au niveau national.	
Hospitalisation à domicile		Nb patients pris en charge comparé au niveau national.	
Insuffisance Rénale Chronique hors centre		% patients traités hors centre	

Objectifs de médecine ambulatoire : pas d'objectif fixé

Equilibre financier des Etablissements de Santé		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Accompagnement des établissements / dialogue de gestion		Nb d'établissements bénéficiaires Nb d'établissements en PRE	Stabilisation des déficits retraités des aides Augmentation de la CAF cumulée

Optimisation des allocations aux Etablissements Services Médico-Sociaux		Appréciation quanti	
Principales réalisations	Appréciation quali	Effectivité des réalisations	Efficacité/impact
Généralisation de la contractualisation		% des ESMS sous contrat	Nb d'EHPAD réévalués (adaptation financement aux profils des patients)
Politique de convergence budgétaire		Nb d'EHPAD réévalués	

Recommandations

L'amélioration du niveau d'évaluation de l'efficacité du système de santé nécessiterait un suivi global de l'évolution des dépenses de santé sur la région, au regard des objectifs fixés en matière de maîtrise des dépenses (ONDAM)

Néanmoins, les informations disponibles sur les thématiques évaluées permettent un premier niveau d'évaluation de l'efficacité :

- › Par le suivi de l'évolution de l'équilibre des établissements de santé
- › Par le suivi du nombre d'EHPAD réévalués et d'ESMS sous contrats

Le suivi du niveau de développement et l'utilisation des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle permet en principe de montrer une progression de l'efficacité.

En Synthèse

Les principaux axes d'amélioration relevés sont les suivants :

\ Renforcer l'évaluation qualitative des dispositifs en développant une évaluation chemin faisant à travers des « focus groups » sur des sujets sélectionnés dès le départ (sujets innovants ou expérimentaux, dispositifs revus ou sur lesquels on a des doutes...),

\ Faciliter une consolidation de l'ensemble des données de financement et de résultat concourant à un même objectif (ex. sur la prévention : un suivi consolidé des financements alloués, du nombre de bénéficiaires des actions réalisés (et type de bénéficiaires) et de développer une comparaison avec des cibles (nombre de bénéficiaires « cible »),

\ Pour l'évaluation des apports du PRS sur la coordination d'acteurs autour des parcours :

- ✓ identifier des indicateurs significatifs des principaux points de rupture sur les parcours
- ✓ développer une logique de comparaison entre territoires ou populations couverts/non couverts

\ Prévoir et suivre l'évolution d'indicateurs d'utilisation/d'activité des dispositifs mis en place de manière plus systématique (au-delà des capacités installées ou nombre de dispositifs installés: files actives, nombre de bénéficiaires, taux d'occupation ou d'utilisation) sur la période de mise en œuvre du PRS et prévoir un mode de gouvernance permettant de commenter ces indicateurs par politique et par territoire,

\ Identifier avec les partenaires sur des actions conjointes ou avec les institutions compétentes (Assurance Maladie, CARSAT, MDPH, Départements, Education Nationale) un référentiel d'indicateurs mis en commun pour le suivi des effets des actions menées au niveau régional

8 Annexes

8.1 Référentiel d'évaluation

8.1.1 Axe1 : Méthode

	Objectifs opérationnels	Questions évaluatives (CCTP)	Sous-questions évaluatives
A. Une méthodologie d'élaboration structurée et appropriée	A.1 Structurer la méthode d'élaboration du PRS	Le calendrier d'élaboration du PRS a-t-il été pertinent? Les méthodes d'élaboration du PRS étaient-elles appropriées?	Le calendrier d'élaboration du PRS a-t-il été pertinent? La méthodologie a-t-elle été adaptée aux différents territoires ? Un mode projet a-t-il été mis en place ? A-t-il fonctionné dans le temps ?
	A.2 Elaborer un diagnostic de qualité et partagé	Quel est le niveau de qualité du livrable?	Les données, les structures et les personnes ad hoc ont-elles été mobilisées ? Ce diagnostic a-t-il permis de repérer les besoins ressentis ? Par qui ? Ce diagnostic a-t-il bien pris en compte l'avis de l'ensemble des partenaires (acteurs de santé, du domaine social, les experts, les décideurs, les instances, les professionnels, la population)? Quel est le niveau de qualité du diagnostic? Y a-t-il des problématiques/thématiques manquantes ou insuffisamment développées ?
	A.3 Structurer et prioriser les objectifs du PRS et de ses différentes composantes (schémas et programmes) de manière cohérente et en lien avec le diagnostic établi	Quel est le niveau de qualité du livrable?	Les objectifs stratégiques et leviers ont-ils été définis en lien avec le diagnostic établi? Les objectifs stratégiques et leviers sont-ils cohérents entre eux ? Leur articulation est-elle claire ? Les objectifs des différents schémas et programmes sont-ils cohérents avec les objectifs et leviers du PRS ? Les objectifs des différents schémas sont-ils cohérents entre eux ? Observe-t-on des redondances ? Le PRS est-il décliné territorialement ? Y a-t-il des objectifs fixés par territoire ? Les différents découpages territoriaux définis (territoires de santé, zones de proximité, zonages) sont-ils pertinents au regard du diagnostic établi? A-t-on identifié le périmètre des actions et les acteurs impliqués, par territoire ? Des indicateurs de suivi ont-ils été pré-identifiés, dès l'élaboration du PRS ? Des indicateurs d'impact ont-ils été pré-identifiés, dès l'élaboration du PRS ?
	A.4 Permettre un suivi du PRS dans une logique d'adaptation continue	Les méthodes d'élaboration du PRS étaient-elles appropriées?	Est-ce que des modalités de révision du PRS ont-été prévues ? Ont-elles été mises en place ? La méthode d'élaboration adoptée a-t-elle permis d'intégrer de manière continue l'expression de besoins non identifiés initialement?
B. Une mise en œuvre favorisant la lisibilité et l'appropriation du PRS	B.1 Favoriser la lisibilité du PRS	La méthodologie de mise en œuvre du PRS était-elle appropriée?	Quelles sont les modalités de communication du PRS auprès des partenaires ? Répondent-elles aux attentes des différents acteurs? Des actions de communication du PRS ont-elles été mises en place ?
	B.2 Favoriser l'appropriation du PRS via l'animation et la mise en place d'outils de connaissance partagés		Quel est le niveau d'appropriation du PRS par les acteurs cible ? Par les acteurs susceptibles d'être en articulation avec les enjeux et objectifs du PRS ? Y a-t-il eu une animation des différents schémas et programmes du PRS? Auprès de quels acteurs? Pour quels objectifs? Des outils de connaissance partagés ont-ils été mis en place ? Ont-ils été utilisés ?
	B.3 Assurer l'articulation entre les différentes composantes du PRS		Quelles modalités ont été mises en place, lors de la mise en œuvre, pour assurer l'articulation des différentes composantes du PRS, schémas, programmes ? Les points de cohérence entre les différents programmes et schémas ont-ils été identifiés lors de la mise en œuvre du PRS ? Ont-ils fait l'objet de modalités de traitement ?
C. Un suivi visant à piloter la mise en œuvre	C. 1 Mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre notamment au travers d'outils	La méthodologie de suivi du PRS était-elle appropriée?	Existe-t-il un système de suivi de la mise en œuvre ? Est-il adapté ? Un chargé de suivi a-t-il été nommé et désigné ? S'appuie-t-il sur une équipe formalisée ? Un mode projet a-t-il été mis en œuvre de manière efficace pour assurer le suivi ? Quels sont les axes d'amélioration et les points forts?
	C. 2 Mettre en place un dispositif de mesure d'impact des actions menées		Existe-t-il un tableau de bord permettant de suivre les impacts des actions menées? Est-il adapté ? Est-il partagé entre les différents acteurs? Permet-il de réorienter les actions?

8.1.2 Axe2 : Concertation

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Questions évaluatives (CCTP)	Sous-questions évaluatives
Un PRS intégré dans une démarche de démocratie sanitaire	1. Mettre en place la concertation / la démocratie sanitaire	La démocratie sanitaire, aux niveaux régional et territorial, s'est-elle mise en place lors des différentes phases d'élaboration et de	La gouvernance du PRS/ les modalités de pilotage et d'organisation du PRS ont-elles été mises en place ? Quels sont les axes d'amélioration et les points forts? L'animation et la coordination des instances de la démocratie sanitaire (CRSA, conférences de territoire) a-t-elle eu lieu? Selon quelles modalités? Les différentes parties prenantes ont-elles été mobilisées ? Avec quel niveau de représentativité?
	2. Faire fonctionner la démocratie sanitaire	La démocratie sanitaire, aux niveaux régional et territorial, a-t-elle fonctionné lors des différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre du PRS?	Le fonctionnement de la CRSA a-t-il contribué à la production de propositions et d'avis sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique régionale de santé?
			Le fonctionnement de la CRSA a-t-il permis en son sein l'expression des représentants d'utilisateurs ?
			Les conférences de territoire ont-elles contribué à la production de propositions et d'avis sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique régionale de santé? D'autres instances de concertation et de débat public ont-elles été organisées? Ont-elles fonctionné?
	3. Prendre en compte la démocratie sanitaire		Les modalités de mise en œuvre des instances de concertation (CRSA, Conférences de territoires) ont-elles permis une réelle implication et prise en compte de ces instances, à la fois pendant la phase d'élaboration et de mise en œuvre du PRS ?
			Les propositions des différentes parties prenantes sont-elles connues? Ont-elles été prises en compte lors des différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre du PRS?
Dans quelle mesure les attentes des usagers (et/ou de leurs représentants) ont-elles pu être entendues et intégrées? Les attentes des professionnels (et/ou de leurs représentants) ?			
Une démarche concertée avec les partenaires institutionnels	1. Associer les partenaires institutionnels	La concertation avec les partenaires institutionnels a-t-elle fonctionné?	Les partenaires institutionnels (Conseils départementaux, éducation nationale, ville, ...) ont-ils été associés lors des différentes phases du PRS? Selon quelles modalités ? Avec quel niveau de représentativité?
	2. Faire fonctionner la concertation avec les partenaires institutionnels		Les modalités de cette concertation ont-elles fonctionné ? Ont-elles été pertinentes?
	3. Prendre en compte les partenaires institutionnels		Le système de concertation des partenaires institutionnels a-t-il permis une réelle implication et prise en compte de leur avis? Une gouvernance conjointe sur certaines actions / certains dispositifs entre les partenaires institutionnels et l'ARS a-t-elle pu être mise en place?

8.1.3 Axe 3 : Cohérence externe

Objectifs opérationnels	Questions évaluatives (CCTP)	Sous-questions évaluatives
1. Mettre en place une complémentarité entre les politiques régionales	La stratégie régionale et sa mise en œuvre opérationnelle se sont-elles déployées en synergie avec les actions des autres politiques publiques	Des champs d'intervention communs ont-ils été identifiés entre l'ARS et les partenaires institutionnels porteurs de politiques régionales à Quel est le niveau de complémentarité atteint? Constate-t-on des manques, des zones de redondance ou d'incohérence? Quel est le niveau de cohérence atteint entre le PRS et les documents programmatiques connexes élaborés par les autres institutions (Conseils départementaux, services de l'Etat côté cohésion sociale, EPCI ...) ?
2. Mettre en œuvre conjointement la stratégie régionale	comportant une dimension santé? (politique de la ville, éducation, santé au travail, santé)	Les actions prévues conjointement ont-elles été mises en œuvre? Le déploiement opérationnel des actions a-t-il été coordonné? Quel a été le niveau de synergie atteint dans le déploiement de ces actions conjointes ? Quels en ont été les points forts et les limites? Les partenariats établis ont-ils répondu aux attentes des partenaires ? Ont-ils répondu aux attentes de l'ARS?

8.1.4 Axe 4 : Efficacité

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Questions évaluatives	Sous questions évaluatives
E.1 AGIR DE FACON CONCERTEE SUR LES DETERMINANTS DE SANTE	E.1.1 Lutter contre les addictions	La politique de prévention menée dans le cadre du PRS a-t-elle contribué à agir sur les déterminants de santé?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En matière de prévention des comportements et facteurs de risques? -En matière d'amélioration de l'accès et du recours aux soins? -En matière d'amélioration de la qualité des soins? (coordination et gradation des prises en charge)
	E.1.2 Améliorer les comportements alimentaires et la prise en charge	La politique de prévention menée dans le cadre du PRS a-t-elle contribué à agir sur les déterminants de santé?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En matière de renforcement de la prévention primaire (comportements alimentaires)? -En matière d'amélioration des pratiques de repérage (dépistage) et d'orientation des personnes? -En matière d'organisation de la prise en charge de l'obésité? (coordination et gradation des prises en charge)
	E.1.3 Agir en faveur de la santé environnementale	La politique de prévention menée dans le cadre du PRS a-t-elle contribué à agir sur les déterminants de santé?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Des zones d'inégalité environnementale ont-elles été identifiées et priorisées? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis (limitation des risques domestiques, lutte contre l'habitat indigne..) Plus particulièrement sur la -En matière de prévention des risques auditifs chez les jeunes? -En matière de promotion/communication en santé-environnement?
E.2 UN ACCES GARANTI AU SYSTEME DE SANTE	E.2.1 Favoriser l'accès des populations démunies	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En matière d'accès aux droits pour ces publics? -En termes de connaissance et maîtrise des droits -En matière de recours à l'offre de soins/ d'accès "physique" pour ces publics ? -En matière d'amélioration de l'accès à la prévention pour ces publics?
	E.2.2 Améliorer l'accès des personnes handicapées	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? -En termes de dépistage et d'accompagnement précoce des handicaps? -En termes de développement et d'adaptation de l'offre de proximité à destination des enfants et adultes handicapés? A destination de personnes handicapées vieillissantes? -En termes d'appui à l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées? Des résultats ont-ils été obtenus en termes de coordination avec l'offre de prise en charge Belge?
	E.2.3 Développer l'accès à l'éducation thérapeutique du patient	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? Des dispositifs/actions mesurables de coordination et de structuration de l'ETP sur les territoires L'ETP est-elle intégrée dans le parcours des patients ? Des dispositifs d'amélioration des pratiques professionnelles en matière d'ETP ont-ils été mis en œuvre?
	E.2.4 Améliorer l'accès aux professionnels de santé pour toute la population	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? -En termes de maintien/développement de l'offre de premier recours dans les zones en difficulté? Plus particulièrement en médecine générale? Pour les spécialités libérales? -En matière d'amélioration de l'accès aux spécialités dans le domaine des soins dentaires?
	E.2.5 Garantir la permanence des soins ambulatoires et en établissement	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En matière d'optimisation de la Permanence des soins ambulatoires sur chaque territoire ? (renforcement de la régulation médicale, articulation avec les urgences...) -En matière d'organisation de la permanence des soins entre ES?
	Développer la télémédecine	Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?	Des objectifs en matière de développement régional de projets de télémédecine ont-ils été fixés ? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis Une Maîtrise d'Ouvrage Régionale en télémédecine a-t-elle été installée? A-t-elle fonctionné?

E.3 METTRE EN ŒUVRE UNE DYNAMIQUE DE PARCOURS	E.3.1 Améliorer le parcours des personnes âgées en région	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de santé/de vie? Des objectifs Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En termes d'amélioration de l'information et de l'accès aux soins? -En matière de renforcement de l'aide aux aidants? -En termes de développement et d'organisation de filières gériatriques sur les territoires ? -En matière de coordination des dispositifs des secteurs sanitaire/médico-social, ville/hôpital autc -En termes d'adaptation de l'offre de prise en charge en faveur d'une limitation des hospitalisations non nécessaires (soins/soutien à domicile)? En faveur d'une réponse aux besoins spécifiques de cette population (spécialisation des professionnels, solutions alzheimer)
	E.3.2 Poursuivre la mise en place du parcours de prise en charge des cancers	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de santé/de vie? Des objectifs Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? Des dispositifs/actions mesurables de renforcement de la prévention et du dépistage ont-ils été n Des dispositifs/actions mesurables d'optimisation des pratiques et de l'offre de prise en charge ont-ils été mis en œuvre ? Ont-ils donné des résultats ? Des dispositifs/actions mesurables d'accompagnement du patient ont-ils été mis en œuvre ? Ont
	E.3.3 Améliorer la prise en charge des maladies cardio-vasculaires	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de la personne à risque/présentant une maladie cardio-vasculaire? Des objectifs ont-ils été fixés en réponse à ces points de ruptures? Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? -En termes de prévention et de repérage des facteurs de risques cardio-neurovasculaires? Notamment en termes de prévention avant, pendant et après un AVC? -En termes de maintien de l'offre et d'organisation de filières de prise en charge adaptées sur les -En matière d'appui à la réadaptation et la réinsertion du patient après un AVC?
	E.3.4 Poursuivre la mise en œuvre du Programme Régional de Santé Mentale	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de vie/de soins? Des objectifs Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? -En matière de prévention des facteurs de risque et d'accompagnement précoce (périnatalité, enf -Du point de vue de l'organisation des parcours et de la structuration du dispositif de prise en charge sur les zones de proximité? Plus particulièrement en termes d'articulation des secteurs sanitaire, social,médico-social? -En termes de renforcement du maillage des acteurs et de la qualité de prise en charge? -En termes d'amélioration de l'accès aux droits?
	E.3.5 Parcours BPCO	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de vie/de soins? Des objectifs Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? Des dispositifs/actions mesurables de communication grand public ont-ils été mis en œuvre ? On Des dispositifs/actions mesurables de renforcement du dépistage des BPCO ont-ils été mis en œu Des dispositifs/actions mesurables d'optimisation des pratiques et de l'offre de prise en charge ont-ils été mis en place? Ont-ils donné des résultats? Des dispositifs/actions mesurables d'accompagnement des patients ont-ils été mis en place? Ont
	E.3.6 Parcours Diabète (DIABEVI)	Le PRS a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires?	Des situations de rupture ont-elle été identifiées sur le parcours de vie/de soins? Des objectifs ont Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis -En termes de prévention et communication sur le diabète et ses complications? -En matière de dépistage sélectif et ciblé du diabète et de ses complications? termes d'optimisation de l'offre de 2nd recours sur les territoires? -En matière d'amélioration de la formation de la prise en charge, notamment pour les diabètes chez l'enfant? Chez la personne âgée? Autour de la grossesse?

E.4 PROMOUVOIR UN SYSTÈME DE SANTE EFFICIENT	E.4.1 Organiser les partenariats entre les acteurs du soin sur chaque territoire	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficience du système de santé?	Des actions correctrices ont-elles été planifiées en lien avec l'identification de situations de Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? Des dispositifs/actions mesurables ont-ils été mis en place en faveur de l'optimisation du maillage territorial hospitalier? (projets médicaux de territoire, coopérations inter-hospitalières...) Des dispositifs/actions ont-ils été mis en place au regard de partenariats entre acteurs du sanitaire/social/ médico-social? Des dispositifs/actions mesurables ont-ils été mis en place en faveur de l'optimisation des réseaux de santé ? (rôle & missions, couverture, harmonisation...) Des actions mesurables ont-elles été déployées au regard de l'articulation entre les dispositifs de coordination territoriale?
	E.4.2 Favoriser les prises en charge alternatives à	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficience du système de santé?	Les objectifs contractualisés ont-ils été atteints en termes de développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (ambulatoire, HAD...) ? (régional/territorial) Ces objectifs ont-ils donné lieu à la mise en œuvre de dispositifs ou actions mesurables? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi?
	E.4.3 Garantir l'équilibre	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficience du système de	Des objectifs ont-ils été fixés au regard de l'équilibre budgétaire des ES ? Des dispositifs d'appui/d'accompagnement des ES ont-ils été déployés pour l'atteinte des objectifs Des critères ont-ils été définis pour l'allocation de ressources à la région (DAF, MIGAC) ? Ont-ils été
	E.4.4 Optimiser l'allocation	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'efficience du système de	Des objectifs ont-ils été fixés en matière d'équité de l'allocation de ressources entre les établissements Quel est le niveau de couverture atteint en termes de contractualisation avec les ESMS ? Ce Des dispositifs/actions de maîtrise de l'allocation des ressources aux ESMS ont-ils été déployés?
	E.4.5 Poursuivre la dynamique	Le PRS a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de La qualité du système de santé (établissements sanitaires et médico-sociaux) a-t-elle été	Quels sont les objectifs marquants au niveau régional en termes de gestion des risques? Des dispositifs/actions mesurables ont-ils été mis en place au regard de ces objectifs? Ont-ils abouti
E.5 GARANTIR LA QUALITE			Des objectifs ont-ils été fixés en matière de qualité des soins? Sont-ils clairs? Des dispositifs/actions mesurables ont-ils été déployés en appui au développement de démarches d'évaluation interne et externe? Ont-ils permis d'aboutir à des résultats?
E.6 TERRITORIALISER L'ACTION POUR REPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS	E.6.1 Mettre en œuvre les 5 priorités par territoire de santé	Le PRS a-t-il pris en compte les spécificités territoriales?	Des besoins prioritaires ont-ils été diagnostiqués sur chaque territoire? Sont-ils clairs? Les 5 priorités définies pour chaque territoire et leur déclinaison en objectifs répondent-elles aux Les priorités par territoire sont-elles cohérentes avec les orientations du PRS (schémas régionaux, programmes thématiques)? Quels sont les écarts relevés? Des dispositifs/actions mesurables ont-ils été mis en œuvre dans chaque territoire au regard des objectifs fixés? Si non, pourquoi?
	E.6.2		
	E.6.2a Développer les contrats locaux de santé		Des Contrats Locaux de Santé ont-ils été signés ? Avec qui? Y a-t-il des projets de CLS non aboutis, et si oui pourquoi? Quels sont les principaux contenus des CLS signés ? Quels dispositifs/actions mesurables ont été mis en œuvre dans le cadre de la signature des CLS? Y a-t-il des actions prévues qui ne l'ont pas été, pourquoi?
	E.6.2b		
	E.6.2c Tenir compte de la mobilisation croissante des communes et de leurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population ?	L'ensemble des CUQCS comportent-ils des volets santé? Si non pourquoi? Les CUQCS validés/signés comportant un volet santé ont-ils été mis en œuvre, si non pourquoi? La mise en œuvre des CUQCS ont-ils permis la mise en place de dispositifs spécifiques en Santé ?
E.7 Organiser la veille et l'alerte et préparer la réponse aux urgences			Des objectifs ont-ils été fixés ? Sont-ils clairs et cohérents avec le diagnostic? Ces dispositifs/actions ont-ils abouti à des résultats ? Y a-t-il des dispositifs qui n'ont pas été mis en œuvre/qui n'ont pas donné de résultat et pourquoi? - En matière de développement des systèmes de surveillance à visée d'alerte et le signalement - En matière d'organisation / amélioration de la réception et le traitement des signaux sanitaires - En matière d'amélioration du dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires

8.2 Membres du groupe projet

Le pilotage de l'évaluation a été placé sous la responsabilité de M. Gwen Marqué, sous-directeur en charge du PRS, et de Mme Stéphanie FRERE, chargée de mission.

La constitution du groupe projet est la suivante :

- / Mme BERTHELOT ; Direction de la Sécurité Sanitaire et de la Santé Environnementale,
- / Mme LEHU ; Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé,
- / Mme De POUVOURVILLE ; Direction de l'Offre de soins, Sous-Direction Ambulatoire,
- / Mme DELCROIX ; Direction de l'Offre de soins, Sous-Direction Ambulatoire,
- / M. BLANCO; Direction de l'Offre de Soins, Sous-Direction Etablissements de santé,
- / Mme GUITARD; Direction de l'Offre de Soins,
- / M. MUYS; Direction de l'Offre Médico-Sociale,

L'ensemble des membres du groupe projet ont été interrogés lors d'entretiens de cadrage préalables à l'évaluation. Dans le cadre de ces entretiens ont également été interviewés :

- / Mme GUIGOU (anciennement Directrice de l'Offre Médico-Sociale et actuelle DGA),
- / M. POLLET (anciennement Directeur Adjoint à la Direction de l'Offre de Soins, actuel directeur adjoint à la Direction de la Sécurité Sanitaire et de la Santé Environnementale),
- / Mme TOUSSAINT (anciennement Directrice Adjointe à la Direction de l'Offre Médico-Sociale et actuelle Déléguée Territoriale du Nord).

8.3 Liste des entretiens de phase 1

Contributeurs internes à l'Agence Régionale de Santé	
Contributeur(s)	Fonctions en lien avec la thématique d'évaluation PRS 2012-2016 (actuelles ou précédentes)
Mme Catherine RIGAUT-COMBES	DOMS
Mme Hinde TIZAGHTI / Mme Charlotte DENIS / Mme Camille SEILLIER	Chargée de mission Nutrition DST et référente transversale / Chargée de mission DOS / Chargée de mission Prévention DPPS
Mme Judith TRIQUET	Chargée de missions transversales Santé Environnement
M. Dominique LAJUGIE	Ancien Chargé de mission PRAPS DST
Mme Margot DEFEBVRE / Mme Brigitte CARON / M. Nordine Souci	Chargée de mission Personnes âgées DST / Chargé de mission Réseaux de santé
Mme Alexandra THIERRY	Chargée de mission Cancers DST
Mme Isabelle LOENS / Mme Blandine BODECHON	Chargée de mission Santé mentale DST / Chargée de territoire Métropole Flandre intérieure DOS
M. Vincent VAN BOCKSTAEL / Mme Elisabeth LEHU	Chargée de mission Maladies chroniques DST / Responsable ETP DPPS
M. Christophe MUYS / Mme Hélène TOUSSAINT / M. Reynald LEMAHIEU / Mme Marianne PIKUS	Responsable du département Planification DOMS / Ancienne Responsable / Ancien responsable de pôle de proximité Chargé du PRAPSPH DOMS
M. Vincent ARNAULT	Chargé de projets Télémedecine
M. Eric POLLET / Mme Cécile GUITARD	Ancien Directeur adjoint DOS / Médecin DOS
M. Pierre BOUSSEMART	Sous-Directeur Qualité, Performance, Système d'information et produits de santé
M. Frédéric LEYSENS	Responsable du département Régulation financière DOMS
M. Raphael BECKER / M. Dominique LAJUGIE	Directeur adjoint chargé de la Gestion des Risques et du plan triennal / Médecin Gestion des Risques

M. Jean-Philippe LEGENDRE / M. Pascal CHAUD	Cellule de Veille /CIRE
Mme Laurence CADO / M. Nicolas BRULE	Ancienne DT Littoral / DT Littoral
M. Didier MICHEL	Ancien DT Artois-Douais
M. Gwen MARQUE/Mme Carole BERTHELOT/Mme Aline QUEVERUE	Anciens DT Hainaut-Cambrésis
Mme Hélène TOUSSAINT/M. LOURME/M. Olivier ROVERE	DT Métropole-Flandre intérieure
Représentants des partenaires et contributeurs de la CRSA	
Contributeur(s)	Fonctions en lien avec le PRS 2012-2016 (actuelles ou précédentes)
Mme MILHAU	CONSEIL REGIONAL Cadre responsable de la santé
Mme Evelyne SYLVAIN / Dr LECOMPTE	DEPARTEMENT NORD Direction santé Contributeurs des commissions prévention/médico-sociale
M. Luc GINDREY	DEPARTEMENT PAS DE CALAIS Ancien directeur du Département, contributeur de la commission prévention
M. André BOUVET / M. Emmanuel RICHARD	DRJSCS NORD PAS DE CALAIS Contributeurs de la commission prévention / Médico-sociale
M. TALPAERT / Mme CARPENTIER	ASSURANCE MALADIE, CPAM du HAINAUT Directeur de la CPAM du Hainaut
Mme VERDIER	DREAL
Mme KARSENTI / M. SOBCZAK / Mme DELEMOTTE	DIRRECTE DGA Responsable du pôle travail/Médecin inspecteur régional/Directrice adjointe service santé sécurité –pôle travail
Mme Brigitte WEENS / M. Jöel SANSEN	EDUCATION NATIONALE Conseillers médicaux, contributeurs des commissions prévention / médico-sociale
M. Xavier CZERWINSKI	PREFECTURE DU PAS DE CALAIS Sous-préfet à la cohésion sociale
M. Didier MICHEL	COMMUNAUTE D'AGGLOMERATIONS ARRAS Ancien DT Artois-Douais /porteur du projet de santé de la CU d'Arras
M. Jean-Luc PERAT	EPCI Fourmies Maire de la commune d'Anor, président de l'intercommunalité Sud-Avesnois
M. Jean-François BENEVEISE	DIRRECTE Directeur général (siège à la CRSA en voix consultative)
Mme SOLE	FHF
Mme BECUWE	FHP
Mme DARRE / Mme JEZEQUEL / Mme NOGUE	FEHAP
M. Laurent DELABY	CRSA, vice-président
M. Jean-Louis SALOMEZ	CRSA, président
M. Pierre-Marie LEBRUN	CISS
M. Bruno DELAVAL	URIOPSS

8.4 Synthèse des conventions établies par l'ARS

Tableau récapitulatif des conventions établies entre l'ARS et ses partenaires institutionnels :

Institution	Convention établie	Champ(s) d'intervention(s) commun(s)
Education Nationale	<ul style="list-style-type: none"> › Convention du 4 avril 2013 relative aux parcours de scolarisation › Convention cadre du 30 août 2013 relative à la promotion de la santé en faveur des élèves 	<ul style="list-style-type: none"> › Inclusion en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap › Vaccination, prévention de l'obésité
Conseil Régional	<ul style="list-style-type: none"> › Convention du 15 novembre 2012 sur le champ des cancers 	<ul style="list-style-type: none"> › Réduction de l'impact des inégalités sociales et territoriales sur le champ des cancers (Programme Régional Cancers Concerté)
Conseils Départementaux	<ul style="list-style-type: none"> › Convention du 4 février 2014 	<ul style="list-style-type: none"> › Prévention et promotion de la santé › Nombreux champs d'intervention dans les secteurs du soin, du médico-social et du social pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées, et la prise en charge de l'autisme › Egalement mentionnés: <ul style="list-style-type: none"> - <i>CD Nord</i> : périnatalité, planification familiale et orthogénie, santé mentale - <i>CD Pas de Calais</i> : personnes handicapées vieillissantes, aide aux aidants
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> › Convention avec la CPAM des Flandres pour des actions sur le syndrome d'alcoolisation fœtale › Convention avec les CPAM des Flandres et de la Côte d'Opale pour la promotion des dépistages des cancers 	<p><i>Champs d'intervention communs non spécifiés en entretien</i></p>

8.5 Liste des participants aux focus groups

Focus sur les travaux menés en faveur des parcours d'inclusion scolaire sur les territoires du Cambrésis et de Béthune-Bruay

Intervenants	Institution représentée	Fonction
M. Reinold MASURE	Education Nationale	Inspecteur ASH
M. Vincent LOGEON	Education Nationale	Inspecteur ASH
Mme Rosalia NOULIN	Collège Jacques Prévert de Caudry	Principale
Mme Nathalie LEBUGLE	Collège Lamartine de Cambrai	Principale
M. Olivier GOFFART	APAJH - IME Le Catteau SESSAD	Directeur
M. Christophe FERON	APEI Cambrai (IME et SESSAD)	Directeur pôle enfance
M. David RATAJ	Education Nationale	Inspecteur ASH
M. Eric DEVASSENNE	Association La Vie Active	DG La vie Active
M. Joel SANSEN	Education Nationale - Rectorat	Inspecteur ASH - Conseiller recteur
Mme Suzanne DERNONCOURT	ARS NPDCP	Chargée de mission PH
M. Maxime CHERADARE	ARS NPDCP	Elève Inspecteur
M. Sébastien NGUGEN	ARS NPDCP	Responsable pôle proximité Artois-Douais
Mme Charlotte CAMUS	ARS NPDCP	Chargée de projet sur l'inclusion scolaire
Mme Chantal SMAL	Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Pas-de-Calais	Enseignante chargée d'insertion scolaire

Focus : apports du dispositif de Coordination Territorial d'Appui (CTA) déployé dans le Valenciennois-Quercitain (expérimentation PAERPA)

Intervenants	Institution représentée	Fonction
Mme Dr Delphine DAMBRE	GCS DAT	
Mme Estelle BAROU	GCS DAT	
Mme Sophie GALOIS	GCS DAT	IDE Coordinatrice
Mme Fabienne IMBERT	GCS DAT	
Mme Estelle BERE BREDE	GCS DAT	
Mme Axelle PARENT	GCS MAIA	
Mme Ludivine PIRE	EMG CH Denain	
Mme Gwendoline PLOUCHART	CLIC Valenciennois	
Mme Valérie GOSELIN	EMINAD	
Mme Anna VAN DER KOUWE	ESPREAD	
Mme Sidonie CUVELIER	ESPREAD	
Mme Anita CARLIER	EHPAD Les Bouleaux Lourches	
Mme Maryline FENEZ	EMPG GCS	IDE
Mme Audrey WASSON	EMIOG Centre Hospitalier Valenciennes	Ergothérapeute
Mme Sophie GALOIS	Plateforme Gériatrique	IDE coordinatrice
Mme Florence TEMBREMANDE	CCAS Saint Saulve	
Mme Anne Sophie CIAPA	Réseau Reper'Âge	
Mme Nathalie TAALBA	Label Vie Services à domicile	
Mme LONGATE	Label Vie Services à domicile	
Mme Céline BUGNY	ARS	
Mme Sophie BECQUE	GCS	IDE Animatrice territoriale
Mme Marine CADET	SSIAD Denain	
Mme Christine DUREUIL	CLIC du DENAISIS et environs	
Mme Sidonie CUVELIER	ESPREAD Le Quesnoy	

Mme Justine MAREC	ESPREAD Le Quesnoy	
Mme Beatrice GINESTE	Plateforme Gériatrique GCS	
Mme Maryline FERREZ	EMPG	
Mme Valerie GOSELIN	EMINAD	
Mme Axelle PARENT	Pilote MAIA	
Mme Anne-Sophie CIAPA	Médecin Réseau Reper'âge	
Mme Delphine GAUDRY	IDEC réseau les Bouleaux Lourches	
Mme Nora TAALBA	Label Vie Services à domicile	
Mme Nathalie LAMBERT		
Mme Pascale LEURS	Plateforme gériatrique	
Mme Carrine DUPONT	ARS	

Professionnels libéraux interviewés (entretien téléphonique)

Interviewé(e)	Fonction	Territoire
Julie FAINE	Pharmacienne	DENAISIS
Suzanne ROBIQUET	IDE	QUERCITAIN
Nicolas LEBEGUE	Médecin généraliste	QUERCITAIN
Michel DUBOIS	Médecin généraliste	QUERCITAIN
Kevin CROMBEZ	Médecin généraliste	DENAISIS

Focus : effets du dispositif télé-AVC

Intervenants	Institution représentée	Fonction
M. F. MOUNIER-VEHIER	CH Lens	Neurologue
F. TAISNE	CH de Montreuil	Cadre de santé imagerie
Mme DELOBEL	Filière AVC Littoral	Animatrice
M. CORDONNIER,	CHRU Lille	Neurologue
M. LAURENT	CH Armentières / Valenciennes	Radiologue
M. WAROT	CH Dunkerque	Directeur adjoint
Mme LAMOURI	CH Hazebrouck	Cadre de santé urgences
Mme BOLLENGRIER	CH Armentières	Direction de la stratégie

Focus : Dispositifs nationaux et accompagnement régional autour du 1er recours

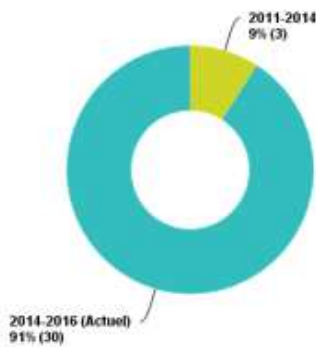
Intervenants	Fonction	Territoire
Dr Franck VANDERSTRAETEN	Médecin généraliste	THEROUANNE
Mme WILLART	IDE	THEROUANNE
Mme Lydie DENUNCQ	IDE	THEROUANNE
Dr Nicolas LE BOT	Médecin généraliste	THEROUANNE
Dr Jérémie PELTIER	Médecin généraliste	THEROUANNE
M. DEVOS	Masseur-kinésithérapeute	THEROUANNE
Dr VALENSKI	Médecin généraliste	DOUAI NORD
Mme SKIBINSKI	Correspondante installation, ARS Nord-Pas-de-Calais	
M. GERMAIN Sébastien	Directeur adjoint au cabinet du maire, Ville de Sin-le-Noble	DOUAI NORD
M. DERACHE Maxime	Masseur-kinésithérapeute	DOUAI NORD
M. DELANNOY José	Médecin généraliste	DOUAI NORD
M. POULAIN Jean-Pierre	Infirmier libéral	DOUAI NORD

8.6 Résultats de l'enquête en ligne

8.6.1 Questions portant sur la démocratie sanitaire

Sur quelle(s) période(s) avez-vous contribué aux instances de démocratie sanitaires régionales ?

Réponses obtenues : 33 Question ignorée : 49



Les répondants participent pour la grande majorité (91%) aux instances de démocratie sanitaire régionales sur la période 2014-2016

Au titre de quelle fonction avez-vous participé à ces instances ?

Réponses obtenues : 33 Question ignorée : 49



Près d'un tiers des répondants sont des représentants d'usagers

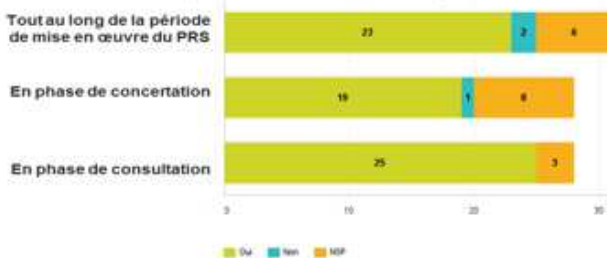
A quelle(s) commission(s) de la CRSA avez-vous plus particulièrement contribué ?

Réponses obtenues : 33 Question ignorée : 49



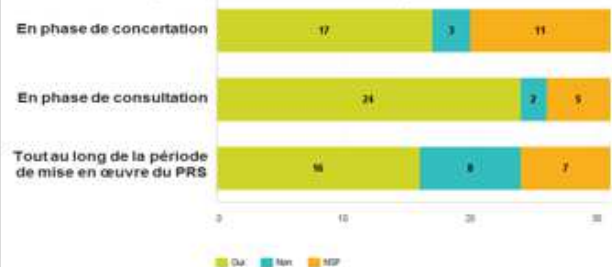
La commission à laquelle vous avez contribué a-t-elle été réunie lors des phases ci-après ?

Réponses obtenues : 31 Question ignorée : 51



La commission à laquelle vous avez contribué a-t-elle produit des avis ou propositions lors des phases ci-après ?

Réponses obtenues : 31 Question ignorée : 51

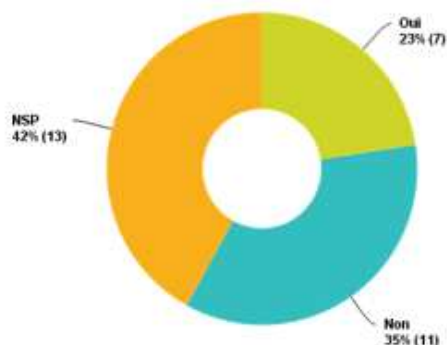


Profil des répondants

Principaux résultats

L'implication des Conférences de Territoire à la production d'avis et de propositions a-t-elle été satisfaisante ?

Réponses obtenues : 31 Question ignorée : 51



L'implication des Conférences de Territoire à la production d'avis et de propositions n'a pas été jugée satisfaisante par une majorité de répondants. A noter que 42% des répondants ne se sont pas exprimés.

Avez-vous contribué à d'autres instances de concertation ou débats publics organisés en complément des instances habituelles ?

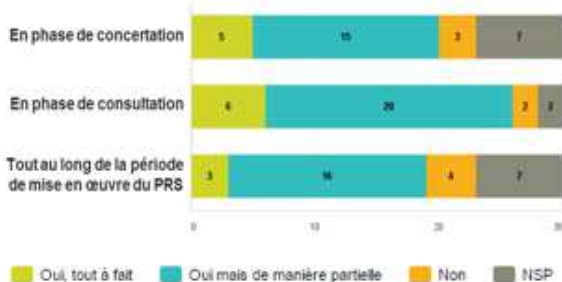
Réponses obtenues : 31 Question ignorée : 51



45% des répondants ont contribué à d'autres instances de concertation ou débats publics en plus d'une participation aux instances habituelles.

Considérez-vous que les avis et propositions de l'institution/structure que vous représentez ont été pris en compte dans le PRS ?

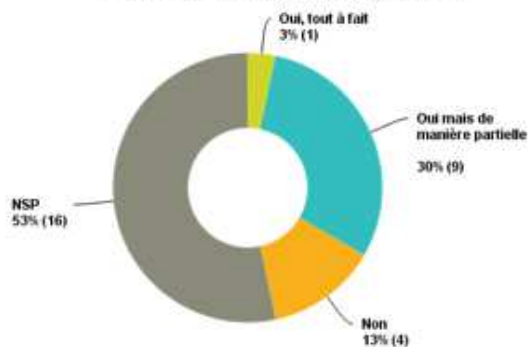
Réponses obtenues : 30 Question ignorée : 52



La grande majorité des répondants considère que les avis et propositions de l'institution qu'ils représentent ont été pris en compte dans le PRS, au moins de manière partielle.

Les attentes et propositions des Conférences de Territoire ont-elles été prises en compte dans le PRS ?

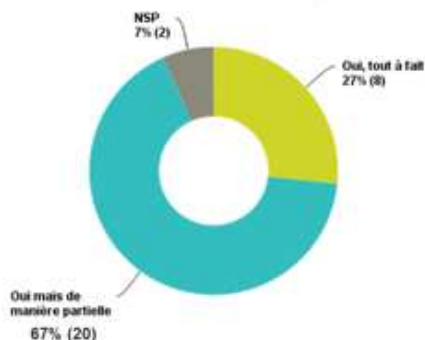
Réponses obtenues : 30 Question ignorée : 52



Les attentes et les propositions des Conférences de Territoire ont plutôt été prises en compte dans le PRS selon les répondants, au moins de manière partielle. Toutefois, plus de la moitié des répondants ne se sont pas exprimés sur cette question.

Considérez-vous que les avis et/ou propositions formulés par la commission à laquelle vous avez participé ont été pris en compte dans le PRS ?

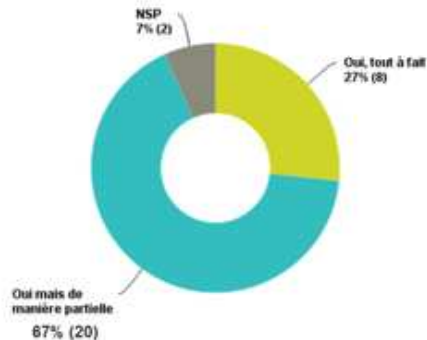
Réponses obtenues : 30 Question ignorée : 52



La grande majorité des répondants estiment que les avis et/ou propositions formulés par la commission à laquelle ils ont participé ont été pris en compte au moins de manière partielle dans le PRS.

De manière plus globale, considérez-vous que les avis et/ou propositions formulés par la CRSA ont été pris en compte dans le PRS ?

Réponses obtenues : 30 Question ignorée : 52



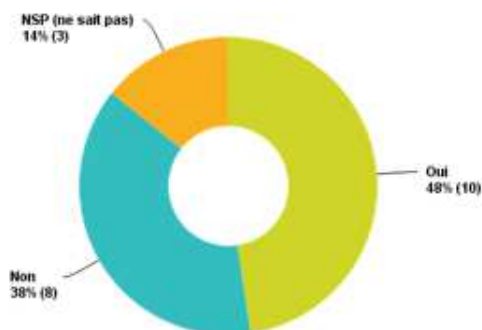
La grande majorité des répondants estiment que les avis et/ou propositions formulés par la CRSA ont été pris en compte au moins de manière partielle dans le PRS.

8.6.1 Questions portant sur la méthodologie d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre du PRS

Principaux résultats : méthode d'élaboration du PRS

Le calendrier d'élaboration du PRS vous a-t-il semblé pertinent ?

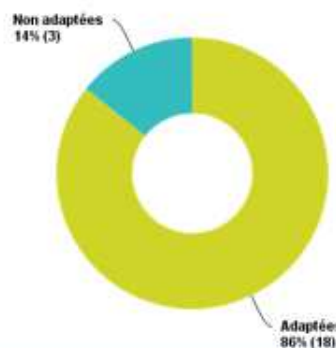
Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



Près de la moitié des répondants ayant participé à l'élaboration du PRS ont trouvé le calendrier adapté.

Comment évaluez-vous les modalités de pilotage et d'organisation projet mises en place pour l'élaboration du PRS ?

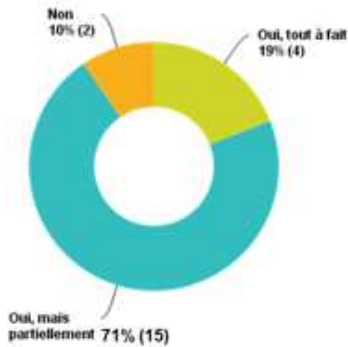
Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



Une majorité des répondants ont trouvé les modalités de pilotage et d'organisation projet mises en place adaptées pour l'élaboration du PRS.

La méthode déployée a-t-elle suffisamment intégré la dimension territoriale ?

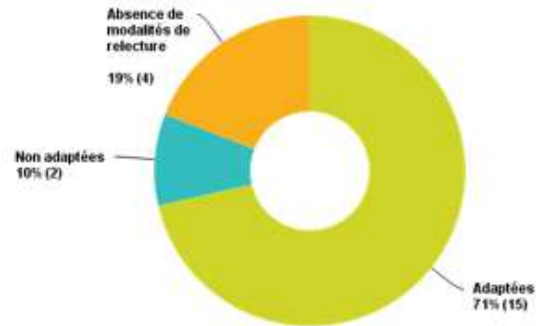
Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



L'élaboration du PRS a partiellement intégré la dimension territoriale pour une majorité des répondants

Comment évaluez-vous les modalités de relecture mises en place ?

Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



Les répondants considèrent que les modalités de relecture mises en place ont été adaptées

Comment évaluez-vous la qualité du livrable obtenu au regard des critères suivants ?

Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61

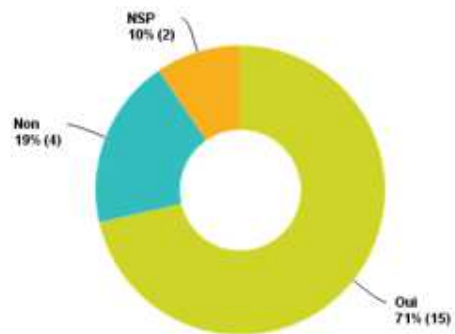


Le PRS est considéré globalement satisfaisant sur le diagnostic établi et les objectifs fixés.

Les répondants indiquent des axes d'amélioration sur la cohérence entre les objectifs fixés et les actions prévues et la cohérence entre les différents schémas et programmes, l'opérationnalité des actions prévues.

Estimez-vous que le diagnostic élaboré sur votre thématique a permis de bien prioriser les objectifs et actions à mener ?

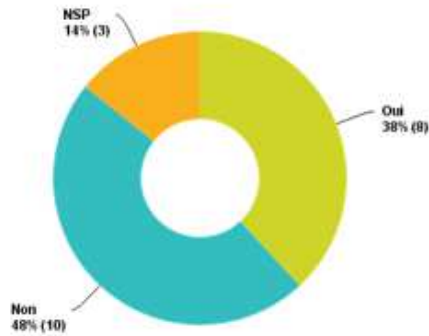
Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



Une majorité de répondants estime que le diagnostic a permis de bien prioriser les objectifs et actions à mener

Considérez-vous que les objectifs et actions prévus **sur votre thématique** sont suffisamment opérationnels ?

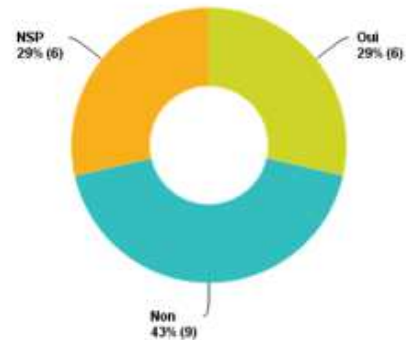
Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61



Près de la moitié des répondants estiment que les objectifs et actions fixés dans le PRS sont insuffisamment opérationnels

Les objectifs et actions planifiés **sur votre thématique** ont-elles fait l'objet d'un suivi via des indicateurs ?

Réponses obtenues : 21 Question ignorée : 61

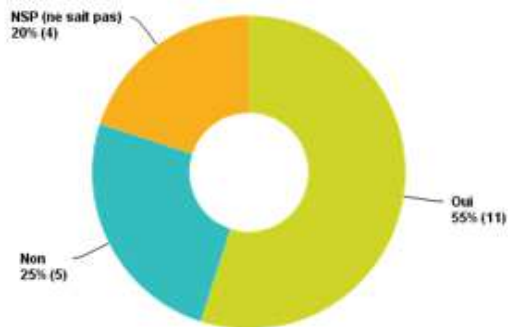


Seulement un tiers des répondants ont eu connaissance d'un suivi via des indicateurs des objectifs et actions pris dans le cadre du PRS

Principaux résultats : méthode de mise en œuvre du PRS

Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre des actions du PRS ?

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Plus de la moitié des répondants déclarent avoir rencontré des difficultés dans la mise en œuvre des actions du PRS

Si oui, quelles ont été ces difficultés ?

Réponses obtenues : 12 Question ignorée : 70



Pour la majorité, une difficulté de déclinaison opérationnelle du programme est signalée. Ensuite, un tiers des répondants déclarent avoir constaté des difficultés dans la mobilisation des acteurs et l'appropriation du programme par ces mêmes acteurs. Ils regrettent le manque de coordination interne et externe dans la mise en œuvre du PRS.

Pour les autres difficultés pointées dans les commentaires, 3 répondants ont regretté le manque de moyens alloués

Quels types d'outils ou principes permettraient selon vous d'améliorer la mise en œuvre du futur PRS ?

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Les répondants citent en priorité l'amélioration de l'animation dans la mise en œuvre des schémas et programmes et le développement d'outils de connaissance partagée

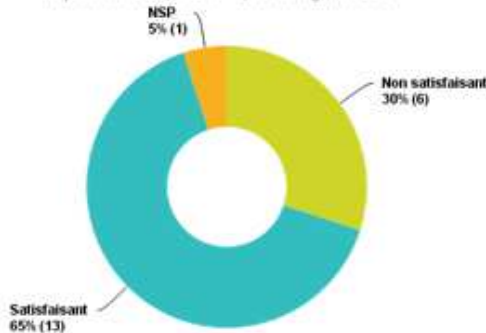
Précisez une ou deux bonnes pratiques qui seraient à promouvoir :

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Comment qualifiez-vous le niveau d'appropriation du PRS (et de ses différentes composantes) par les acteurs directement concernés par sa mise en œuvre ?

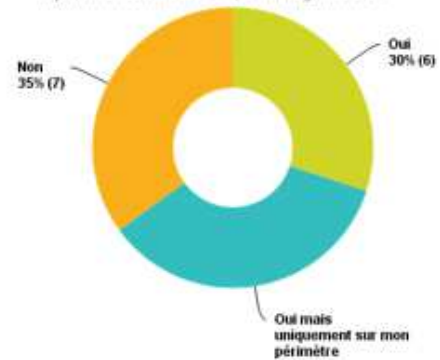
Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Deux tiers des répondants estiment que les acteurs concernés par sa mise en œuvre se sont bien appropriés le PRS.

Avez-vous reçu des informations régulières concernant le suivi des actions du PRS ?

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62

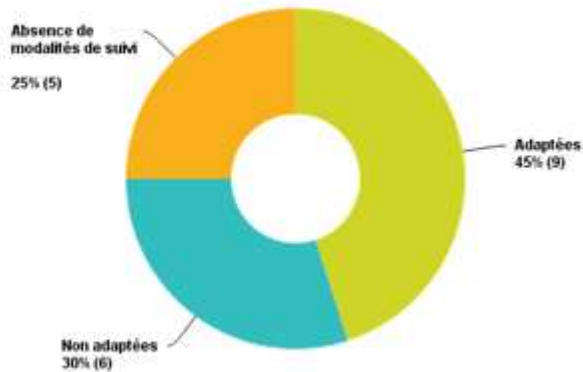


Deux tiers des répondants déclarent avoir reçu des informations régulières concernant la mise en œuvre du PRS, dont un tiers uniquement sur leur périmètre

Principaux résultats : méthode de suivi du PRS

Comment évaluez-vous les modalités de suivi de la mise en œuvre du PRS ?

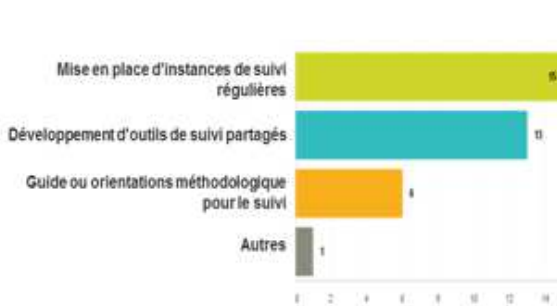
Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Près de la moitié des répondants considèrent adaptées les modalités de suivi de la mise en œuvre du PRS. Le reste des répondants les considèrent soit inadaptées, soit inexistantes.

Quels types d'outils ou principes permettraient selon vous d'améliorer le suivi et l'évaluation du futur PRS ?

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62



Les répondants sont demandeurs de la mise en place d'instances de suivi régulières, du développement d'outils de suivi partagés et dans une moindre mesure d'un guide méthodologique pour le suivi

Sélection de commentaires

« Tous les groupes de suivi ont été supprimés en 2014 »

Précisez une ou deux bonnes pratiques qui seraient à promouvoir en termes de suivi et d'évaluation du PRS :

Réponses obtenues : 20 Question ignorée : 62

Mise en place d'instances de suivi régulières 5

« Désigner un binôme ARS-CRSA pour animer le suivi de chaque programme »
 « Groupes par territoire / par thématique »
 « Rencontres régulières entre opérateurs porteurs de la même action »
 Meilleure coordination des groupes de travail ; Feuille de route pour les groupes de travail
 Point régulier de l'avancement et des financements engagés
 Concertation réelle et régulière

Développement d'outils de suivi partagés 11

« Outils d'évaluation partagés »
 « Développement des outils avec les acteurs »
 « Diffusion du guide de suivi avec accès internet pour recueillir les témoignages des acteurs de la santé et du médico-social »
 « Outils de suivi partagés et présentation annuelle en CRSA »

8.7 Principaux documents analysés

En plus des sources citées dans ce document, les documents suivants ont été analysés dans le cadre de cette évaluation (liste non exhaustive) :

Documents de programmation
Plan stratégique régional de sante
Schéma d'organisation médico-sociale 2012-2016
Schéma régional d'organisation des soins 2012 - 2016
Schéma régional de prévention 2012 - 2016
Plan régional sante environnement 2011 - 2014
Schéma interrégional d'organisation des soins (sois) pour l'interrégional nord-ouest (2015-2019)
L'atlas régional et territorial de sante du Nord-Pas-de-Calais 2011

Document de définition des territoires de sante
Programme veille alerte et gestion des urgences sanitaires (vaguant)
Programme régional d'éducation pour la sante 2012-2016
Programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018
Programme régional cancers 2011-2015
Programme régional de santé mentale 2012 - 2016
Bilan des contrats locaux de sante
Programme 2011 - 2016 système d'information – télémédecine - télésanté
Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie du nord / pas de calais 2015 - 2018
Programme de sante des personnes détenues
Programme parcours 2015-2020
Programme pluriannuel régional de gestion du risque
Programme démographie des professions de sante
Programme d'actions sur les parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques DIABEVI 2013-2017
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les populations en situation de précarité
Programme d'actions sur les parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques : BPCO 2012 - 2016
Plan d'actions régional autisme nord pas de calais 2014-2017
Mise en œuvre du pacte territoire-sante dans la région Nord-Pas-de-Calais
Convention ARS/éducation nationale du 4 avril 2013
Principaux documents de bilan/suivi de la mise en oeuvre
PPT suivi programme détenus (sept 2014)
PPT suivi priac actualisation 2014
PPT suivi plan régional autisme, 2015
PPT travaux télémédecine mai 2015
PPT point d'étape plan régional cancers nov. 2014
PPT comité près parcourt novembre 2015
PPT comité près TéléAVC nov. 2015
PPT comité près méthode parcourt cardio nov. 2015
PPT point d'étape plan régional santé mentale oct. 2014
PPT suivi DIABEVI, 2015
PPT bilan veille, alertes et gestion des urgences sanitaires du programme régional de sante 2010-2015
Rapport sur la politique de sante 2012-2014, juin 2015
Bilan intermédiaire SROS volets médicaux, juin 2016
Bilan intermédiaire SROMS, novembre 2015
Bilan intermédiaire SROS, juin 2015
Bilan intermédiaire SRP, septembre 2015
Rapport d'activité ARS Nord-Pas-de-Calais 2015
Bilans d'activité CRSA 2010-2014 (1 ^{er} mandat) et 2014-2016 (2 ^{ème} mandat)