

## **Evaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur**



### **Rapport final**

**Septembre 2015**



#### **Avertissement**

Le présent document constitue le rapport final de l'évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, réalisée de septembre 2014 à juillet 2015.

Son contenu relève de la seule responsabilité des consultants de *Planète Publique* et ne saurait engager l'Agence Régionale de Santé PACA

#### **Auteurs du rapport**

- François Mouterde, Directeur associé
- Justine Bettinger, consultante confirmée
- Léon-Paul Schwab, consultant confirmé



## Sommaire

|          |                                                                                                                                                                                      |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>LE PROJET REGIONAL DE SANTE.....</b>                                                                                                                                              | <b>9</b>  |
| 1.1      | UN PROJET ELABORE DANS UN CADRE CONCERTÉ .....                                                                                                                                       | 9         |
| 1.2      | LE PROJET REGIONAL DE SANTE EN RESUME .....                                                                                                                                          | 9         |
| <b>2</b> | <b>LA DEMARCHE D'EVALUATION DU PRS .....</b>                                                                                                                                         | <b>12</b> |
| 2.1      | OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....                                                                                                                                                       | 12        |
| 2.2      | METHODOLOGIE DE L'EVALUATION INTERMEDIAIRE .....                                                                                                                                     | 12        |
| 2.2.1    | <i>Pilotage de l'évaluation .....</i>                                                                                                                                                | <i>12</i> |
| 2.2.2    | <i>Une méthode participative.....</i>                                                                                                                                                | <i>13</i> |
| 2.2.3    | <i>Déroulement général .....</i>                                                                                                                                                     | <i>13</i> |
| 2.3      | THEMES ET QUESTIONS EVALUATIVES.....                                                                                                                                                 | 14        |
| <b>3</b> | <b>THEME 1 : EXPRESSION ET RESPECT DES DROITS DES USAGERS .....</b>                                                                                                                  | <b>17</b> |
| 3.1      | STRATEGIE : UNE PRISE EN COMPTE MARQUEE DANS LE PRS, AXEE SUR UNE APPROCHE D'INGENIERIE<br>17                                                                                        |           |
| 3.1.1    | <i>Une mise en avant unique du droit des usagers dans le PRS .....</i>                                                                                                               | <i>17</i> |
| 3.1.2    | <i>Une approche globale visant à muscler l'ingénierie au service des droits des usagers .....</i>                                                                                    | <i>17</i> |
| 3.2      | BILAN : UNE CHAINE DE DISPOSITIONS VISANT A GARANTIR ET AMELIORER L'EFFECTIVITE DU DROIT<br>DES USAGERS EN PLACE, DONT LE FONCTIONNEMENT S'AMELIORE.....                             | 18        |
| 3.2.1    | <i>Un niveau de réalisation du plan d'actions non négligeable, compte tenu de ressources humaines<br/>en diminution, le tout dans le cadre d'un dialogue réel avec la CRSA .....</i> | <i>18</i> |
| 3.2.2    | <i>Des acteurs en place et des supports existant pour la plupart.....</i>                                                                                                            | <i>19</i> |
|          | ▪ <i>Des dispositifs en mesure de fonctionner .....</i>                                                                                                                              | <i>20</i> |
|          | ▪ <i>Des résultats obtenus .....</i>                                                                                                                                                 | <i>21</i> |
| 3.3      | EVALUATION : UNE EVOLUTION POSITIVE, QUE LE PRS A ACCOMPAGNEE PLUS QUE PROVOQUEE ..21                                                                                                |           |
| 3.3.1    | <i>Les améliorations en matière d'information, d'exercice et de garantie des droits des usagers sont<br/>visibles et reconnues .....</i>                                             | <i>21</i> |
| 3.3.2    | <i>Ces améliorations restent cependant inégales et insuffisantes .....</i>                                                                                                           | <i>23</i> |
| 3.3.3    | <i>Le PRS a accompagné plus que provoqué l'évolution du droit des usagers.....</i>                                                                                                   | <i>23</i> |
| 3.3.4    | <i>Synthèse : expression et respect des droits des usagers .....</i>                                                                                                                 | <i>25</i> |

|          |                                                                                                                                          |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4</b> | <b>THEME 2 : TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE .....</b>                                                                       | <b>27</b> |
| 4.1      | STRATEGIE : UNE VOLONTE DE DECLINER LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE A TRAVERS PLUSIEURS ECHELONS.....                                    | 27        |
| 4.1.1    | <i>Une stratégie d'ancrage territorial de la politique régionale à travers trois principaux échelons ..</i>                              | 27        |
| 4.1.2    | <i>Une déclinaison s'appuyant sur différentes modalités d'animation et de concertation territoriale</i>                                  | 28        |
| 4.1.3    | <i>Des outils réglementaires visant à concrétiser la déclinaison territoriale du PRS .....</i>                                           | 29        |
| 4.2      | BILAN : LA DECLINAISON TERRITORIALE DE LA POLITIQUE REGIONALE A ETE ENGAGEE .....                                                        | 29        |
| 4.2.1    | <i>Une déclinaison territoriale du PRS via les outils réglementaires qui a été entamée .....</i>                                         | 29        |
| 4.2.2    | <i>Un ciblage de territoires prioritaires à travers les appels à projets.....</i>                                                        | 30        |
| 4.2.3    | <i>Les Coordinations Territoriales d'Appui : un outil de coordination territoriale en cours d'expérimentation.....</i>                   | 31        |
| 4.3      | EVALUATION : UN EFFORT DE CARACTERISATION ET DE PROGRAMMATION, DONT LA DECLINAISON OPERATIONNELLE ET L'ANIMATION RESTENT A PRECISER..... | 31        |
| 4.3.1    | <i>De nombreux diagnostics, à harmoniser et à rendre opérationnels .....</i>                                                             | 31        |
| 4.3.1    | <i>Des outils réglementaires de déclinaison territoriale encore récents et peu appropriés .....</i>                                      | 32        |
| 4.3.2    | <i>Une déclinaison et une animation territoriale dont certains points nécessitent d'être précisés .....</i>                              | 33        |
| 4.3.3    | <i>Synthèse : territorialisation de la politique de santé .....</i>                                                                      | 34        |
| <b>5</b> | <b>THEME 3 : TRANSVERSALITÉ ET COORDINATION DES POLITIQUES DE SANTE ....</b>                                                             | <b>35</b> |
| 5.1      | STRATEGIE : UNE NOTION BIEN PRESENTE DANS LE PRS, MAIS DONT LA DECLINAISON OPERATIONNELLE RESTE LIMITEE .....                            | 35        |
| 5.1.1    | <i>Une structure même du PRS – imposée par la réglementation - qui ne favorise pas la transversalité .....</i>                           | 35        |
| 5.1.2    | <i>Un PSRS qui met fortement l'accent sur cet enjeu .....</i>                                                                            | 35        |
| 5.1.3    | <i>Une déclinaison variable de ces principes d'action dans les schémas sectoriels .....</i>                                              | 36        |
| 5.2      | BILAN : DES ACTIONS PRINCIPALEMENT CENTREES AUTOUR DE DEMARCHES DE COORDINATION DES ACTEURS.....                                         | 37        |
| 5.2.1    | <i>L'appui au développement de l'exercice clinique coordonné.....</i>                                                                    | 37        |
| 5.2.2    | <i>Le déploiement des dispositifs de coordination .....</i>                                                                              | 38        |
| 5.3      | EVALUATION : DES PROGRES NOTABLES SUR LE TERRAIN, MAIS UNE TRANSVERSALITE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL QUI RESTE A FAIRE VIVRE .....         | 40        |
| 5.3.1    | <i>Une dynamique de coopération qui se met en place entre les acteurs sur le terrain.....</i>                                            | 40        |
| 5.3.2    | <i>Au niveau institutionnel, des rigidités encore fortes entre les secteurs.....</i>                                                     | 43        |

|          |                                                                                                                                                        |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.3.3    | <i>Synthèse : transversalité et coordination des acteurs .....</i>                                                                                     | 45        |
| <b>6</b> | <b>THEME 4 : REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE.....</b>                                                                                                | <b>46</b> |
| 6.1      | STRATEGIE : UN OBJECTIF FORTEMENT AFFIRME DANS LA STRATEGIE REGIONALE EN PACA.....                                                                     | 46        |
| 6.1.1    | <i>La réduction des inégalités de santé : un objectif de santé publique fixé à l'ensemble des Agences régionales de santé.....</i>                     | 46        |
| 6.1.2    | <i>Un « fil rouge » mis en exergue dès l'état des lieux de l'état de santé réalisé par l'Observatoire régional de la santé .....</i>                   | 46        |
| 6.1.3    | <i>Un objectif central de la stratégie régionale de santé en Paca, décliné dans l'ensemble des schémas et programmes du PRS.....</i>                   | 47        |
| 6.2      | BILAN : DE NOMBREUSES ACTIONS ET APPROCHES DEPLOYEES POUR REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE.....                                                         | 48        |
| 6.2.1    | <i>Un travail de caractérisation des territoires et des publics, pour mieux cibler les interventions ...</i>                                           | 48        |
| 6.2.2    | <i>Un soutien à différents type d'actions visant à réduire les inégalités, selon différentes modalités.</i>                                            | 49        |
| 6.2.3    | <i>Plusieurs leviers actionnés pour renforcer l'accès à la santé .....</i>                                                                             | 50        |
| 6.3      | EVALUATION : UNE DYNAMIQUE RENFORCEE AUTOUR DE LA PROBLEMATIQUE DES INEGALITES, MAIS DONT LA LISIBILITE ET LA COORDINATION RESTENT A APPROFONDIR ..... | 52        |
| 6.3.1    | <i>Une dynamique renforcée par le PRS autour des inégalités de santé.....</i>                                                                          | 52        |
| 6.3.2    | <i>Un manque de lisibilité des actions mises en œuvre.....</i>                                                                                         | 52        |
| 6.3.3    | <i>Un levier de l'intersectorialité encore insuffisamment déployé .....</i>                                                                            | 53        |
| 6.3.4    | <i>Des impacts difficilement mesurables à court terme, et des questionnements méthodologiques persistants .....</i>                                    | 54        |
| 6.3.5    | <i>Synthèse : réduction des inégalités de santé.....</i>                                                                                               | 55        |
|          | <b>ANNEXE 1 : REFERENTIEL D'EVALUATION.....</b>                                                                                                        | <b>58</b> |
|          | <b>ANNEXE 2 : LISTE DES ENTRETIENS REALISES .....</b>                                                                                                  | <b>64</b> |
|          | ENTRETIENS DE CADRAGE .....                                                                                                                            | 64        |
|          | ENTRETIENS APPROFONDIS .....                                                                                                                           | 65        |
|          | <b>ANNEXE 3 : COMPTE RENDU DU 1<sup>ER</sup> FORUM D'EVALUATION (22 JANVIER 2015) .....</b>                                                            | <b>68</b> |
|          | <b>ANNEXE 4 : COMPTE-RENDU DU 2<sup>E</sup> FORUM D'EVALUATION (15 JUIN 2015) .....</b>                                                                | <b>76</b> |
| ○        | <b>DROITS DES USAGERS .....</b>                                                                                                                        | <b>78</b> |

|   |                                                           |           |
|---|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ○ | <b>TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE .....</b>  | <b>79</b> |
| ○ | <b>COORDINATION DES ACTEURS ET PARCOURS DE SANTE.....</b> | <b>82</b> |
| ○ | <b>INEGALITES DE SANTE.....</b>                           | <b>83</b> |
| ○ | <b>DROITS DES USAGERS .....</b>                           | <b>85</b> |
| ○ | <b>TERRITORIALISATION .....</b>                           | <b>86</b> |
| ○ | <b>COORDINATION – PARCOURS DE SANTE .....</b>             | <b>86</b> |
| ○ | <b>INEGALITES DE SANTE.....</b>                           | <b>87</b> |



# 1 Le Projet Régional de Santé

## 1.1 Un projet élaboré dans un cadre concerté

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) est un document stratégique définissant la politique de santé en région, pour tous les acteurs de la santé.

Il s'inscrit au niveau législatif dans le cadre de l'article L.1434-1 du Code de la santé publique, qui prévoit que :

*le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.*

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de PACA s'est attachée à développer ce projet dans un cadre concerté, en s'appuyant sur les instances de la démocratie sanitaire (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, conférences de territoire, Conseil de surveillance, commissions de coordination des politiques publiques).

Ainsi, un travail important de consultation, fondé sur un diagnostic partagé sur l'état et de l'offre de santé, a abouti en janvier 2012 à un document définitif.

Cet effort de concertation s'est ensuite poursuivi lors de l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé dans les 6 départements de la région, où les Conférences de Territoires ont été directement associées à la rédaction de ces documents programmatiques.

## 1.2 Le Projet régional de santé en résumé

Le PRS constitue un ensemble de programmes et schémas qui organisent l'activité des acteurs intervenants dans le domaine de la santé sur le territoire de la Région PACA. Il comporte trois composantes principales :

- Une **composante stratégique**, à travers le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), qui fixe les priorités régionales pour 2012-2016 en matière de santé et doit orienter les schémas et programmes mis en œuvre. Il définit 6 domaines considérés comme stratégiques : les inégalités de santé, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, les risques sanitaires, la périnatalité et la petite enfance, les maladies chroniques, la santé mentale et l'addiction.

Au sein de ces domaines stratégiques, les objectifs généraux sont communs :

1. Améliorer la connaissance pour mieux cibler les actions
2. Réduire les inégalités territoriales de santé
3. Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie
4. Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes
5. Améliorer la qualité de l'offre de santé

La mise en œuvre de ces actions est guidée par les principes d'action suivant :

- l'accessibilité du système de santé ;
- l'approche globale de la santé
- la mise en synergie des acteurs
- la promotion de l'innovation
- l'efficience du système de santé

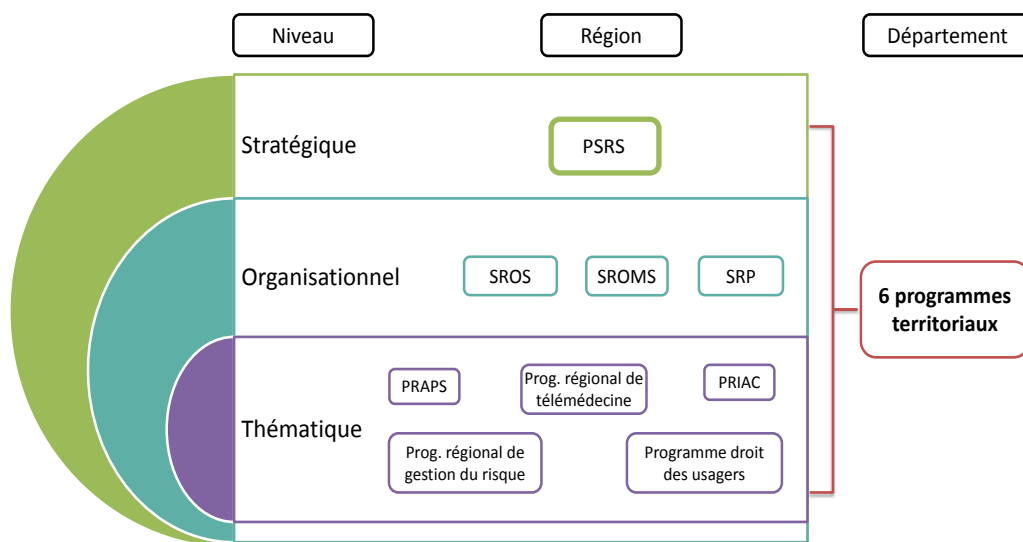
Il ne s'agit pas là d'objectifs supplémentaires mais bien de cadres méthodologiques, d'exigences que se donnent les acteurs, et qui conditionnent la réussite de la démarche.

- Une **composante organisationnelle**, qui prend corps à travers les trois schémas sectoriels, qui détaillent les différents niveaux de l'organisation de l'offre de santé :
  - Offre de prévention et de promotion de la santé, à travers le Schéma Régional de Prévention (SRP)
  - Offre de soins, à travers le Schéma Régional de l'organisation de soins (SROS)
  - Offre médico-sociale, à travers le Schéma Régional d'organisation médico-sociale (SROMS)
- Une **composante thématique**, à travers **cinq programmes spécifiques** :
  - le programme régional de gestion du risque ;
  - le programme régional de télémédecine ;
  - le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes précaires (PRAPS) ;
  - le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
  - le programme régional d'action en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers, et de la qualité de la prise en charge.
- Une **composante territoriale**, à travers :
  - **six programmes territoriaux de santé (PTS)**, qui déclinent et mettent en œuvre le PRS au niveau de chaque territoire de santé, correspondant à l'échelle départementale ;

En outre, la signature de **contrats** entre l'ARS et les acteurs de santé tels les établissements et les associations (exemple des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**) et entre l'ARS et les collectivités locales (exemple des **contrats locaux de santé**), lui permet de définir les axes stratégiques et des programmes d'action avec ses partenaires ;

Le schéma ci-après représente l'organisation du PRS selon les différents niveaux explicités ci-avant.

Figure 1 : Architecture du PRS



## 2 La démarche d'évaluation du PRS

### 2.1 Objectifs de l'évaluation

Après trois ans de mise en œuvre, l'Agence Régionale de Santé a lancé, à l'automne 2014, l'évaluation du Projet régional de santé 2012-2016. Cette démarche d'évaluation du PRS devait permettre de répondre à trois enjeux forts. Il s'agissait ainsi à la fois :

- **d'une démarche d'aide à la décision** : les évaluations intermédiaires et finales devaient permettre d'identifier – au niveau stratégique – les grands enjeux en vue de la préparation du PRS 2, et au niveau opérationnel, les mesures nécessitant des ajustements ;
- **d'un effort pour rendre compte** des actions entreprises, auprès des acteurs de la santé notamment ; cet effort s'inscrit dans le prolongement du développement de la démocratie sanitaire sur le territoire ;
- **d'une démarche de mobilisation des acteurs**, afin de recréer une dynamique territoriale en vue de l'élaboration du PRS2.

Le travail évaluatif comporte plusieurs niveaux d'analyse :

- il s'agit d'abord d'examiner **la stratégie** déployée, traduite dans les différents documents du PRS lui-même ; l'examen porte sur la déclinaison des grands objectifs de la politique de santé et sur l'articulation entre les différents documents programmatiques du PRS pour l'atteinte de objectifs ;
- un travail de **bilan** (réalisations) permet ensuite d'estimer la mise en œuvre des actions prévues ; il s'agit, en complément d'un « simple » bilan de la mise en œuvre qui pourrait être réalisé dans le cadre du suivi, d'identifier les freins et les leviers à la mise en œuvre des actions pour comprendre les éventuels retards constatés ;
- l'évaluation comprend également une analyse de **l'efficacité** des actions (résultats et impacts) : en cherchant à estimer l'atteinte des objectifs et à comprendre les éventuels écarts avec l'existant ; le faible recul temporel ne permet pas d'aller jusqu'à une mesure des impacts sanitaires liés aux actions ; l'enjeu à ce stade est plutôt de capitaliser sur les expériences réussies, de comprendre les éventuelles difficultés rencontrées et d'analyser les enjeux à prendre en compte dans la prochaine programmation.

### 2.2 Méthodologie de l'évaluation intermédiaire

#### 2.2.1 Pilotage de l'évaluation

Le PRS a prévu la mise en place d'un **comité d'évaluation**, composé à parité de membres de la CRSA et de représentants de l'ARS Paca. Ce comité de pilotage s'est réuni en juin 2015, pour donner un avis sur les premiers résultats et les futures recommandations

Plus au quotidien, le cabinet *Planète Publique* a travaillé en partenariat étroit avec le Département Etudes et Projets de la Direction déléguée Politique régionale de santé qui pilote ces travaux. Une **équipe projet**, composée de membres des différentes directions métier et délégations territoriales de l'ARS, mais aussi d'un représentant de la CRSA, s'est également réunie pour donner les grandes

lignes directrices guidant le travail d'évaluation, accompagner la collecte d'information et l'organisation des forums, et valider les livrables.

### 2.2.2 Une méthode participative

Conformément à la philosophie qui avait présidé à l'élaboration du PRS, l'évaluation s'est fondée sur une approche **participative**, visant une association large des acteurs de la santé.

Ainsi, outre le travail d'analyse des données et des documents mené « en chambre », l'évaluation s'appuie une série **d'entretiens** auprès des partenaires institutionnels de l'ARS, ainsi que des acteurs « de terrain » : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, associations d'usagers, médecins, animateurs de réseaux, municipalités, associations de prévention...

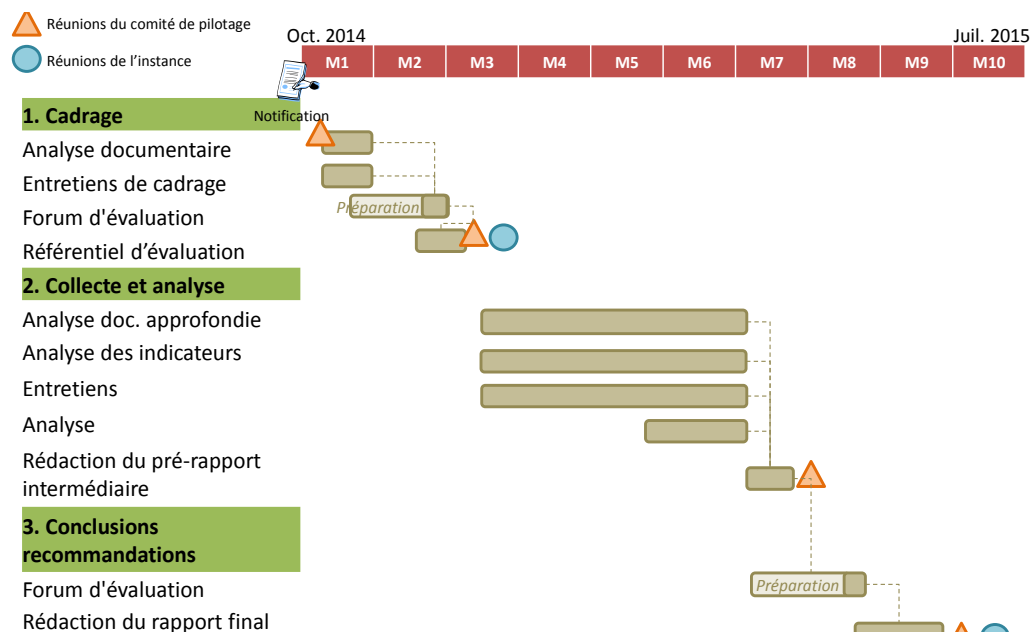
En outre, la démarche a été ponctuée par deux **Forums d'évaluation participatifs**. L'objectif était d'associer directement les acteurs de la santé (ceux représentés au sein de la CRSA et des Conférences Territoriales) à la production de l'évaluation.

Le premier Forum qui s'est tenu le 22 janvier 2015 a permis de recueillir les attentes des acteurs quant à l'évaluation, et de construire avec eux la collecte d'informations (*cf. compte-rendu en annexe 3*).

Le second Forum s'est tenu le 15 juin 2015. Il a permis de présenter et discuter les premières analyses de l'évaluation (*cf. compte-rendu en annexe 4*).

### 2.2.3 Déroulement général

L'évaluation intermédiaire a été conduite en 3 phases successives, représentées dans le schéma général suivant.



#### ▪ Phase de cadrage

Cette première phase avait pour but de préciser les enjeux et les attentes par rapport à l'évaluation. Il s'agissait ainsi de préciser et décliner le questionnement évaluatif.

Ce travail de cadrage s'est appuyée sur :

- une première analyse documentaire des différents documents du PRS ;
- une série de 20 entretiens de cadrage menés auprès de la direction générale, des différentes directions métier, et des délégations territoriales de l'ARS, ainsi qu'auprès de représentants de la CRSA.

Ce travail s'est conclu par le premier **forum d'évaluation**, visant à associer les acteurs de la santé à la définition même du questionnement et à l'identification des enjeux. Un échantillon représentatif des représentants des six conférences de territoire (CT) ainsi que les représentants de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) ont été invités à participer à cette journée. Au total, le forum a rassemblé **52 participants**.

Ces 3 démarches ont permis de resserrer le questionnement, et de le formaliser à travers un référentiel d'évaluation (présenté en annexe 1).

#### ▪ Phase de collecte

Le travail de collecte visait à rassembler le matériau permettant de répondre aux questions d'évaluation. Il s'est appuyé sur :

- une **analyse documentaire approfondie**, portant notamment sur les dispositifs et actions mises en œuvre (règlements d'intervention des appels à projets, documents de bilan existant sur les dispositifs...).
- une **analyse des indicateurs** renseignés dans l'outil SEVALPRO ;
- **45 entretiens de terrain** menés auprès d'un large panel d'acteurs de la santé en région. L'objectif était d'entendre pour chacun des thèmes : les acteurs institutionnels régionaux, une sélection d'opérateurs des territoires, ainsi qu'une sélection de structures directement bénéficiaires de démarches initiées par l'ARS (appels à projets notamment). La sélection des acteurs interrogés visait à garantir une certaine représentation des 6 départements. La liste complète des personnes entendues est présentée en annexe 2.

#### ▪ Phase d'analyse et de conclusion

La troisième phase visait à solidifier et valider les premières analyses issues de la phase de collecte, en vue de la production du rapport intermédiaire.

Le 2<sup>e</sup> **forum d'évaluation** a ainsi permis d'enrichir ces analyses, en y apportant des nuances, des compléments et des illustrations. 43 participants ont assisté à ce Forum. L'animation de ce forum s'est notamment appuyée sur l'utilisation du vote électronique, dans le but d'obtenir des tendances quant à l'avis des acteurs sur les analyses présentées par les évaluateurs.

Un **échange avec l'équipe projet** a abouti à la formulation de réponses définitives aux questions d'évaluations, formalisées dans le présent rapport.

## 2.3 Thèmes et questions évaluatives

Le cahier des charges posait une liste d'une vingtaine de questions évaluatives, formulées par l'équipe projet (en partenariat avec la CRSA). Dans un souci de lisibilité, ces questions ont été regroupées en 8 grands thèmes.

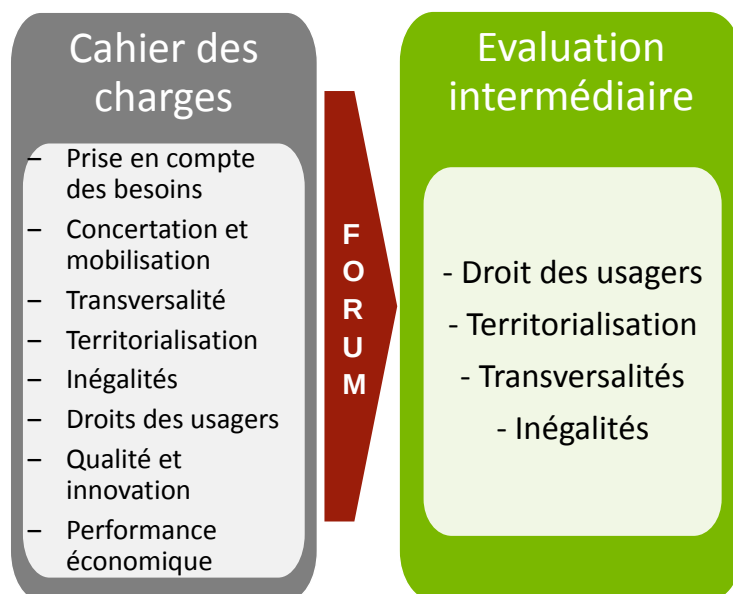
- Prise en compte des besoins de santé et pertinence des actions mises en œuvre
- Concertation et mobilisation des acteurs
- Transversalité et coordination des politiques de santé
- Territorialisation de la politique de santé

- Réduction des inégalités de sante
- Expression et respect des droits des usagers
- Qualité et innovation du système de santé
- Performance économique du système de santé

Il n'apparaissait pas réaliste d'aborder l'ensemble de ces questions de manière approfondie, et une hiérarchisation en fonction de l'intérêt stratégique de ces thèmes était nécessaire.

Le 1<sup>er</sup> Forum d'évaluation a ainsi permis de discuter avec les acteurs des sujets leur paraissant les plus centraux. Un échange avec l'équipe projet autour des résultats de ce forum ont permis de procéder à la sélection de **4 thèmes sur les 8 initiaux pour orienter l'évaluation**. Ces thèmes sont les suivants :

- Expression et respect des droits des usagers
- Territorialisation de la politique de santé
- Transversalité et coordination des politiques de santé
- Réduction des inégalités de santé



Ces quatre thèmes ont structuré les travaux de l'évaluation intermédiaire, de même que le présent rapport. Les réponses aux questions évaluatives sont ainsi présentées pour chacun de ces thèmes dans les sections qui suivent.

La rédaction est structurée de manière homogène pour chaque thème :

- 1- stratégie : modalités de prise en compte du thème dans le PRS
- 2- bilan : réalisations relatives au thème<sup>1</sup>
- 3- évaluation : prise de position sur le thème

A la fin de chaque thème, une synthèse récapitule les principales conclusions et propose des orientations générales.

<sup>1</sup> Plusieurs éléments de description de ces réalisations sont repris de travaux effectués par le Département Etudes et Projets de l'ARS PACA

Il est à noter que certains points d'analyse peuvent apparaître à différentes reprises dans le rapport, sur plusieurs des 4 thèmes. Une certaine limitation des redondances a été effectuée, sans supprimer toutefois, complètement, ces « redites ». En effet, les 4 thèmes d'analyse ne sont pas « étanches » et leur lecture individuelle, sans lecture d'ensemble du rapport, doit être possible.



### 3 THEME 1 : EXPRESSION ET RESPECT DES DROITS DES USAGERS

#### Rappel des questions

- Comment la problématique du droit des usagers est-elle prise en compte dans le PRS ?
- Quelles dispositions visant à garantir et améliorer l'effectivité des droits des usagers ont été mises en œuvre ?
- Concernant les usagers du système de santé, quel bilan peut-on faire au terme du PRS, concernant leur information et le respect de leurs droits ?

#### 3.1 Stratégie : une prise en compte marquée dans le PRS, axée sur une approche d'ingénierie

##### 3.1.1 Une mise en avant unique du droit des usagers dans le PRS

Tous les PRS mentionnent le respect du droit des usagers comme une priorité, car il s'agit de l'une des cinq orientations obligatoires, fixées dans le décret relatif à la préparation des PRS. Mais seuls six d'entre eux, dont celui de la région PACA, inscrivent cette orientation comme axe stratégique ou priorité du Plan stratégique régional de santé.

Au-delà de ce cadre général, le PRS PACA est le seul à faire de la question du droit des usagers un programme spécifique de 30 pages, intitulé « Programme régional d'action en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers, et de la qualité de la prise en charge ». Cette approche est notable puisque que la grande majorité des PRS se cantonne aux 4 seuls programmes obligatoires : PRAPS, PRIAC, Télémédecine et Gestion du risque.

Le programme « droit des usagers » va même plus loin, puisqu'il comporte en annexe un plan répartissant 26 actions différentes selon quatre axes :

- promouvoir la connaissance des droits des usagers,
- améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la santé,
- rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers,
- faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers.

##### 3.1.2 Une approche globale visant à muscler l'ingénierie au service des droits des usagers

L'approche proposée par le programme et le plan d'actions formule des objectifs qui restent ciblés sur une approche générale des droits et se traduisent par une volonté de développer les instruments au service de ces derniers. Le tableau ci-dessous résume ce positionnement :

- exploitation des rapports et réalisation d'enquêtes pour mieux connaître la réalité de l'usage des droits,

- charte régionale des droits, dispositifs de formation, affiches, livrets, annuaire des représentants des usagers, pour mieux informer, le tout étant intégré dans un plan de communication,
- dispositifs de veille et appui sur la charte régionale pour mieux faire respecter les droits,
- supports de communication, dispositifs de participation des associations, mécanismes d'exploitation des plaintes, dispositifs de médiation santé pour faciliter l'exercice des droits et favoriser la qualité.

Le tableau suivant croise outils et objectifs, pour les droits des usagers :

|                      | Rapport, enquêtes... | Plan Communicat. | Chartes | Formation | Veille, préparation | Affiches, livrets, annuaire | Participat. associations | Exploitat. plaintes | Médiation santé |
|----------------------|----------------------|------------------|---------|-----------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
| Mieux connaître      | X                    |                  |         |           |                     |                             |                          |                     |                 |
| Mieux informer       |                      | X                | X       | X         |                     | X                           |                          |                     |                 |
| Faire respecter      |                      |                  | X       |           | X                   |                             |                          |                     |                 |
| Faciliter l'exercice |                      |                  |         |           |                     | X                           | X                        | X                   |                 |
| Favoriser la qualité |                      |                  |         |           |                     |                             | X                        | X                   | X               |

L'ensemble des 26 actions du plan sont réparties pour être réalisées entre 2012 et 2016.

Cependant, les publics ciblés par le programme ne sont pas visés spécifiquement selon leurs caractéristiques, en dehors de la distinction fondamentale entre publics relevant du secteur sanitaire et publics relevant du secteur médico-social.

Par ailleurs, l'approche n'irrigue pas vraiment les schémas sectoriels ou les programmes, à l'exception du PRAPS qui prévoit différentes dispositions relatives aux publics en difficulté. Une indication intéressante est cependant contenue dans le SROS : il est en effet proposé que « des clauses sur le respect des droits des patients (figurent) dans les CPOM des établissements ».

Au total, le traitement spécifique réservé au droit des usagers dans le PRS, du fait de l'existence d'un programme particulier, manifeste clairement l'importance accordée à ce sujet en PACA et doit, à ce titre, être souligné. Toutefois, cela ne préjuge pas, au stade de l'analyse du document PRS, de l'importance accordée réellement à la mise en œuvre et au déploiement de ces droits, par rapport à une autre approche qui aurait pu consister à « infiltrer » systématiquement cette question dans les différents schémas et programmes, sans faire de programme ad hoc.

### **3.2 Bilan : une chaîne de dispositions visant à garantir et améliorer l'effectivité du droit des usagers en place, dont le fonctionnement s'améliore**

#### **3.2.1 Un niveau de réalisation du plan d'actions non négligeable, compte tenu de ressources humaines en diminution, le tout dans le cadre d'un dialogue réel avec la CRSA**

Sur les 26 actions incluses dans le plan déclinant le programme régional spécifique en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers, 5 étaient prévues à une échéance 2015 ou 2016 (hors évaluation) et 3 relevaient entièrement du PRAPS, avec une gestion ne relevant pas du

service de démocratie sanitaire de l'ARS PACA. Ce sont donc 18 actions incluses dans le champ direct d'évaluation, dont le niveau de réalisation est le suivant<sup>2</sup> :

- 6 actions ont été entièrement réalisées : outil informatique pour le recueil des données CRUQPC des hôpitaux (Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), listing de l'ensemble des droits, document de synthèse informant les professionnels de leurs obligations, formation des représentants d'usagers, focus annuel des rapports CRUQPC sur les conditions d'exercice des représentants d'usagers, enquête spécifique sur les CVS (Conseils de la Vie Sociale) en établissements et services médico-sociaux ;
- 4 actions ont été partiellement réalisées : outil de recueil d'information sur le respect des droits des usagers dans le médico-social, mise en place d'un plan de communication, démarches visant à respecter le droit d'accès au dossier en ville comme en établissements, réalisation d'un annuaire régional des représentants d'usagers dans les secteurs sanitaires ;
- 5 actions n'ont pas été réalisées à ce stade : groupe de travail pour recueillir l'information auprès des cabinets libéraux en ville, rédaction d'une charte régionale des droits, contractualisation par le biais des CPOM, amélioration de la visibilité du droit à l'information dans la pratique libérale.

Au final, 10 actions sur 15 ont été totalement ou partiellement réalisées. Ceci constitue un niveau de réalisation inférieur à l'objectif, mais non négligeable au regard de l'évolution des effectifs du service Démocratie sanitaire, passé de 6 à 4 agents, de 2011 à 2014.

Il convient par ailleurs de noter que cette activité du service s'est effectuée en relation étroite avec la CRSA, dans une approche partenariale permettant d'améliorer les réalisations et de les valoriser. Cette activité de la CRSA, dans sa première mandature 2010-2014, s'est notamment traduite par la tenue de 132 réunions ; la CRSA a ainsi rendu 18 avis, hors demandes d'autorisations étudiées en commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) ; cette dernière a, quant à elle, rendu 398 avis sur les demandes d'autorisation, dont 97 % ont été suivis par le DG ARS.

### **3.2.2 Des acteurs en place et des supports existant pour la plupart**

Des documents d'information ont été élaborés et diffusés. Peut particulièrement être signalée, l'élaboration d'un guide des droits dont une fiche « un droit – un mois » est diffusé mensuellement, afin de renforcer la connaissance de leurs droits par les usagers. L'ARS PACA a développé une campagne de communication avec l'assurance-maladie pour relayer ces fiches : des envois accompagnant les feuilles de remboursement de soins sont réalisés depuis début 2015.

Après un délai important, les personnes qualifiées sont également nommées dans 5 départements sur 6 et sont en cours de l'être dans le département des Bouches-du-Rhône. Par ailleurs, avant la désignation de ces personnes qualifiées, l'ARS PACA a lancé en 2013-2014 une expérimentation au sein de 4 établissements médico-sociaux afin de faire participer des représentants d'usagers issus d'associations agréées au sein des Conseils de la vie sociale des ESMS. Cette initiative avait pour objectifs d'évaluer l'apport de la présence d'un représentant des usagers « extérieur » et de rapprocher les pratiques des CVS de celles des CRUQPC.

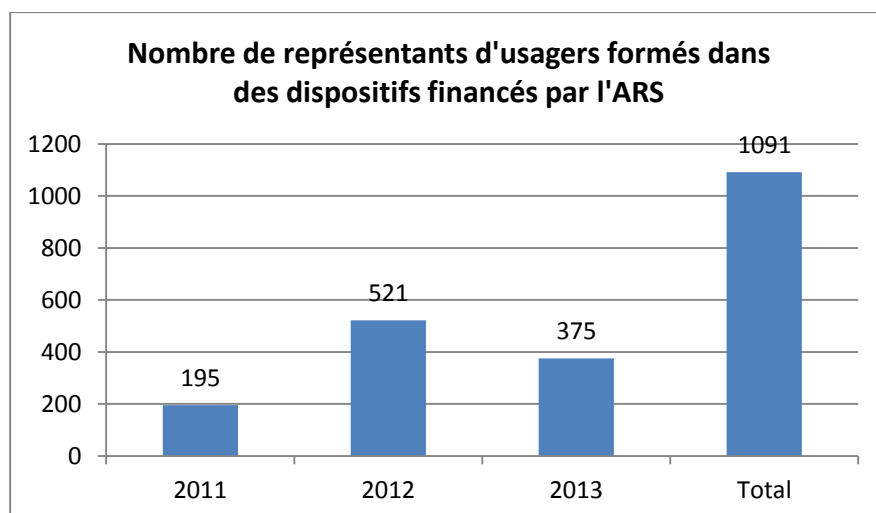
L'annuaire des représentants d'usagers (CRUQPC, Conseils de surveillance, CLIN) et des personnalités qualifiées dans le secteur médico-social, reste encore cependant à produire.

---

<sup>2</sup> NB : 3 actions n'ont pu être classées

La formation des usagers a été mise en place et développée dans le cadre d'une plate-forme entre le CISS et l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence, pour former des usagers à l'exercice de leurs droits. Ces formations sont ouvertes aux représentants des usagers et aux professionnels. Il s'agit de formations concrètes connaissant un réel succès, comme en témoigne le graphique ci-dessous :

Figure 2 : Données sur la formation des représentants des usagers



La formation plus complète des professionnels, et en particulier du corps médical, reste en revanche à améliorer, même si un diplôme Patient Expert a été ouvert à l'université Aix-Marseille.

La formation des membres de conseil de la vie sociale reste également à perfectionner.

#### **Zoom sur l'effectivité des CVS et CRUQPC – rapport annuel « Droits des Usagers »**

##### **▪ Des dispositifs en mesure de fonctionner**

Sur la base des dispositifs décrits précédemment, les droits sont ainsi en mesure d'être mieux connus et exercés. Les acteurs rencontrés évoquent ainsi l'amélioration de l'accès au dossier médical, ainsi que le déploiement progressif du dispositif de directives anticipées. Cependant, ces dispositifs souffrent souvent d'un manque d'adaptation des documents aux personnes maîtrisant mal l'écrit.

Le fonctionnement des CRUQPC et des Conseils de la vie sociale des établissements sociaux et médico-sociaux, est également cité comme une réalité.

Pour les établissements de santé, la moyenne est de 3,3 réunions annuelles, avec de grandes disparités<sup>3</sup>. 51 % des établissements ont désigné les titulaires et suppléants hors représentants d'usagers (représentants d'établissements, médiateur médical et médiateur médical), tandis que 38% des établissements ont désigné quatre représentants d'usagers (deux titulaires et deux suppléants).

Pour une très grande majorité d'établissements sociaux et médico-sociaux recevant des personnes âgées (70 %), le conseil de la vie sociale existe et sa composition et son fonctionnement respectent les modalités fixées par la loi. Le conseil se réunit au moins une fois dans l'année et un tiers des établissements le réunissent trois fois. Les comptes rendus des séances sont communiqués aux usagers et représentants des familles (74 %) et affichés dans

<sup>3</sup> Les chiffres du paragraphe sont issus du rapport annuel 2014 de la CRSA PACA sur les droits des usagers

l'établissement sur un espace dédié (70%). Les avis émis par le CVS et suivis par la direction des ESMS PA portent principalement sur la qualité de la restauration, l'animation et l'organisation intérieure.

Des actions volontaristes ont également été conduites pour dynamiser la démocratie sanitaire et soutenir la diversité des projets mis en œuvre dans le domaine des droits des usagers. En septembre 2014, l'ARS PACA a ainsi lancé un appel à projets qui a permis, en collaboration avec la CRSA, de sélectionner 7 projets pour un montant total de 118 300€ mobilisés sur le FIR. Il est à noter que l'ensemble des avis émis par la CRSA ont été suivis par l'Agence. Ces projets prévoient la mise en place d'actions autour des axes suivants : le recueil de la parole et des besoins de publics spécifiques dans l'objectif d'améliorer leur prise en charge ; la formation des représentants des usagers ; l'information sur les droits des usagers.

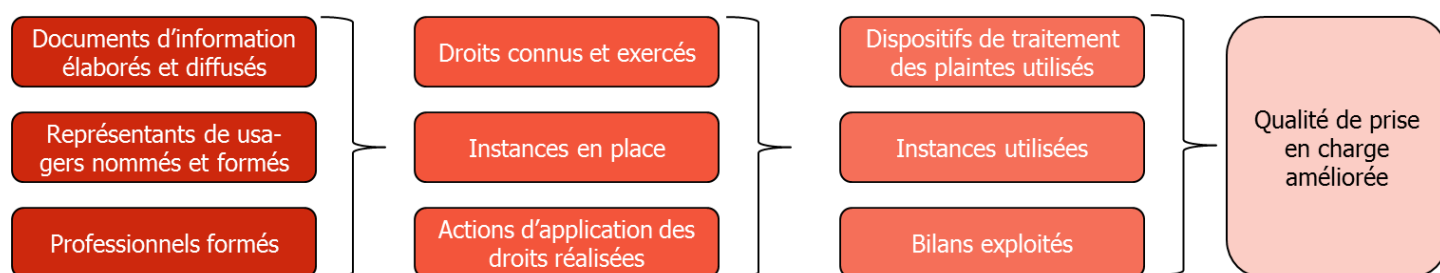
#### ▪ Des résultats obtenus

Au total, les bilans des instances CRUQPC et CVS sont exploités : 269 rapports ont été remplis et clôturés pour les premières, soit un taux de retour de 96,5 % en 2014 (85% en 2012 et 89% en 2013).

Pour les établissements et services médico-sociaux du secteur des personnes âgées<sup>4</sup>, les chiffres sont inférieurs compte tenu des différences avec les établissements sanitaires : 334 questionnaires ont été remplis et clôturés par les ESMS PA, soit un taux de retour de 40,2 %.

Les plaintes sont effectivement recensées et traitées par les CRUQPC. La faible utilisation de la médiation reste cependant à déplorer.

Au final, une chaîne de réalisations et de résultats susceptible d'améliorer la qualité de prise en charge existe aujourd'hui, même si l'ensemble des maillons qui la composent ne sont pas encore tous pleinement en place.



### 3.3 Evaluation : une évolution positive, que le PRS a accompagnée plus que provoquée

#### 3.3.1 Les améliorations en matière d'information, d'exercice et de garantie des droits des usagers sont visibles et reconnues

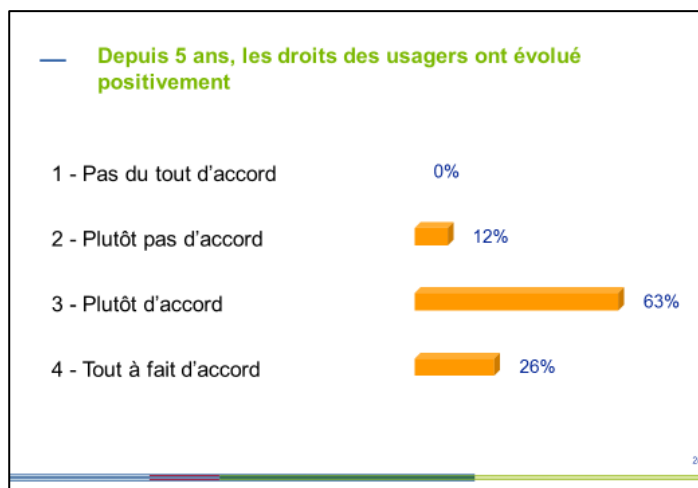
L'interrogation des acteurs et des parties prenantes sur la mise en œuvre des droits des usagers depuis une dizaine d'années, fait apparaître une position unanime : chacun reconnaît que des

<sup>4</sup> A noter que les données ne sont actuellement pas disponibles pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap et les personnes en difficultés spécifiques

améliorations significatives se sont produites sur la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en matière d'information, d'exercice et de garantie des droits des usagers.

Les participants au deuxième forum d'évaluation de juin 2015 confirment cette position, en étant 89% à être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée que, depuis cinq ans, les droits des usagers ont évolué positivement :

Figure 3 : Résultat du vote sur les droits des usagers : l'évolution générale



Cette position favorable doit notamment être soulignée en ce qui concerne les directions d'hôpitaux, qui ont intégré comme une mission de droit commun, le fait de s'intéresser à cette question du droit des usagers. Cette situation semble en revanche différente en ce qui concerne le corps médical, qui accuse pour partie un déficit de sensibilisation sur le sujet ; les acteurs rencontrés mentionnent cependant que cette problématique est en partie un phénomène générationnel, dont l'acuité est moins forte avec les représentants les plus jeunes du monde médical.

Au-delà des acteurs, et comme indiqué précédemment, les dispositifs, les outils et les procédures existent aujourd'hui. Il n'y a donc pas de demande forte, émanant de la part des parties prenantes, de créer de nouveaux droits, de nouveaux dispositifs, de nouvelles approches... L'exception la plus fréquemment mentionnée à ce constat est cependant le fait que les Conseils de la vie sociale pourraient voir leur composition se rapprocher de celle des Commissions de représentants d'usagers dans les hôpitaux.

Au final, la problématique principale reste donc aujourd'hui de faire vivre, pleinement, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur l'ensemble de ces droits, et non de créer et développer d'autres dispositifs.

Il convient de noter que l'ensemble de cette évolution positive s'est produite sous contrainte forte, depuis quelques années, de raréfaction des ressources et du temps disponibles. Même si une partie de l'exercice de ces droits pour les professionnels sanitaires et médico-sociaux relève d'une posture accompagnant les actes quotidiens sans ajouter de temps particulier, il reste cependant clair que la pression exercée sur la limitation des ressources et l'amélioration de la performance, rend plus difficile le bon exercice de l'écoute des usagers et de l'accomplissement de leurs droits.

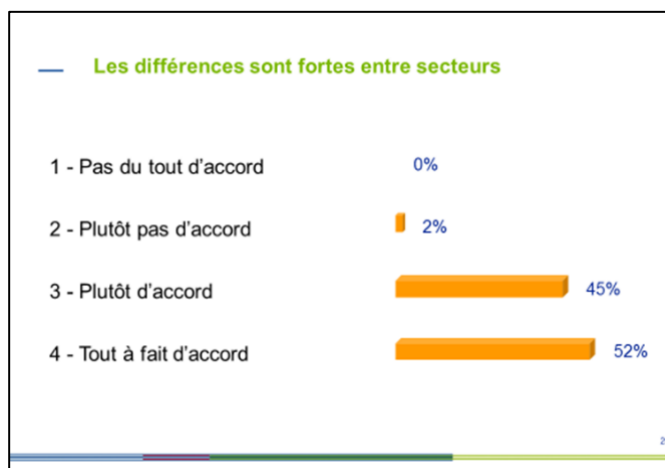
L'ensemble de ces éléments fait donc apparaître aujourd'hui la question du droit des usagers non comme une « contrainte obligée », mais plutôt comme une transformation en profondeur de l'exercice de l'action sanitaire et médico-sociale, intégrée au métier des professionnels en charge de ses missions.

### 3.3.2 Ces améliorations restent cependant inégales et insuffisantes

Malgré cette évolution générale positive, l'observation dans le détail fait apparaître que ces améliorations restent inégales entre secteurs et parfois insuffisantes.

Les évolutions relatives à l'exercice des droits des usagers sont plus développées dans les établissements hospitaliers que dans les établissements médico-sociaux. Les participants au deuxième forum d'évaluation le notent en étant quasi unanimes (98 %) à être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec la phrase selon laquelle les différences sont fortes entre secteurs :

Figure 4 : Résultats du vote sur le droits des usagers : la question des différences sectorielles



La question n'est pas celle de l'existence des supports, dispositifs, outils et procédures, mais celle de leur fonctionnement et de leur utilisation plus développés, et parfois plus adaptés, dans le secteur hospitalier par rapport aux autres secteurs.

Au-delà du secteur hospitalier et médico-social, la question de l'application des droits des usagers dans le secteur ambulatoire reste par ailleurs très peu connue, tant du côté des acteurs de santé que de celui des usagers eux-mêmes. Elle est la plupart du temps présumée faible de la part des acteurs et des parties prenantes, mais ces éléments ne sont pas, à ce stade, étayés de manière rigoureuse.

Deux insuffisances doivent enfin être notées. D'une part les instances et mécanismes mis en place dans les établissements favorisent davantage la régulation du fonctionnement de ces derniers, plutôt que la réflexion, l'expérimentation et l'innovation. D'autre part, l'ensemble de ces droits prend vraiment sa pleine dimension pour des usagers situés à l'intérieur des établissements du système sanitaire et médico-social. Pour le grand public non usager, la perception de ces droits reste néanmoins moindre, et ce tant qu'il n'y est pas confronté de manière personnelle.

### 3.3.3 Le PRS a accompagné plus que provoqué l'évolution du droit des usagers

Au final, la mise en œuvre du PRS a plutôt soutenu que provoqué un déploiement du droit des usagers, en marche depuis plusieurs années et aujourd'hui bien ancré dans de réelles pratiques de terrain.

Ce soutien se manifeste à travers différents éléments :

- une affirmation stratégique forte de la préoccupation du droit des usagers dans le Projet Régional de Santé,
- des réalisations de l'ARS non négligeables, mais partielles (9 des 15 actions du plan sont réalisées totalement ou partiellement à ce stade),



- un dialogue réel avec la CRSA pour concevoir et mettre en œuvre les différentes actions, qui peut parfois aller jusqu'à une démarche de co-construction entre ARS et CRSA.

Le PRS a ainsi développé une approche centrale de support au déploiement des droits des usagers, qui reste cependant peu perçue sur le terrain.

Sur ces bases, plusieurs voies sont ouvertes pour aller au-delà de cette approche d'ingénierie centrale et de dialogue régional avec la CRSA.

La « transversalisation » du thème Droit des Usagers vers les Directions et les services de l'ARS peut constituer une première voie : il s'agirait d'élargir la mise en œuvre du droit des usagers par un service spécialisé en articulant l'action de ce dernier à celle d'autres services : articulation avec le Praps ; intégration du droit des usagers dans les CPOM des établissements et dans les agréments des ESMS ; utilisation de l'expertise du service Formation pour travailler sur la formation des représentants d'usagers et des professionnels ; articulation avec le traitement des plaintes par l'Inspection ; etc.

Une deuxième mesure pourrait consister à faire évoluer l'action de l'ARS d'un travail sur la conception et la diffusion des outils, à une action d'aide à leur utilisation et leur appropriation.

Enfin, l'évolution du contenu formel des messages à destination du grand public pour faciliter une compréhension plus facile et plus rapide des droits et un meilleur accès à ces derniers constitue sans doute une troisième voie d'investissement pour le futur PRS. Elle consiste à travailler sur des dispositifs d'implication des usagers « lambda ».



### **3.3.4 Synthèse : expression et respect des droits des usagers**

#### *Conclusions*

1. Le PRS PACA manifeste un intérêt explicite pour le droit des usagers, en étant le seul PRS en France à lui consacrer un programme
2. Le PRS concrétise cette orientation en déclinant une approche globale visant à muscler l'ingénierie au service des droits des usagers
3. Cette approche ne va cependant pas jusqu'à s'adapter à des publics spécifiques (hors PRAPS) ou à irriguer les schémas sectoriels et les programmes
4. Le niveau de réalisation du plan d'actions est inférieur aux objectifs affichés, mais n'est pas négligeable, compte tenu de ressources humaines en diminution
5. L'action de l'ARS en matière de droit des usagers s'est exercée en relation étroite avec la CRSA, dans une approche partenariale
6. Les acteurs et les supports du droit des usagers sont globalement en place : documents d'information, personnalités qualifiées, formation des représentants des usagers, ...
7. Les dispositifs sont plutôt en mesure de fonctionner (CRUQPC, CVS) et sont dynamisés par des appels à projets de l'ARS
8. Les bilans des CRUQPC et CVS sont exploités et permettent, pour les premiers, de recenser et traiter les plaintes
9. Parmi les faiblesses de réalisations peuvent être citées la formation des médecins et membres des CVS et l'utilisation de la médiation
10. Il est quasi unanimement reconnu par les parties prenantes que les droits des usagers ont évolué positivement, en PACA, depuis cinq à dix ans
11. Il n'existe pas de demande forte de créer de nouveaux droits, de nouveaux dispositifs, de nouvelles approches
12. La problématique principale est aujourd'hui de faire vivre pleinement, en PACA, l'ensemble des droits, et non d'en créer de nouveaux
13. L'ensemble de ces évolutions positives s'est produite sous contrainte forte de raréfaction des ressources et du temps disponible, notamment dans le secteur hospitalier
14. Les améliorations restent toutefois inégales entre secteurs, avec un développement plus fort dans l'hospitalier par rapport au médico-social
15. Le PRS a plus soutenu que provoqué un déploiement du droit des usagers, en marche depuis plusieurs années et aujourd'hui bien ancré dans les pratiques de terrain

#### *Orientations*

- A. « Transversaliser » le droit des usagers vers les Directions et services de l'ARS, au-delà de l'implication du service Démocratie sanitaire
- B. Faire évoluer l'action de l'ARS d'un travail sur la conception et la diffusion des outils, à une action d'aide à leur utilisation et leur appropriation
- C. Faire évoluer le contenu formel et écrit des messages à destination du grand public, pour faciliter une compréhension plus facile et plus rapide des droits



## 4 THEME 2 : TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE

### Rappel des questions

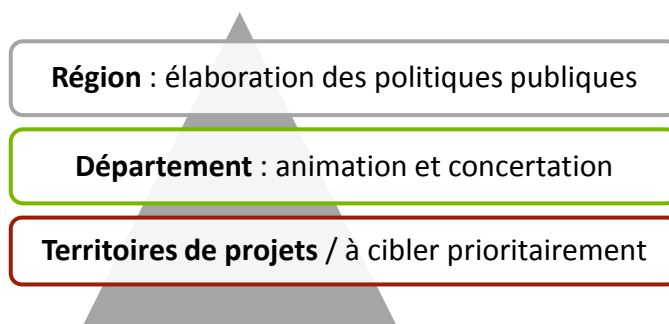
- La stratégie de territorialisation déployée par l'ARS PACA (au travers des Programmes territoriaux de Santé, Contrats locaux de Santé, et des Territoires de projets) était-elle pertinente pour développer la politique régionale au niveau des territoires ?
- Le déploiement des outils de la territorialisation (en particulier les PTS et des CLS) a-t-il été satisfaisant ?
- Dans quelle mesure la stratégie de territorialisation a-t-elle permis :
  - d'apporter des réponses adaptées aux spécificités des territoires ?
  - de faciliter la mise en œuvre des actions ?
  - d'améliorer les résultats obtenus ?
- En quoi la territorialisation du PRS a-t-elle contribué à ce que la notion de santé globale (dans toutes ses dimensions : environnement, logement, emploi, culture, offre de soins, prévention, éducation...) soit prise en compte, à l'échelle du territoire ?

### 4.1 Stratégie : une volonté de décliner la politique régionale de santé à travers plusieurs échelons

#### 4.1.1 Une stratégie d'ancrage territorial de la politique régionale à travers trois principaux échelons

Le PRS PACA affiche un souci de décliner la politique régionale et de l'ancrer sur l'ensemble de son territoire. La stratégie de territorialisation déployée repose sur la définition de différents échelons adaptés à l'élaboration, à l'animation et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est fondée sur un principe d'équité et de rééquilibrage de l'offre (de soins, médico-sociale et de prévention) dans un contexte d'inégalités sociales et territoriales importantes.

Dans ce cadre, le PRS réaffirme tout d'abord la région comme le niveau d'élaboration des politiques publiques. L'échelon départemental, ensuite, correspondant aux 6 territoires de santé, est défini comme territoire de référence pour l'animation et la concertation des politiques de santé. Il s'agit d'un « cadre unique de nature à fédérer les initiatives des différents partenaires et acteurs [...] [qui] présente le plus d'avantages. » (PSRS).



Ces deux échelons sont enfin complétés par un découpage plus précis, visant à mieux cibler les actions selon le champ et les projets. Cette stratégie repose en partie sur article L. 1434-16 du code de la santé publique, stipulant :

*« L'Agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».*

Ces territoires infrarégionaux à cibler en priorité ont été identifiés dans le cadre du PRS, sur la base de travaux de diagnostic poussés, réalisés en lien notamment avec l'ORS PACA, le CRES PACA et l'INSEE. Ces diagnostics ont permis d'identifier des territoires variables, selon les schémas :

- Le **Schéma régional de prévention (SRP)** identifie un certain nombre de cantons à cibler en priorité, sur la base d'indicateurs sociaux et sanitaires, et définit en outre des priorités de travail spécifiques selon les territoires repérés et leurs problématiques. Il prévoit par ailleurs la mise en place d'un indicateur de défavorisation pour mieux cibler les territoires les plus vulnérables.
- Le **Schéma régional d'organisation des soins (SROS)** a identifié des espaces de santé de proximité (ESP) permettant d'organiser la prise en charge de proximité. Ce découpage a servi de base à l'identification de territoires fragiles ou « à risque » en termes d'offre de soins de proximité.
- Le **Schéma régional d'organisation Médico-sociale (SROMS)** comporte quant à lui un bilan de l'offre médico-sociale par secteur<sup>5</sup>. Lors de son élaboration, un groupe chargé de travailler sur le volet « territorialisation », a été réuni à sept reprises pour « s'attach[er] à intégrer, dans le cadre d'un objectif de réduction des inégalités territoriales, les évolutions souhaitables des établissements et services au sein des territoires (plateformes de services, diversification des modalités d'accueil, mutualisation et efficience) et identifier les besoins non couverts nécessitant un équipement à vocation régionale. » Dans le SROMS, le Département est juridiquement opposable. Les territoires prioritaires plus fins ne sont pas clairement définis dans le corps du schéma.

#### 4.1.2 Une déclinaison s'appuyant sur différentes modalités d'animation et de concertation territoriale

Parallèlement à la définition de ces différents échelons au service de la déclinaison territoriale du PRS, ce dernier confie un rôle d'animation territoriale de la politique régionale de santé aux délégations territoriales (DT ARS), situées dans chacun des 6 départements de la région. Sans en définir précisément le contour, il affirme leur mission de proximité et leur rôle d'animation territoriale auprès des partenaires locaux (institutions, établissements de santé, associations gestionnaires ...).

Le PRS, dans sa déclinaison territoriale, s'appuie également sur les Conférences de territoire, instances de la démocratie sanitaire au niveau départemental<sup>6</sup> animées par les DT ARS, pour porter des projets de santé concertés au niveau des territoires et favoriser la coopération entre acteurs de santé. Ces Conférences de territoire, qui regroupent les représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé dont les usagers, ont en particulier été associées aux différentes étapes d'élaboration des Programmes territoriaux de santé (PTS) dans chaque territoire de santé.

<sup>5</sup> Pour le volet handicap, le zonage retenu correspond au niveau régional (ex : handicaps rares) et départemental (ex. : déploiement des ITEP)

<sup>6</sup> En 2009, la loi HPST a instauré la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences de territoire, au nombre de 6 en PACA, pour permettre aux usagers et à tous les acteurs de la santé de participer à l'élaboration et au suivi de la politique régionale de santé.

Enfin, le PRS prévoit le développement de modalités de coopération entre professionnels des soins de proximité sur un même territoire, dans l'objectif de renforcer les liens entre acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux pour faciliter une prise en charge globale des patients. A ce titre, le PRS soutient notamment le développement des pratiques d'exercice regroupé (MSP, pôle de santé...) et prévoit la mise en place de plateformes territoriales de coordination.

#### **4.1.3 Des outils réglementaires visant à concrétiser la déclinaison territoriale du PRS**

En PACA, la stratégie de territorialisation du PRS est également passée par le déploiement d'outils de programmation et de contractualisation réglementaires que sont les Programmes territoriaux de santé (PTS) au niveau des territoires de santé (départements) et les Contrats locaux de santé (CLS), à un niveau infra territorial.

Définis dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009, les PTS constituent des programmes d'application facultatifs des schémas du PRS. Le PRS PACA a choisi de définir des PTS à l'échelle de chaque territoire de santé (département), et d'intégrer ces programmes au PRS. Leur objectif est de faciliter sa mise en œuvre et l'animation de la politique régionale de santé « au plus près des territoires », au service de la réduction des inégalités et de l'amélioration du parcours de santé. Pilotés par les DT ARS, les PTS sont définis comme un « support de l'animation territoriale » pour les DT. Ils ciblent, par territoire de santé, des objectifs stratégiques et s'engagent à les traduire en actions concrètes, et n'ont donc pas vocation à décliner l'ensemble des axes retenus dans le PRS.

A un niveau plus local enfin, le PRS PACA prévoit la possibilité pour les collectivités territoriales, de conclure avec l'ARS des Contrats locaux de santé (CLS) portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social. Le CLS, également créé dans le cadre de la loi HPST, est un outil de territorialisation complémentaire des PTS et vise à définir les axes stratégiques et les programmes d'action communs entre les villes et l'Etat en matière de politique locale de santé, au plus proche des besoins des populations.

### **4.2 Bilan : la déclinaison territoriale de la politique régionale a été engagée**

#### **4.2.1 Une déclinaison territoriale du PRS via les outils réglementaires qui a été entamée**

La déclinaison territoriale du PRS à travers l'outil des PTS, s'est concrétisée en avril 2014 avec la publication des PTS dans chacun des 6 départements de la région. Ces PTS ont été élaborés en collaboration avec les Conférences de territoire sur chaque département, selon une méthodologie en plusieurs étapes : participation au diagnostic territorial, choix des thèmes retenus, participation aux groupes de travail et choix des actions, validation des propositions des groupes de travail... Ce travail a permis de définir des orientations stratégiques propres au territoire.

En effet, les PTS issus de cette priorisation reprennent globalement 3 des 6 thématiques stratégiques du PSRS, à savoir :

- Accès aux soins / inégalités d'accès à la santé / lutte contre la désertification médicale (repris dans 6 PTS) ;
- Personnes en situation de handicap et personnes âgées (repris dans 5 PTS) ;
- Santé mentale (repris dans 5 PTS)

Pour le reste, un seul PTS a fait des maladies chroniques un axe prioritaire (PTS des Hautes-Alpes), tandis que la gestion des risques sanitaires et la question de la périnatalité / petite enfance n'apparaissent dans aucun PTS.

Par ailleurs, la déclinaison du PRS à travers les CLS a également débuté sur le territoire régional : depuis 2012, 4 CLS ont été signés ou sont en cours de signature (Communauté d'agglomération du Pays Martégal, la Seyne/mer, Briançon) et 3 sont en protocoles d'accord (ville de Grasse, Apt, Toulon). La ville de Marseille, qui avait signé un premier CLS en 2010 vient de signer un deuxième contrat en 2015.

#### Le CLS de la Ville de Marseille

En 2010, dans le cadre d'un projet pilote et expérimental, l'Agence régionale de santé, la ville de Marseille et le préfet signaient le premier contrat local de santé (CLS) de France. Prévu par la loi HPST, ce contrat local propose une nouvelle gouvernance des politiques de santé publique basée sur le renforcement de la coopération entre les signataires.

Les CLS fournissent un cadre et permettent d'identifier les particularités des territoires sur lesquels ils se déploient, à travers la réalisation de diagnostics spécifiques<sup>7</sup>, tels que les emplois saisonniers et le territoire transfrontalier à Briançon, l'accès aux soins de premier recours à Apt, la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique à Grasse et à la Seyne, les inégalités sociales et territoriales de santé à Marseille, les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air dans la Communauté d'agglomération du Pays martégal ou encore l'amélioration de la santé par le logement à Toulon.

Au-delà de ces diagnostics et en dehors du cas spécifique de Marseille, les premiers CLS ont été signés très récemment et n'ont pas encore fait l'objet d'une programmation précise et d'une déclinaison opérationnelle.

#### 4.2.2 Un ciblage de territoires prioritaires à travers les appels à projets

La mise en œuvre du PRS s'est accompagnée du lancement de différents appels à projets, constituant un moyen pour l'ARS de faire émerger et de sélectionner des actions dans des territoires et en réponse à des besoins spécifiques. Certains appels à projets ciblent en effet prioritairement les territoires identifiés comme vulnérables à travers les diagnostics réalisés dans le cadre de l'élaboration du PRS. De même, en matière d'offre de soins, le classement en zone fragile permet aux territoires concernés d'être éligibles aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

Ainsi, les appels à projets pour la mise en œuvre du Schéma régional de prévention (et du PRAPS) ont ciblé en priorité les territoires socialement vulnérables, repérés via l'indicateur de défavorisation élaboré par l'ARS<sup>8</sup>. L'analyse réalisée fin 2013 de la répartition territoriale et thématique des actions financées dans le cadre des appels à projets des différents plans d'actions du SRP, montre que la plupart des actions soutenues ont bien eu lieu dans les territoires ciblés. Cependant, cette analyse révèle également que quelques actions interviennent sur des cantons ne présentant pas de spécificités particulières. *A contrario*, certains cantons prioritaires n'ont pas mis en place d'actions et ne sont donc pas couverts dans le cadre de certains plans d'action.

<sup>7</sup> Le CLS de Briançon, a ainsi été soutenu pour le financement d'un diagnostic de la santé à Briançon et pour le recrutement d'un coordinateur missionné pendant un an pour bâtir et rédiger le CLS en liaison avec le comité de pilotage

<sup>8</sup> Se reporter au thème n°4 pour davantage de détails sur l'indice de défavorisation.

L'analyse de l'implantation spatiale des structures d'exercice coordonné montre également que certaines structures accompagnées par l'ARS sont en dehors d'un espace de santé fragile ou à risque.

#### **4.2.3 Les Coordinations Territoriales d'Appui : un outil de coordination territoriale en cours d'expérimentation**

Des Coordinations Territoriales d'Appui, qui ont pour objectif de coordonner les acteurs sur un territoire, sont également en cours d'expérimentation en région PACA (pour plus de détails, voir Thème n°3 « Transversalité et coordination des politiques de santé »).

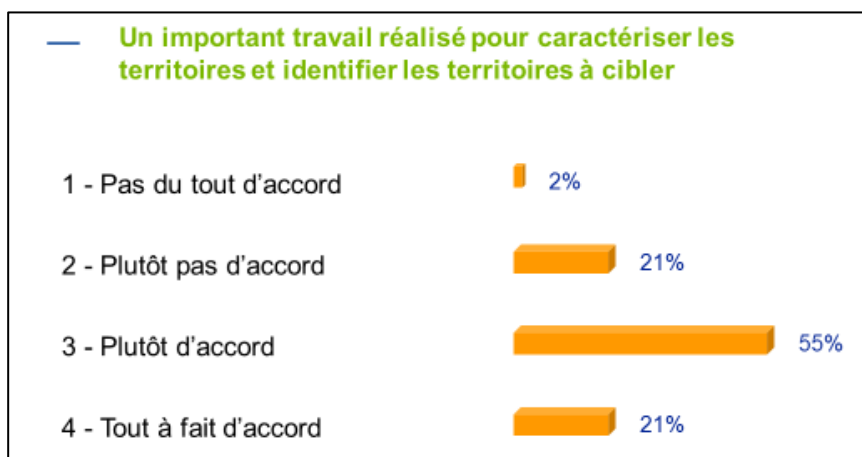
### **4.3 Evaluation : un effort de caractérisation et de programmation, dont la déclinaison opérationnelle et l'animation restent à préciser**

#### **4.3.1 De nombreux diagnostics, à harmoniser et à rendre opérationnels**

La déclinaison territoriale du PRS est passée par un important travail de diagnostic réalisé dans les différents champs du PRS (prévention, soins, médico-social), et à différentes échelles (régionales, départementale, locale), visant à adapter la politique régionale aux contextes locaux. Ce travail a permis de caractériser l'état de santé dans les territoires, et notamment d'apporter des éléments de compréhension fine sur la situation des inégalités sociales et territoriales. Dans ce cadre, plusieurs outils existent aujourd'hui dans la région, sur lesquels le PRS peut s'appuyer dans sa déclinaison territoriale. SIRSE PACA, outil mis en place par l'ORS, permet ainsi d'accéder à des informations sur l'état de santé de la population régionale à l'échelle des différentes zones géographiques, et de suivre l'évolution de différents indicateurs.

Cet effort de caractérisation des besoins en matière de santé constitue une base nécessaire pour une déclinaison pertinente du PRS sur le territoire. Il a notamment permis à l'ARS de cibler un certain nombre de ses actions (notamment à travers des appels à projets ciblés sur des territoires prioritaires), et l'allocation de ses ressources. L'intérêt du travail réalisé dans le cadre du PRS pour caractériser et identifier les territoires à cibler a été souligné par plus de 75% des participants au second Forum d'évaluation.

*Figure 5 : résultat du vote sur la question de la caractérisation des territoires, issu du 2ème Forum d'évaluation*



Cependant, un certain nombre d'opérateurs ont souligné l'importance d'harmoniser les diagnostics réalisés, du fait de leur profusion, selon une méthodologie unique et des indicateurs communs, afin



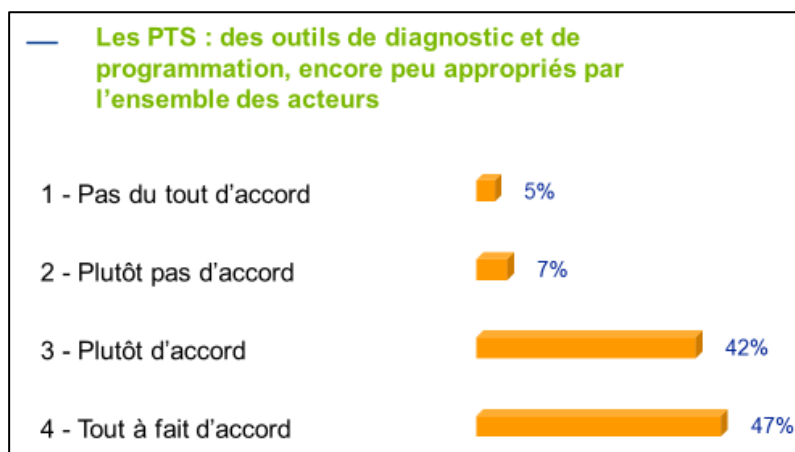
d'apporter de la lisibilité et de tenir compte des spécificités territoriales (composition de la population, revenus...) pour l'ensemble des champs ciblés. En effet, les critères de caractérisation des territoires actuellement retenus et utilisés, n'apparaissent pas toujours partagés par l'ensemble des opérateurs, certains les considérant parfois comme trop urbains. Les participants ont également alerté sur l'écueil que peuvent représenter la multiplication des diagnostics, en rappelant leur caractère très mobilisateur et chronophage, parfois au détriment de la phase d'action opérationnelle.

#### **4.3.1 Des outils réglementaires de déclinaison territoriale encore récents et peu appropriés**

La mise en place des outils réglementaires de déclinaison territoriale (CLS, PTS...) est récente en région PACA, ce qui rend difficile la prise de recul sur l'effet de leur mise en œuvre. Concernant les PTS tout d'abord, leur publication a eu lieu en avril 2014. Elle a été précédée par une phase de diagnostic et d'élaboration pilotée par les DT ARS en lien avec les Conférences de territoire. Les modalités de la concertation mise en place autour de l'élaboration de ces programmes n'ont cependant pas été jugées satisfaisantes par l'ensemble des acteurs interrogés, certains dénonçant la non prise en compte de l'avis des conférences de territoire dans le document final. Ces difficultés ont de fait limité le consensus autour des PTS et leur appropriation par les acteurs locaux.

Par ailleurs, les PTS constituent des documents de diagnostic locaux et de programmation dont la phase d'élaboration a été peu suivie, jusqu'au milieu de l'année 2015, d'actions ou de dynamiques spécifiques sur les territoires. Dans certains départements, l'absence d'information en direction des acteurs de terrain a créé le sentiment que le travail réalisé en phase d'élaboration n'avait pas été suivi d'effets, rendant difficile pour les acteurs concernés, la perception de l'apport d'un tel document, au-delà du diagnostic. Cette difficulté d'appropriation a été soulignée par près de 90% des participants au second Forum d'évaluation.

Figure 6 : résultat du vote sur l'appropriation des PTS, issu du 2ème Forum d'évaluation



Par ailleurs, la difficulté des Conférences de territoire à fonctionner et à apporter une réelle plus-value a également fait l'objet d'un consensus au cours de ce second Forum d'évaluation. Ces difficultés ont également été soulignées au niveau national par la Cour des Comptes, dans son rapport publié en septembre 2014, sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale<sup>9</sup>, qui indique :

<sup>9</sup> Ce rapport, publié par la Cour des Comptes dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement, consacre un chapitre aux Projets régionaux de santé : « Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel »



*« L'apport des conférences de territoire, dont les missions réglementaires sont limitées, n'est pas avéré ; leur fonctionnement est très hétérogène, leurs réunions irrégulières et leur articulation avec la CRSA souvent faible. »*

Enfin, concernant les CLS, la dynamique a été initiée à travers la signature de 7 CLS, mais leur déploiement reste récent et les contrats peu déclinés de manière opérationnelle sur les territoires locaux, comme l'ont souligné 95% des participants au second Forum. Pour poursuivre et renforcer la démarche, la signature de nouveaux CLS reste conditionnée à la volonté politique forte et conjointe de l'ARS et des collectivités locales.

#### **4.3.2 Une déclinaison et une animation territoriale dont certains points nécessitent d'être précisés**

Plusieurs modalités de la déclinaison territoriale du PRS et en particulier de son animation sur les territoires, restent à préciser, pour la consolider. Ainsi, 98% des participants au second Forum considèrent que les modalités d'animation territoriale (échelle, modalités, moyens) doivent être précisées.

Si les leviers et outils existent (diagnostics et outils d'observation, outils réglementaires de déclinaison, instances locales de démocratie sanitaire, appels à projets ciblés...), les opérateurs sont en attente d'une réelle animation territoriale pour impulser des dynamiques et donner corps aux démarches de territorialisation. Le rôle des délégations territoriales de l'ARS (à l'interface entre l'ARS et les acteurs locaux) dans l'animation des démarches territoriales apparaît actuellement variable d'un département à l'autre, du fait d'un cadrage insuffisamment précis et harmonisé des attendus dans ce domaine. L'absence de définition claire de la répartition des compétences entre siège et délégations territoriales rend délicate la perception de leurs marges de manœuvre d'action par les DT, selon les secteurs.

Certains territoires identifiés comme prioritaires, manquent de ressources, d'ingénierie et d'acteurs pour faire émerger des projets (en particulier dans le cadre des appels à projets) et mobiliser autour de la santé, malgré les besoins identifiés. La question de la place des élus locaux et de leur implication dans les questions de santé a été largement soulevée par les opérateurs lors du second Forum d'évaluation, la contractualisation apparaissant comme un moyen de les impliquer davantage. Les participants ont cependant insisté sur le risque, dans certains territoires où les élus sont impliqués et cumulent les initiatives, de créer des différences voire des inégalités entre territoires. L'émergence de nouveaux projets sur ces territoires passe à la fois par le renforcement du portage et de la communication autour de la politique régionale de santé, pour la faire connaître davantage auprès des acteurs locaux, mais également par une animation territoriale et des moyens humains pérennes. Les modalités d'articulation avec les dynamiques existantes sur les territoires, telles que les Ateliers Santé Ville, doivent être davantage envisagées et précisées, pour profiter de la dynamique créée et gagner en cohérence.

### 4.3.3 Synthèse : territorialisation de la politique de santé

#### Conclusions

1. Le PRS affiche une volonté de décliner territorialement la politique de santé, avec un double objectif de ciblage des territoires identifiés comme prioritaires, et d'adaptation aux besoins locaux et aux spécificités de l'organisation des acteurs
2. L'identification des territoires à cibler en priorité s'est fondé sur des diagnostics poussés, mais dont la traduction dans les schémas est variable : forte dans le SRP et le SROS, nettement plus limitée dans le SROMS
3. Le PRS affirme le rôle d'animation territoriale confié aux DT ARS, notamment à travers les instances de démocratie sanitaire, dans le but de faire émerger des projets concertés au niveau du territoire
4. Cette animation des territoires pour la déclinaison du PRS s'est appuyée sur le déploiement de deux outils : les Programmes territoriaux de santé au niveau départemental, et les contrats locaux de santé au niveau des villes
5. La déclinaison territoriale du PRS est entamée : tous les départements ont adopté un PTS, mais à ce jour, seuls 7 CLS ont été signés ou sont en cours de signature
6. La volonté de ciblage stratégique s'est traduite opérationnellement par des appels à projets concernant spécifiquement des territoires prioritaires. L'effort est particulièrement visible dans le domaine de la prévention où les territoires identifiés par l'indicateur de défavorisation sociale ont bénéficié de plus de moyens
7. Les territoires défavorisés socialement sont aussi ceux qui manquent de ressources d'ingénierie pour porter des projets de santé susceptible de répondre aux besoins, ce qui complique le déploiement des appels à projets
8. L'ARS et ses partenaires disposent d'outils de diagnostics territorialisés assez pointus, et qui ont été bien diffusés. Toutefois, les acteurs notent un besoin d'harmonisation des diagnostics, afin de disposer d'un outil faisant référence
9. La démarche des PTS, en lien avec les Conférences de territoire, est peu appropriée. Les acteurs ont le sentiment que la bonne dynamique initiée pour l'élaboration des PTS ne s'est pas poursuivie pour leur mise en œuvre
10. Le déploiement des CLS reste récent et il est trop tôt pour juger de leur apport pour les territoires. Là aussi, les acteurs notent à ce stade une difficulté à passer du diagnostic au travail opérationnel

#### Orientations

- A. Poursuivre dans le prochain PRS l'identification des territoires prioritaires en se fondant autant que possible sur des méthodologies communes pour les trois schémas, dont les contours restent en débat
- B. Préciser les modalités d'animation et de pilotage des démarches territoriales (PTS, CLS), notamment en clarifiant davantage le rôle et positionnement des délégations territoriales, en concertation avec les collectivités territoriales impliquées
- C. Renforcer l'accompagnement des acteurs sur les territoires manquant de ressources en ingénierie de projets

## 5 THEME 3 : TRANSVERSALITÉ ET COORDINATION DES POLITIQUES DE SANTE

### Rappel des questions

- La structure du PRS et le contenu des documents qui le composent favorisent-ils l'articulation des champs sanitaire/médico-social/social/prévention (notamment dans la formulation des objectifs) ? Comment la notion de parcours est-elle prise en compte ?
- Quels outils ont été mis en place pour favoriser une vision globale et transversale de la stratégie de santé ?
- En quoi le PRS a-t-il favorisé la transversalité des interventions, et notamment entre les champs sanitaire, médico-social et social ?
- Le PRS a-t-il permis le développement de modèles innovants ?
- Dans quelle mesure le PRS, par son contenu et sa gouvernance, a-t-il contribué à inscrire les politiques de santé dans une logique de parcours (orientation, accessibilité, compensation, qualité de l'accompagnement et parcours sans rupture) ?

### 5.1 Stratégie : une notion bien présente dans le PRS, mais dont la déclinaison opérationnelle reste limitée

#### 5.1.1 Une structure même du PRS – imposée par la réglementation - qui ne favorise pas la transversalité

Au regard de l'enjeu de transversalité, il doit d'abord être noté que la structure même du PRS dans son ensemble ne favorise pas le décloisonnement entre les secteurs. Les schémas de planification sont en effet organisés par secteur, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique qui imposent cette architecture pour les PRS.

Cette segmentation – qui se traduit dans l'organisation même de l'ARS - limite nécessairement la recherche de solutions permettant une prise en compte plus globale de la santé et la fluidification du parcours du patient entre les structures relevant des différents secteurs.

Cette problématique – qui relève de la réglementation et non de l'action de l'ARS PACA – a déjà été pointée dans le Rapport d'information du Sénat sur les ARS du 26 Février 2014, où il est noté que :

*[...] si le PSRS permet de donner une certaine cohérence et de la transversalité au PRS, le deuxième niveau de planification demeure organisé de façon sectorielle (sanitaire, médico-social, prévention), ce qui n'est pas pleinement en accord avec la mission de décloisonnement assignée aux ARS.*

#### 5.1.2 Un PSRS qui met fortement l'accent sur cet enjeu

A défaut d'une structure du PRS qui serait elle-même transversale, l'enjeu de décloisonnement et d'amélioration du parcours est largement présent dans le PSRS. Il se traduit en effet dans deux des cinq principes d'action qui doivent guider l'ensemble du PRS :

- « privilégier une approche globale de la santé », où il est souligné le besoin de dépasser une approche uniquement curative pour mieux prendre en compte la promotion de la santé et la prévention ainsi que la préservation de l'autonomie ;
- « mettre en synergie les différents acteurs du système de santé et de l'autonomie », principe qui met en avant les passerelles à mettre en œuvre au sein de l'ARS, et avec les partenaires externes.

Telle que présentée dans le PSRS, la notion de transversalité renvoie en réalité à plusieurs enjeux :

- une problématique opérationnelle de coordination entre les acteurs de la santé et du social, dans le but d'éviter les ruptures dans les parcours de santé des usagers ;
- un enjeu de décloisonnement entre les secteurs qui permettrait de développer des prises en charges globales des besoins des usagers ;
- un enjeu de rééquilibrage des moyens – financiers notamment – en faveur de la prévention et du médico-social ; on remarque le caractère assez explicite de cette volonté dans le PSRS : *« Cet engagement (privilégier une approche globale) conduira certainement à revoir les affectations de financement entre les différentes enveloppes dont l'agence régionale de santé assure désormais la gestion. »*

Il ressort ainsi de la lecture du PSRS une affirmation stratégique forte en faveur de la coordination des acteurs et de la transversalité entre secteurs.

### **5.1.3 Une déclinaison variable de ces principes d'action dans les schémas sectoriels**

Un des enjeux de l'intégration des 3 schémas sectoriels dans le projet régional était de favoriser l'articulation entre les stratégies poursuivies dans chaque secteur. Cette recherche de mise en synergie, dans une logique de parcours du patient, apparaît variable selon les schémas.

Cet enjeu est omniprésent dans le SROMS, où chaque volet comprend une section dédiée à « l'amélioration des parcours de santé » détaillant des objectifs et des axes opérationnels d'intervention :

- dans le volet « personnes âgées », l'accent est mis sur le lien avec les filières hospitalières et le développement de la prévention de la perte d'autonomie ;
- le volet « personnes handicapées » insiste plus particulièrement sur la nécessité d'offrir une réponse coordonnée aux besoins, notamment en lien avec l'action des Conseils Généraux ;
- le volet « personnes en difficultés spécifiques » souligne le besoin de mise en réseau des professionnels autour des patients.

La question du parcours de santé est moins visible dans le SROS. Elle est abordée dans le volet ambulatoire, qui détaille la stratégie de développement de nouvelles coopérations territoriales (MAIA, plateformes de coordination, développement des liens avec les EHPAD...). Ce volet met également en avant le besoin de renforcement de la prévention et de l'éducation thérapeutique dans le champ de la prévention, mais cette intention stratégique n'est pas réellement déclinée opérationnellement.

Dans le volet hospitalier, la notion de parcours n'est clairement abordée et déclinée que dans les chapitres « Médecine », « Soins palliatifs », « Psychiatrie », « Personnes détenues » et dans une moindre mesure, « Périnatalité ». Le tableau suivant résume les principaux axes d'intervention prévus dans ces différents domaines pour fluidifier le parcours du patient.

| Médecine                                                                                                                                                                                                                                      | Psychiatrie                                                                                                                                                  | Soins palliatifs                                                                                                                           | Personnes détenues                                                                                                                                         | Périnatalité                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plateformes de coordination</li> <li>▪ Développement de la HAD</li> <li>▪ Développement de la télémedecine</li> <li>▪ Déploiement ROR</li> <li>▪ Développement filière gériatrique mobile</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement du suivi en amont et en aval de l'orientation</li> <li>▪ Développement des solutions d'aval</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation/ Sensibilisation des professionnels</li> <li>▪ Conventionnement UMSP / EHPAD</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projet médical commun</li> <li>▪ Télémedecine</li> <li>▪ Organisation des relais à la sortie de prison</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien aux réseaux de périnatalité</li> <li>▪ Développement de la HAD</li> </ul> |

Cette lecture permet de constater une certaine cohérence stratégique entre le SROMS et le SROS, en particulier concernant les actions prévues en direction des personnes âgées (renforcement des liens entre les filières gériatrie/soins palliatifs et les EHPAD notamment...)

Le Schéma de Prévention affirme l'importance de ce champ pour permettre une prise en compte globale de la santé, et appelle à un renforcement des moyens. Toutefois, le document aborde peu la question des types de coopérations à développer entre acteurs de la prévention et des autres secteurs. Cette dimension n'est qu'évoquée en lien avec les problématiques d'inégalités de santé, au sujet desquels il est souligné l'importance du travail « intersectoriel ».

## 5.2 Bilan : des actions principalement centrées autour de démarches de coordination des acteurs

### 5.2.1 L'appui au développement de l'exercice clinique coordonné

Le développement des structures d'exercice coordonné est un des principaux leviers identifié par l'Agence pour favoriser des prises en charge globale autour du patient.

Pour promouvoir les actions de coordination pluri professionnelle dans ces structures, deux appels à projet distincts ont été lancés :

- A destination des pôles de santé situés majoritairement en zones sous denses ou dans les quartiers politique de la ville (5 pôles financés en 2014 pour un montant global de 118 400 euros, un complément de financement étant apporté par le Conseil régional). L'ARS a également favorisé la création en SISA des MSP mono et multi-sites en apportant une aide financière (6 pôles financés à hauteur de 27 400€)
- A destination des centres de santé pluri professionnels situés en majorité dans les quartiers politique de la ville (4 centres financés en 2014 pour un montant global de 100 000 euros ; 15 centres ont en outre bénéficié de financements pour moderniser leurs plateaux techniques pour un montant total de 305 593 euros).

Enfin, dans le cadre de la campagne nationale ENMR – Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunérations – 6 sites ont bénéficié de l'appui à la coordination pour un montant de 274 768 € suite à l'instruction des dossiers par l'ARS.

### 5.2.2 Le déploiement des dispositifs de coordination

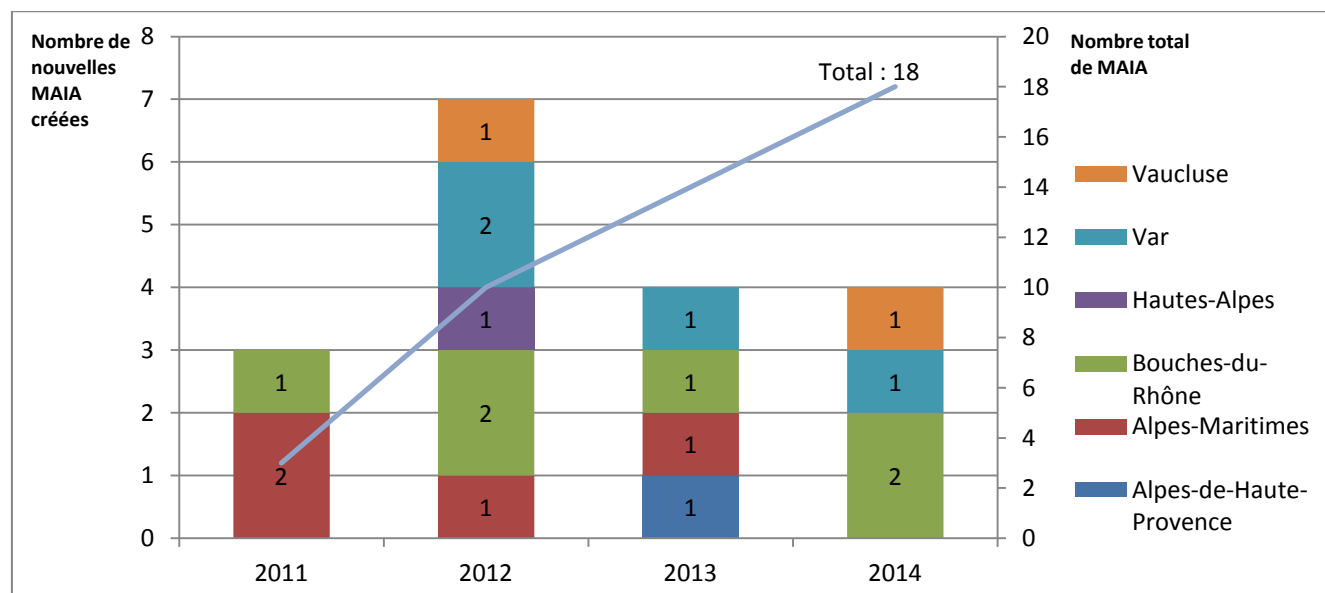
Une des principales actions de l'ARS pour favoriser une prise en charge suivant une logique de parcours a été de soutenir le développement de démarches de mise en lien des professionnels autour de différents publics, démarches qui sont elles-mêmes souvent liées à des Plans Nationaux.

#### - Le déploiement de la méthode MAIA

Mesure numéro 4 du plan Alzheimer 2008-2012, la MAIA est une méthode de coordination, en direction des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

La MAIA a pour vocation de simplifier le parcours des personnes dépendantes et de leurs aidants sur un territoire donné. Après un démarrage en 2011 dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône (une première MAIA expérimentale avait été créée en 2008 à Marseille), 18 MAIA sont désormais recensés dans les 6 départements de la région.

Figure 7 : Déploiement de la méthode MAIA



#### - L'accompagnement des réseaux de santé

Actuellement en pleine évolution, les réseaux de santé sont accompagnés par l'ARS pour favoriser la coordination des acteurs autour du patient. La stratégie de l'ARS en la matière a suivi trois directions :

- favoriser la **régionalisation** des réseaux thématiques. Cette action s'inscrit dans les orientations du SROS. L'objectif est de permettre une harmonisation des prises en charge identique sur le territoire régional, et de favoriser la mutualisation d'outils et de moyens. L'ARS a ainsi accompagné la fusion des trois réseaux de périnatalité de la région en un réseau régional unique. Cette fusion vise à mettre en commun les protocoles, les logiciels et les projets, mais aussi à optimiser les moyens financiers importants (1 million d'euros) attribués aux 3 réseaux. Le nouveau réseau regroupe l'ensemble des acteurs de la périnatalité de la région. Les

professionnels libéraux représentés dans ce réseau par les URPS et différentes associations représentatives (par exemple le collège des gynécologues médicaux) pourront adhérer directement au réseau par le biais d'une charte.

- accompagner la **polyvalence** des réseaux notamment populationnels. Dans cette logique, l'ARS PACA soutient cette démarche auprès des réseaux gériatrique et diabétologique en orientant leurs actions vers un plus large public – ouverture des réseaux diabétologiques à l'ensemble des maladies chroniques, ouverture des réseaux gériatriques à un public moins âgé ; cette orientation de polyvalence s'inscrit dans l'objectif de développer sur les territoires de la région un ensemble de services dédiés à la coordination des soins et au soutien des professionnels de santé.
- **structurer** les filières : dans le domaine de l'obésité par exemple, la région PACA comporte deux CSO – Centres Spécialisés de l'Obésité – à Marseille et à Nice ; ils ont pour mission d'organiser une filière depuis le premier degré du médecin traitant en passant par l'établissement ou le spécialiste pour aboutir au CSO. Cette action s'inscrit en complémentarité du développement de services plus polyvalents.

- *Le soutien à des expérimentations*

L'ARS a soutenu diverses initiatives expérimentales d'organisation du parcours des patients. On peut citer notamment :

- le dispositif ITEP : il s'agit d'une expérimentation déployée dans 6 régions, dont PACA, de juin 2013 à octobre 2014, qui associe établissements et SESSAD pour organiser le parcours de santé des jeunes atteints de troubles du comportement et de la conduite (TCC) ;
- les projets dits « Article 70 », en référence à la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 proposant des expérimentations visant à favoriser la continuité du parcours de soins des personnes âgées. En PACA, deux expérimentations de ce type ont été soutenues : un projet à Marseille, centré sur l'articulation entre la filière hospitalière de gériatrie et les EHPAD, et un autre à Grasse centré plutôt sur les professionnels libéraux, et qui vise à faciliter le retour à domicile suite à une hospitalisation.

- *Le déploiement de la méthode de Coordinations Territoriales d'Appui*

L'ARS PACA a déployé la démarche des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA). Il s'agit principalement d'une réorganisation de dispositifs déjà existants sur les territoires. La CTA repose sur trois piliers :

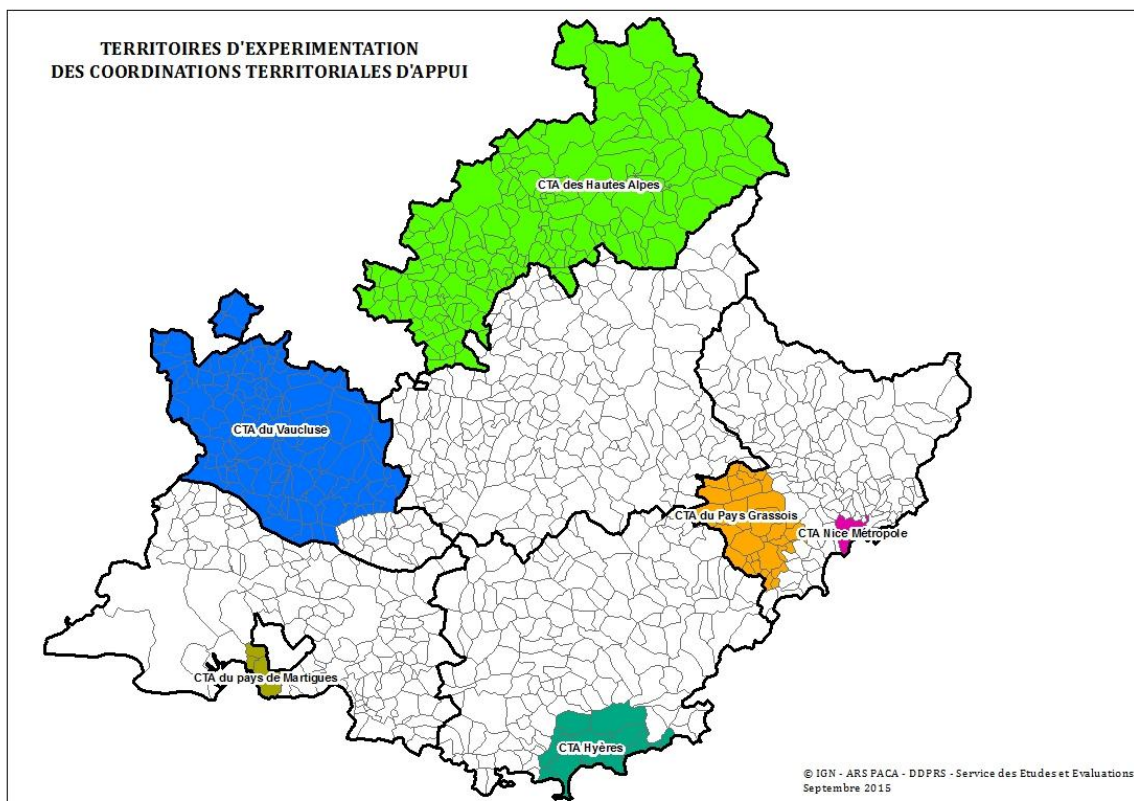
- l'existence d'une instance collégiale du territoire, qui offre un espace de rencontre et de partage pour s'accorder sur les priorités d'amélioration des parcours en fonction des caractéristiques du territoire,
- la fourniture de services d'appui pour soutenir les professionnels et faciliter la coordination clinique de proximité en informant sur les ressources disponibles, le recours à l'expertise, l'activation des aides sociales, l'accès à l'éducation thérapeutique, aux actions de prévention, aux structures et services médico-sociaux, à l'hôpital...,
- l'utilisation d'outils d'information partagés, harmonisés et développés au niveau régional (ROR, ICARS...).



L'ARS accompagne le porteur pendant la durée de la préfiguration afin d'asseoir et de renforcer sa légitimité auprès des autres partenaires participant au dispositif, ainsi qu'en co-animant l'instance territoriale.

Dans un premier temps, 6 territoires d'expérimentation ont été définis en PACA : Hyères, Grasse et Haut Pays Grassois, Hautes-Alpes, Vaucluse, Nice, Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues. L'objectif d'ici la fin du PRS est de couvrir l'ensemble de la région.

Figure 8 : Déploiement de la démarche des CTA – juin 2015



### 5.3 Evaluation : des progrès notables sur le terrain, mais une transversalité au niveau institutionnel qui reste à faire vivre

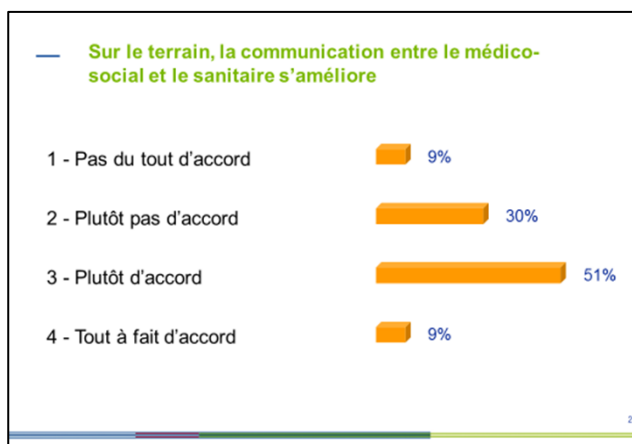
#### 5.3.1 Une dynamique de coopération qui se met en place entre les acteurs sur le terrain

- Des progrès notables dans les liens entre les soins et le médico-social sur le volet personnes âgées

Les acteurs interrogés en entretien constatent une tendance générale d'amélioration de la coordination entre les acteurs de la santé, plus spécifiquement entre le secteur médico-social et le sanitaire. Ce constat est partagé par les participants au 2<sup>e</sup> Forum d'évaluation du PRS, qui sont à 60% d'accord avec l'affirmation « Sur le terrain, la communication entre le médico-social et le sanitaire s'améliore » :



Figure 9 : Résultat du vote sur la transversalité : évolution globale des liens entre secteurs



Cette évolution est particulièrement notable dans la prise en charge des personnes âgées, avec la mise en place de coopérations entre les établissements médico-sociaux et les filières hospitalières de gériatrie et de soins palliatifs.

Cette mise en réseau se développe généralement à l'initiative des territoires, sous des formes variées. Ainsi, dans le Vaucluse, elle se fait dans le cadre de la Communauté hospitalière de territoire, où les EHPAD participent aux activités du groupe « Gériatrie ». Dans les Hautes-Alpes, le renforcement des coopérations dans le domaine des soins palliatifs est porté par une fédération hospitalière à laquelle les établissements médico-sociaux sont associés.

Ces coopérations s'inscrivent en plein dans la recherche de fluidité du parcours du patient, dans la mesure où :

- elles permettent des orientations plus pertinentes des usagers vers les équipes spécialisées de l'hôpital, en évitant le passage par les urgences ;
- elles évitent les hospitalisations à travers l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie, de psychiatrie, des soins palliatifs, d'hospitalisation au domicile, dans les établissements médico-sociaux.

L'agence accompagne le déploiement de ces démarches initiées par les acteurs de terrain par un appui technique et financier.

- *Des progrès moindres concernant les parcours des personnes handicapées*

La perception des acteurs sur l'évolution de la fluidité du parcours des personnes handicapées est plutôt moins positive. Les acteurs regrettent une difficulté persistante à assurer la continuité des solutions de prise en charge des publics, en fonction de leurs situations (âge, type de handicap...).

Toutefois, certaines initiatives positives sont signalées en matière d'intersectorialité dans le domaine du handicap. La mise en œuvre d'actions de formation des personnels hospitaliers à l'appréhension des situations de handicap, ainsi que d'outils de communication entre professionnels, dans le cadre du dispositif Handisanté dans les Bouches-du-Rhône apparaît ainsi comme un levier pour une approche globale de la santé de ces personnes.

- *La prévention reste à l'écart de cette dynamique, malgré quelques initiatives remarquables*

La question des passerelles entre la prévention et les soins ou médico-social ne se pose pas tout à fait dans les mêmes termes que entre le secteur des soins et du médico-social.

Au niveau opérationnel, les associations de prévention de terrain interrogées estiment travailler en bonne intelligence avec les hôpitaux pour l'orientation vers les soins des personnes qu'elles accompagnent. L'enjeu porte ainsi moins sur la coordination entre les professionnels des structures (comme c'est le cas par exemple entre EHPAD et hôpital) que sur la prise en compte des enjeux de prévention dans les stratégies des acteurs des soins et du médico-social eux-mêmes. Or, sur cet aspect, les acteurs estiment que les progrès à accomplir sont encore considérables.

Certains signaux suggèrent cependant que cette préoccupation émerge progressivement. Ainsi, le développement de l'exercice regroupé des professionnels apparaît comme une opportunité pour favoriser une meilleure intégration de la prévention, comme en témoigne le fait que certaines Maisons de Santé Pluridisciplinaires ont développé des activités d'éducation thérapeutique, et ont répondu aux appels à projet « Sport et Santé » de l'ARS.

Certains hôpitaux se saisissent également de cet enjeu. C'est le cas notamment du CH de Martigues, qui a inscrit dans son Projet d'Etablissement la mission de promotion de la santé publique, et a ainsi multiplié les partenariats avec les acteurs de son territoire pour développer des actions de prévention et d'éducation à la santé. L'hôpital Nord de Marseille et le CH d'Embrun se sont également positionnés sur cet enjeu.

- *Les Conférences de territoires n'ont pas réellement contribué aux dynamiques observées*

Il était espéré au moment de la formation des Conférences de Territoires qu'elles puissent être un lieu où se crée la transversalité entre acteurs dans les territoires, à travers l'élaboration et la mise en œuvre des Projets Territoriaux de Santé.

Comme souligné dans la section précédente (Thème 2 « Territorialisation »), la bonne dynamique de travail collectif initiée au moment de l'élaboration des PTS, s'est essouffée par la suite, en l'absence d'une réelle animation de ces démarches. Ponctuellement, des groupes de travail thématiques dans certains territoires ont pu prolonger cette dynamique et permettre d'associer des acteurs des différents secteurs sur des projets communs ; mais globalement, les acteurs ont eu tendance à utiliser d'autres cadres pour développer ce type de démarche (Communauté Hospitalière de Territoire, Réseaux de Santé, Fédérations...).

- *Des dispositifs de coordination soutenus par l'ARS qui semblent de mieux en mieux installés dans les territoires, mais qui restent encore peu lisibles pour les acteurs*

Les entretiens et les échanges lors des Forums d'évaluation suggèrent que les dispositifs de mise en réseau des professionnels que soutient l'ARS – en particulier les MAIA et les Coordinations Territoriales d'Appui – contribuent bien au développement de prises en charge globale.

Le déploiement de ces démarches reste cependant variable d'un territoire à l'autre. Certains territoires ne sont ainsi pas encore couverts par ces dispositifs. Dans d'autres, les porteurs peinent à initier les actions prévues, en particulier là où la connaissance mutuelle et les habitudes de travail collectif entre les professionnels sont les plus faibles. La tendance globale semble toutefois plutôt positive. La bonne connaissance que les porteurs ont de leur territoire, leur effort de communication, et le « bouche à oreille » leur ont permis de se faire connaître, et de développer des liens avec les professionnels de santé hospitaliers, mais également de ville, ainsi qu'avec les travailleurs sociaux.

On note toutefois un problème de lisibilité de ces structures, vis-à-vis des professionnels et des acteurs institutionnels (quand ceux-ci n'ont pas été directement impliqués dans ces démarches). Ces acteurs ont en effet souvent le sentiment que ces démarches sont déployées sous l'impulsion d'une stratégie nationale sans réelle adaptation aux spécificités locales, et qu'elles viennent ainsi s'empiler sur les structures existantes – réseaux de santé et CLIC notamment. Ainsi, 91% des participants au 2<sup>e</sup> forum d'évaluation se déclaraient en accord avec l'affirmation « Les dispositifs de coordination sont insuffisamment adaptés à l'existant. »

Les entretiens menés avec les porteurs MAIA et CTA montrent que ces craintes sont en partie infondées, dans la mesure où ces démarches ne sont pas de nouvelles structures de coordination, qui s'ajouteraient aux réseaux de santé ou aux CLIC, mais plutôt des méthodes de travail que l'ARS cherche à déployer, consistant justement à mieux utiliser les dynamiques existantes, et non à en créer de nouvelles *ex nihilo*. Les porteurs de ces démarches sont d'ailleurs souvent des réseaux de santé, ou d'autres acteurs déjà investis dans des actions de mise en lien des acteurs (CCAS, Centre Hospitaliers, Conseil Départementaux). En outre, la bonne connaissance entre les porteurs et les autres acteurs du territoire permet d'éviter les chevauchements dans l'action.

Toutefois, cette perception assez largement partagée d'une multiplication des démarches met en évidence un enjeu de clarification du rôle des porteurs et de communication autour de leur action, notamment quant à l'articulation par rapport aux activités des autres structures de coordination.

### **5.3.2 Au niveau institutionnel, des rigidités encore fortes entre les secteurs**

#### *- Une souplesse entre secteurs qui ne s'est pas encore concrétisée*

Alors que la tendance sur le terrain va dans le sens d'une meilleure communication entre les professionnels des différents secteurs, le développement de la transversalité au niveau institutionnel semble encore en développement.

L'intégration au sein d'une même agence des secteurs des soins, du médico-social et de la prévention était envisagée comme un levier de fluidification du dialogue entre acteurs institutionnels, de souplesse dans les règles et les pratiques, et de développement de solutions innovantes, transversales. Au regard de cet espoir initial, les acteurs rencontrés se montrent encore en attente, en particulier sur certains aspects concrets, d'ordre financier.

Ils constatent en effet la persistance de rigidités fortes entre les enveloppes financières, tant entre les secteurs, qu'au sein même du secteur médico-social, dans l'articulation avec les stratégies et règles des Conseils Départementaux et des Services déconcentrés de l'Etat dans le domaine social.

Ces rigidités empêchent le développement sur le terrain de passerelles entre les problématiques relevant des différents secteurs. Les acteurs citent notamment la difficulté à prendre en compte les problématiques de soins au sein des structures d'hébergement temporaire, ou encore la difficulté à développer la prise en compte de la prévention par les services d'aides à domicile (sous la compétence des Conseils Départementaux) et leur articulation aux services de soins infirmiers à domicile.

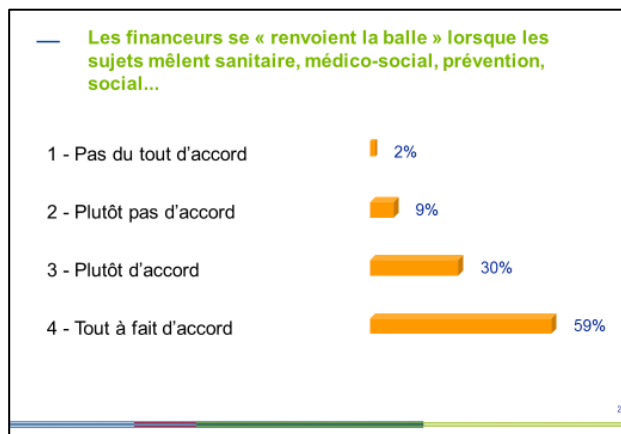
Ces rigidités financières ne sont pas spécifiques à l'ARS PACA et ses partenaires, mais relèvent de la réglementation nationale.

#### *- Un dialogue entre les directions de l'ARS et avec les Conseils Départementaux qui reste à approfondir*

Outre ce sentiment de rigidité dans les règles, les acteurs rencontrés ont le sentiment d'une communication encore trop limitée et d'une gouvernance inaboutie entre les différentes directions de l'ARS et avec les Conseils Départementaux.

Le fait que 89% des participants au 2<sup>e</sup> Forum se disent d'accord (dont 59% « tout à fait d'accord ») avec l'affirmation « les financeurs se renvoient la balle lorsque les sujets mêlent sanitaire, médico-social, prévention » traduit ce sentiment qu'ont les opérateurs d'une faible coordination entre acteurs institutionnels, ce qui entraîne souvent une multiplication des démarches de leur part avant d'obtenir des décisions ou des réponses définitives.

Figure 10 : Résultats du vote sur la transversalité : les difficultés dans le rapport aux financeurs



Certains acteurs – en particulier dans le médico-social – notent un deuxième problème d'articulation au sein de l'ARS, entre le niveau central et les directions territoriales. Ils regrettent que ces dernières – qui ont une connaissance fine du territoire et de ses acteurs – ne disposent pas de plus de marges de manœuvres pour accompagner les initiatives territoriales. Les entretiens montrent que les acteurs observent ainsi un décalage dans les rapports qu'ils ont avec les directions territoriales et celui qu'ils ont avec le niveau régional, ce décalage venant s'ajouter à celui – plus évident – entre ARS et Conseils Départementaux.

*In fine*, cet éclatement de la gouvernance nuit à l'impulsion de démarches plus intégrées, susceptible d'inscrire la prise en charge dans une logique de parcours.

### 5.3.3 Synthèse : transversalité et coordination des acteurs

#### Conclusions

1. L'architecture même du PRS en schémas sectoriels comme l'impose la réglementation, limite la recherche de transversalité dans l'action
2. La question du parcours du patient est largement mise en avant dans le PSRS, mais sa visibilité dans les différents schémas est variable : très forte dans le SROMS, plus diffuse dans le SROS et le SRP
3. La déclinaison opérationnelle de cet objectif stratégique s'est traduite principalement par le déploiement de démarches d'animation des territoires et de coordination des acteurs autour des patients.
4. Le niveau de réalisation sur ces démarches apparaît satisfaisant, même si le déploiement ne se fait pas au même rythme selon les territoires
5. La coordination sur le terrain entre les acteurs des soins et ceux du médico-social s'est améliorée (de l'avis des acteurs), particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées (meilleure coopération EHPAD – Hôpital)
6. Cette dynamique s'est généralement développée à l'initiative des acteurs du territoire, avec un accompagnement financier de l'ARS
7. Sur le volet « personnes handicapées », les progrès sont moins nets, et le besoin d'une meilleure prise en compte du handicap par les acteurs des soins reste important
8. La prévention reste encore trop peu intégrée dans les stratégies des acteurs des soins et du médico-social, même si quelques initiatives sont à signaler et pourraient servir d'exemple pour une meilleure prise en compte de cet enjeu
9. Les dispositifs d'animation et de coordination des acteurs impulsés par l'ARS (MAIA et CTA notamment) souffrent d'un manque de lisibilité pour les acteurs qui n'en perçoivent pas toujours la plus-value par rapport aux outils existants sur leur territoire
10. Au niveau institutionnel, les rigidités entre les enveloppes financières sont encore fortes – du fait de la réglementation – ce qui limite le développement d'initiatives innovantes intégrant mieux les 3 secteurs

#### Orientations

- A. Accentuer l'impulsion stratégique et financière, en particulier en faveur d'une meilleure prise en compte de la prévention dans les activités des acteurs des soins et du médico-social
- B. Capitaliser sur les différentes initiatives territoriales, et étudier les conditions de leur reproduction dans les différents territoires de la Région
- C. Favoriser le décloisonnement entre les directions de l'ARS à partir de projets transversaux concrets
- D. Travailler à l'implication des acteurs dans le renforcement de leur propre transversalité / coordination

## 6 THEME 4 : REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE

### Rappel des questions

- Dans quelle mesure l'enjeu de réduction des inégalités de santé est-il présent dans les schémas et les programmes ?
- Dans quelle mesure cet enjeu a-t-il été pris en compte pour la définition des publics prioritaires et des territoires prioritaires ?
- Quelles sont les actions du PRS mises en œuvre prioritairement dans des territoires ciblés ou auprès de populations ciblées pour contribuer à réduire les inégalités de santé ?
- La mise en œuvre du PRS a-t-elle permis des interventions directes sur les déterminants hors champ santé des inégalités sociales de santé (situations sociales, travail, logement, éducation, environnement), au travers de la coordination entre les politiques publiques ? Quelles ont été les modalités de ces partenariats ?
- En quoi le PRS a-t-il contribué à la réduction des inégalités de santé ?

### 6.1 Stratégie : un objectif fortement affirmé dans la stratégie régionale en Paca

#### 6.1.1 La réduction des inégalités de santé : un objectif de santé publique fixé à l'ensemble des Agences régionales de santé

La lutte contre les inégalités de santé est un des objectifs fixés par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 à l'ensemble des Agences Régionales de Santé créées par le même texte. La prise en compte de cette problématique constitue également l'une des missions du Conseil national de pilotage (CNP), chargé de mettre en cohérence les politiques des ARS. Par ailleurs, le lancement le 13 décembre 2012 du Pacte territoire santé par la Ministre des affaires sociales et de la santé, réaffirme cet objectif de lutte contre les inégalités, en mettant l'accent sur l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux.

Cet objectif de lutte contre les inégalités, fortement affiché au niveau national, a été repris au niveau régional par l'ensemble des stratégies régionales, au sein de leur PRS, et en particulier via le PRAPS, programme relatif à l'accès à la prévention et aux personnes les plus démunies, préexistant aux PRS<sup>10</sup>, mais intégré à celui-ci depuis.

#### 6.1.2 Un « fil rouge » mis en exergue dès l'état des lieux de l'état de santé réalisé par l'Observatoire régional de la santé

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), la problématique des inégalités sociales et territoriales a été fortement mise en avant dès l'état des lieux sur l'état de santé réalisé par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) PACA. Cet état des lieux a été élaboré afin de fournir des éléments de diagnostic et de hiérarchisation aux décideurs, dans le but de préparer l'élaboration du

<sup>10</sup> Rendus obligatoires par l'Article 71 de la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998, ils ont été intégrés en tant que programme au PRSP par la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

PRS. Il est issu d'un travail de plusieurs mois, réalisé en croisant de nombreuses données (données statistiques produites en routine au niveau national (CépiDc<sup>11</sup>, INSEE..., utilisation d'outils régionaux tels que le système d'information régional en santé de l'ORS, SIRSé PACA<sup>12</sup>), et à partir d'échanges avec des experts régionaux.

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence les inégalités sociales et les fortes disparités existant entre les territoires au sein de la région. Par ailleurs, à travers cet exercice, l'ORS a également cherché à mettre en avant les processus de genèse des inégalités, afin de fournir des éléments concrets pour s'attaquer à leur réduction, et d'aider à la hiérarchisation des objectifs au sein du PRS.

### 6.1.3 Un objectif central de la stratégie régionale de santé en Paca, décliné dans l'ensemble des schémas et programmes du PRS

Cette problématique, fortement mise en avant dans l'état des lieux de l'état de santé régional, a largement été reprise au sein du PRS, et en constitue le « fil rouge ». En effet, la réduction des inégalités de santé est définie comme le premier des six « domaines stratégiques » du PSRS. L'approche territoriale de réduction des inégalités apparaît également comme l'un des objectifs généraux communs à l'ensemble des domaines de santé<sup>13</sup>.

Cet enjeu est par ailleurs repris dans les trois schémas du PRS, avec des approches qui diffèrent cependant :

- Le **Schéma régional de prévention** (SRP) déploie une stratégie qui associe de manière complémentaire des actions visant l'ensemble de la population (prise en compte du gradient social), des actions ciblant les populations les plus vulnérables et des actions de promotion de la santé visant les territoires les plus vulnérables socialement et/ou au regard de leur environnement ;
- Le **Schéma régional d'organisation des soins** (SROS), affirme, quant à lui, clairement la lutte contre les inégalités de santé comme l'un de ses principaux objectifs. Le SROS insiste, pour sa part, sur les inégalités d'accès (physique, mais également économique et socioculturel) aux soins, dans un contexte de répartition inégale de l'offre, et définit plusieurs axes pour favoriser l'accès aux soins : le renforcement de l'accès aux droits, la lutte contre le renoncement aux soins et le renforcement de la prise en compte des inégalités de santé dans les projets d'établissement ;
- Le **Schéma régional d'organisation Médico-sociale** (SROMS) affiche de son côté un objectif de « réduction significative » des inégalités<sup>14</sup>, mais n'évoque pas de stratégie précise pour s'y attaquer. La planification, via le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dans ce champ, doit permettre d'accompagner la recomposition de l'offre, pour aboutir à une répartition plus équitable entre les territoires. Ainsi, l'accent a davantage été mis sur les services (SESSAD et SSIAD) que sur les établissements, dans le but de mieux répartir l'accès aux soins en introduisant des critères de proximité.

<sup>11</sup> Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, est un laboratoire de l'Inserm

<sup>12</sup> SIRSé PACA a été conçu par l'ORS PACA en 2006. Il permet d'avoir accès à des informations sur l'état de santé de la population régionale à l'échelle de différentes zones géographiques et de réaliser des portraits de territoire

<sup>13</sup> Le PSRS prévoit : « Au sein des domaines stratégiques, les objectifs généraux sont communs à l'ensemble des domaines de santé. [...] **Réduire les inégalités territoriales de santé.** Cet objectif national est apparu pertinent pour l'ensemble des domaines. Les inégalités de santé sont aussi importantes au sein de la région qu'entre régions. S'il est indéniable qu'elles sont essentiellement d'ordre socio-économique, elles tendent à se concentrer sur certains territoires. L'approche territoriale est par conséquent pertinente. »

<sup>14</sup> Des groupes techniques ont été constitués au moment de l'élaboration du schéma afin de définir les actions prioritaires de réduction des inégalités, d'efficience et de développement, concernant les personnes en situation de handicap



Au-delà des schémas, cette thématique est abordée dans les différents programmes transversaux, et se concentre sur un plan d'actions ciblant plus spécifiquement les personnes les plus démunies, à travers le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Enfin, la problématique des inégalités est également reprise par l'ensemble des Programmes Territoriaux de Santé, selon différents objectifs et approches, comme le montre l'analyse réalisée pour l'ARS PACA en 2014.<sup>15</sup>

La lutte contre les inégalités transparaît donc dans l'ensemble des schémas, programmes et documents composant le PRS, selon des approches variables en fonction des domaines. En découle une stratégie plurielle avec des mesures, pour certaines universelles, pour d'autres ciblées (sur des territoires et/ou des publics).

## **6.2 Bilan : de nombreuses actions et approches déployées pour réduire les inégalités de santé**

L'importance donnée à la problématique des inégalités dans les différents programmes, schémas et documents du PRS s'est traduite par la mise en œuvre et le soutien de nombreuses actions visant à réduire les inégalités sociales et territoriales.

### **6.2.1 Un travail de caractérisation des territoires et des publics, pour mieux cibler les interventions**

Conformément aux orientations du PSRS, plusieurs travaux ont été réalisés pour améliorer la connaissance concernant les inégalités sociales et territoriales, afin de mieux cibler les interventions. Ainsi, l'ARS a réalisé à partir de 2012 un travail de caractérisation des territoires à travers l'élaboration d'un indice de désavantage social (IDS). Cet indice, composé de plusieurs indicateurs sociaux (revenu, taux de chômage, part des non diplômés, taux de familles monoparentales et taux de résidences principales en location), permet de mesurer les disparités sociales à l'échelle loco-régionale<sup>16</sup>, et d'identifier les territoires les plus vulnérables.

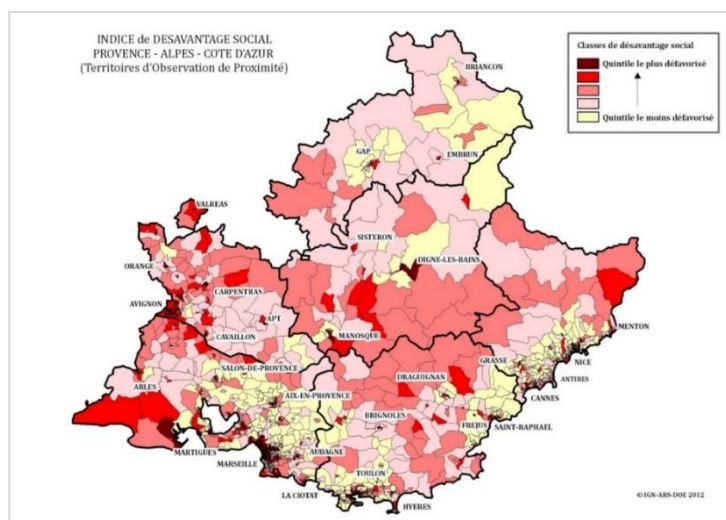
Ce travail a eu pour objectif de prioriser et mieux orienter les actions de santé, inscrites dans le PRS. Il a en particulier permis, dans le cadre des appels à projets pour la mise en œuvre du Schéma régional de prévention, de cibler spécifiquement les territoires à indice de désavantage social élevé. Les modalités de calcul de cet IDS ont ensuite été retenues par d'autres ARS.

---

<sup>15</sup> Analyse des objectifs portant sur les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé dans les programmes territoriaux de santé, 24 janvier 2014 Gérard Coruble - référent ISS - MRDSP – DSPE

<sup>16</sup> L'indice permet une mesure à l'échelle des îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS)





Les signaux sanitaires transmis dans le cadre du VAGUSAN - volet veille, alerte, gestion des urgences sanitaires du Schéma Régional de Prévention – constituent une autre source d'information ayant permis d'améliorer la connaissance sur les inégalités de santé. Ce volet a pour principal objectif d'améliorer la collecte des signaux sanitaires notamment par la mise en place d'une plateforme régionale de réception des signaux, opérationnelle depuis 2010. L'analyse de ces signaux permet la mise en lumière des inégalités, notamment concernant le saturnisme, la rougeole, la tuberculose, l'hépatite A. Cette veille permet de cibler les actions de prévention, en particulier en matière de vaccination au niveau de territoires (territoires alpins plutôt que zone côtière par exemple), ou de quartiers considérés comme prioritaires<sup>17</sup>.

A un niveau plus local, l'outil « Marseille Observation santé », mis en place par l'ORS sur la municipalité de Marseille, permet aux acteurs et décideurs locaux de suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé, et d'orienter leurs actions sur le territoire.

### **6.2.2 Un soutien à différents type d'actions visant à réduire les inégalités, selon différentes modalités**

Différentes actions visant à réduire les inégalités ont été soutenues dans le cadre du PRS, selon différentes modalités.

- **Les appels à projets : un levier pour faire émerger des actions innovantes et/ou ciblant des publics et territoires prioritaires**

La mission recherche et développement en santé publique de l'ARS PACA a mis en place un appel à projets spécifiquement orienté vers la réduction des inégalités, intitulé « Soutien aux actions innovantes et aux recherches-actions visant la réduction des inégalités de santé et l'adaptation du système de santé aux besoins des citoyens ». Cet appel à projets a pour objectifs d'identifier et de modéliser des pratiques innovantes dans le champ de la prévention/promotion de la santé ou de l'organisation du système de santé pour répondre plus efficacement aux besoins des populations, en particulier les plus vulnérables. L'appel à projets vise deux objectifs en matière de lutte contre les inégalités : agir sur les déterminants des inégalités sociales de santé (ISS) ; organiser des parcours de santé et/ou de soins à même de corriger ou au moins d'atténuer les effets des ISS.

<sup>17</sup> A noter que l'ARS PACA a monté un groupe vigilance régional en 2013, réunit 2 fois en 2014, pour harmoniser les procédures – signalements, mesures de correction – et anticiper la future mise en place d'un portail commun par la loi.

Dans ce cadre, 26 actions ont pu être financées, aux modalités très diverses : actions sur des déterminants environnementaux, promotion de l'activité physique, accès aux soins pour des publics très démunis ou démarches méthodologiques. Au total, depuis la mise en place de cet appel à projets en 2009, près d'1,3 millions d'euros ont été consacrés au soutien à de telles actions. Depuis le début de la mise en œuvre du PRS en 2012, cela représente en moyenne près de 200 000€ par an. Ce budget reste relativement limité, de l'ordre de 1% du budget total consacré à la prévention.

- **Actions d'envergure sur les déterminants de santé**

Plusieurs actions d'envergure visant la réduction des inégalités ont également été soutenues. Une convention cadre a été signée avec l'université d'Aix Marseille (AMU) pour initier un partenariat durable et engager des perspectives de travail avec l'Education nationale sur les questions d'insertion et de scolarisation.

**Zoom sur le programme triennal partagé avec l'Education nationale sur les déterminants de santé**

Les services de l'Education nationale ont réalisé une étude sur l'Indice de Masse Corporelle des enfants de grande section de maternelle en région PACA, débutée en 2010, et formalisée par la suite dans le cadre d'une convention avec l'ARS.

L'analyse des résultats et la concordance entre établissements scolaires inscrits dans des territoires prioritaires et élèves ayant un IMC supérieur à la moyenne a abouti à proposer des actions de santé pour lutter contre le surpoids et l'obésité.

En 2014, l'ARS a financé une action au titre du FIR sur deux territoires : Toulon-La Seyne et Nice-Cannes.

Une consultation médicale Enfant Santé Environnement a également vu le jour à Marseille, soutenue entre autre par l'ARS dans le cadre du PRSE, ayant pour objectif de proposer une consultation réunissant différentes spécialités médicales, pour réduire les autres expositions à fort impact sanitaire.

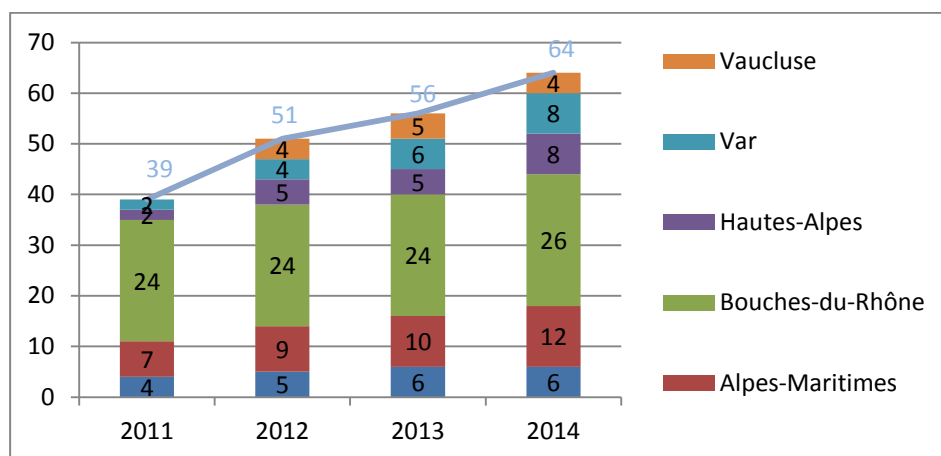
### **6.2.3 Plusieurs leviers actionnés pour renforcer l'accès à la santé**

Du fait des inégalités de répartition, certains territoires sont peu pourvus quand d'autres concentrent l'offre de soins, de prévention et l'offre médico-sociale. Dans un contexte de perte d'attractivité du secteur libéral, l'enjeu de renforcement de l'accès à la santé et d'équité de distribution de l'offre selon les besoins de la population, s'est traduit par la réalisation de différentes actions.

▪ **Garantir l'accès à la santé dans les territoires les moins bien dotés à travers le soutien aux structures d'exercice coordonné**

La mise en œuvre du PRS s'est traduite par un soutien croissant aux structures d'exercice coordonné, qui se sont multipliées ces dernières années, dans le but de maintenir et consolider une offre de soins de proximité en zone fragile. Le développement de ces structures (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé et pôles de santé) fait partie des engagements du SROS Ambulatoire, et a fortement été réaffirmé au niveau national en décembre 2012 dans le cadre du Pacte santé territoire. Entre 2011 et 2014, le nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire est ainsi passé de 39 à 64, soit une hausse de 64%.

Figure 11 : Nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé polyvalents, pôles de santé)



Afin de favoriser le partenariat entre les institutions pour le développement des structures d'exercice coordonné (cf partie 5.2.1), l'ARS s'appuie sur la commission de coordination pour l'offre de soins de proximité<sup>18</sup> (CCOP), qu'elle a mise en place en amont de la signature du PRS le 28 juin 2011. Le comité de financeurs adossé à cette commission est chargé d'auditionner les porteurs de projet de structure d'exercice coordonné et de prioriser les structures susceptibles de bénéficier d'un accompagnement méthodologique et /ou d'une aide financière. En 2014, l'ARS a en effet poursuivi l'accompagnement au montage de projets de structures d'exercice coordonné via le financement de deux centres ressources : l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) PACA et la Fédération Régionale Maisons, pôles et centres de santé PACA (FEMASPACA).

▪ **Renforcer l'accès aux droits et aux soins pour les publics éloignés**

Le PRAPS est le programme du SRP qui mobilise le plus de financements, avec environ 3 millions d'euros pour 140 actions, un montant qui représentent entre 20 et 25% du budget total consacré à la prévention. Dans le cadre du PRAPS, l'ARS soutient plusieurs dispositifs d'accès et d'accompagnement aux soins et au champ médico-social, dont les 38 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) engagées sur le territoire dans la prise en charge des publics éloignés du soin. Ces structures ont bénéficié d'un important travail de coordination au niveau régional, visant à harmoniser leurs activités.

**Zoom sur l'analyse des résultats de l'enquête PASS 2013**

L'exploitation régionale des résultats de l'enquête nationale menée en 2013 sur les PASS, faisait état de la prise en compte de plusieurs recommandations sur l'organisation des PASS :

<sup>18</sup> Elle est copilotée par l'ARS, la préfecture de région et le conseil régional et se réunit deux à trois par an.

amélioration de la visibilité, meilleure information sur ce dispositif, meilleure formalisation des protocoles internes. La quasi-totalité des PASS fait état d'un partenariat avec des acteurs extérieurs à l'établissement. Par contre, le temps médical reste limité et la possibilité d'accéder aux soins dentaires insuffisante. L'harmonisation du recueil des données collectées par les PASS constitue une des priorités de travail pour la PASS de référence régionale, appuyée sur les deux pôles du CHU de Nice et à l'hôpital de la Conception à Marseille.

### **6.3 Evaluation : une dynamique renforcée autour de la problématique des inégalités, mais dont la lisibilité et la coordination restent à approfondir**

#### **6.3.1 Une dynamique renforcée par le PRS autour des inégalités de santé**

La préoccupation autour des inégalités est antérieure au PRS. Le PRAPS, mis en place à partir de 1998, visait déjà spécifiquement à renforcer l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis. Cependant, le PRS PACA, à travers le PSRS, ses schémas et programmes, et en lien avec le Pacte territoire santé au niveau national, a affiché la réduction des inégalités sociales et territoriales et le renforcement de l'accès à la santé, comme des priorités. Cette mise en avant s'est traduite par la mise en place d'un certain nombre d'actions visant à réduire les inégalités selon différentes modalités et approches : actions universelles, ciblées sur des territoires ou populations spécifiques...

Cet accent mis sur la thématique des inégalités s'est traduit en premier lieu par un travail de caractérisation des territoires en région PACA. L'élaboration d'un indice de défavorisation sociale en particulier, a permis de renforcer la connaissance des inégalités sociales et de repérer les territoires les plus vulnérables. Il a servi de base à la priorisation de l'allocation des ressources par l'ARS, et donc aux actions menées sur le territoire. En effet, les appels à projets, qui constituent l'un des leviers d'action de l'agence sur la question des inégalités, visent en priorité les territoires prioritaires.

Ce volontarisme a permis de mettre en avant cette problématique et d'« infuser » parmi les opérateurs. Des efforts ont également été menés en ce sens pour développer une « culture commune » autour de la thématique des inégalités. A ce titre, une formation (DU) a été conçue par l'ARS, en partenariat avec le CRES PACA et les universités de Nice, d'Aix-Marseille et de Montréal, portant sur la thématique des inégalités. Dans un premier temps à destination des équipes de l'ARS, cette formation est progressivement élargie à un plus grand public.

#### **6.3.2 Un manque de lisibilité des actions mises en œuvre**

Dans le contexte de la dynamique créée et des nombreuses actions mises en œuvre sur la thématique de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, les opérateurs regrettent le manque de lisibilité vis-à-vis des actions réalisées. Les actions soutenues pouvant relever de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, bénéficient en effet de soutiens financiers et de cadres variables (PRAPS, AAP Actions innovantes, AAP prévention...). Malgré l'existence de plusieurs outils d'information au niveau régional (OSCAR, ICARS...), il reste difficile de répertorier l'ensemble de ces actions et d'obtenir une vision globale des moyens investis sur cette thématique au regard des autres, et de leur évolution.

Cela se traduit en termes de financement, par une difficulté à évaluer les fonds consacrés à la thématique des inégalités et leur évolution, de par son caractère transversal à l'ensemble des

schémas et programmes du PRS. Près de 60% des participants au second Forum d'évaluation estiment que l'accent mis par le PRS sur la thématique des inégalités ne s'est pas traduite par des financements conséquents.

Cependant, la mise en place de financements pluriannuels pour les actions renouvelables dans le cadre des appels à projets dans le domaine de la prévention, est jugée par les opérateurs comme une avancée importante, en permettant d'améliorer la continuité et la pérennisation des actions.

Concernant la priorisation des territoires, celle-ci permet d'identifier des territoires d'interventions prioritaires, mais sa concrétisation sous la forme de projets de santé reste néanmoins tributaire de la présence d'opérateurs dans des zones parfois marquées par un déficit d'acteurs. La communication et la valorisation des actions existantes, jugées insuffisantes par les opérateurs interrogés, constituent néanmoins une première étape importante pour faciliter l'émergence de nouveaux acteurs, et essaimer les bonnes expériences et pratiques. La complexité et l'exigence méthodologique des appels à projets (montage du dossier, modalités d'évaluation...) renforcent, au-delà de la communication, la nécessité d'un accompagnement des acteurs sur les territoires ciblés et d'une animation locale structurée, animation devant également faciliter le renforcement de la mise en cohérence et la coordination des acteurs et des actions déployées sur les territoires.

A ce titre, la mise en place, en cours, du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), incluant les données médico-sociales et sociales en sus du sanitaire, outil développé par l'ORU pour l'ARS, a été souligné pour faciliter l'interconnaissance des professionnels.

### **6.3.3 Un levier de l'intersectorialité encore insuffisamment déployé**

La coordination entre les secteurs hors champ « santé » est considérée comme un levier dans la lutte contre les inégalités, en permettant d'agir sur les déterminants (sociaux, économiques et environnementaux...) de la santé. Malgré l'existence d'un certain nombre de dynamiques de coopération et d'animation intersectorielle sur le territoire régional, l'idée de « santé dans toutes les politiques » semble peu évidente à déployer.

Des efforts ont été menés et soutenus par l'ARS depuis plusieurs années, tant au niveau régional que local, pour favoriser les liens entre secteurs. La création de la Commission de coordination des politiques publiques en est un exemple au niveau régional. Cet effort pour favoriser l'intersectorialité s'est également traduit par la mise en place de conventions et d'accords signés entre l'ARS et des institutions partenaires, pour faciliter les échanges et le travail en commun. A titre d'exemple, une coopération avec la DREAL est en cours, pour appréhender la dimension santé dans tous les domaines tels que le logement, les aménagements ou encore l'environnement.

Afin de créer une « culture commune » et transversale sur le thème des inégalités, l'ARS a par ailleurs organisé trois séminaires entre juin 2012 et juin 2013, en mettant en lien les principales équipes de recherche de la région des différentes disciplines concernées (santé publique, nutrition, anthropologie, sociologie, géographie de la santé, sciences de gestion, psychologie sociale de la santé), pour susciter l'émergence de travaux pluridisciplinaires sur le sujet des inégalités.

Ces efforts se traduisent également au niveau local, où des dynamiques intersectorielles existent, en particulier autour de la prise en charge des personnes précaires.

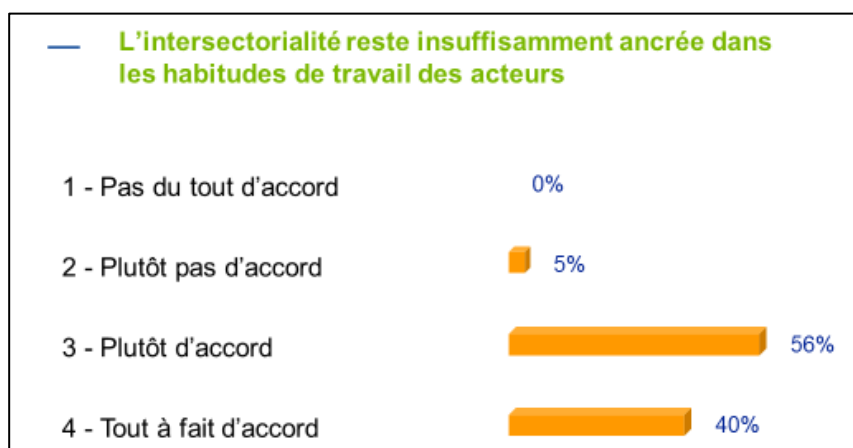
#### **Exemple du groupe de travail « Psycharité » à Nice**

Ce groupe de travail, piloté par le CODES 06 et soutenu par la DT ARS, regroupe de nombreux acteurs (CCAS, CPAM, PASS, ASV, Municipalité, CODES, Samu social, Associations...). Il vise à coordonner l'action et à favoriser le travail conjoint des acteurs

intervenant dans le champ de la souffrance psychique et précarité sur le territoire.

Malgré ces initiatives, la politique de lutte contre les inégalités de, semble peu infuser les autres politiques. Des difficultés persistent en particulier pour créer des liens entre secteurs, malgré les partenariats et conventions existants. L'intersectorialité apparaît insuffisamment ancrée dans les habitudes de travail d'acteurs aux cultures différentes, comme l'affirmaient 95% des acteurs présents au 2<sup>ème</sup> Forum d'évaluation. L'éclatement entre secteur sanitaire et social, ne favorise pas le traitement de la thématique de manière transversale.

Figure 12 : résultat du vote sur la question de l'intersectorialité sur la thématique des inégalités, issu du 2<sup>ème</sup> Forum d'évaluation



Au-delà, l'association des secteurs « hors champs santé » sur la question des inégalités reste difficile et peu formalisée dans le cadre du PRS, hors initiatives ponctuelles. La signature et l'animation de Contrats locaux de santé sur les territoires, initiée de manière assez récente sur le territoire régional<sup>19</sup>, et associant un éventail larges d'acteurs locaux, constitue une opportunité pour donner corps à des actions intersectorielles.

#### 6.3.4 Des impacts difficilement mesurables à court terme, et des questionnements méthodologiques persistants

Les impacts du PRS en termes de réduction des inégalités sociales et territoriales restent difficilement mesurables à court terme dans le cadre d'une évaluation intermédiaire. En effet, l'action sur les déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, économiques...) a peu d'effets immédiats, mais peu avoir des impacts sur le plus long terme.

Par ailleurs, certains opérateurs ont évoqué la difficulté, une fois les diagnostics réalisés, dans le choix des méthodes à employer pour s'y attaquer. Sur ce point, ils ont souligné l'importance de renforcer le trait d'union entre la production de données scientifiques (recherche), les décideurs et les acteurs de terrain, pour favoriser la mise en place d'actions ayant fourni la preuve de leur efficacité (« evidence-based » actions). En ce sens, l'intérêt des programmes comportant une évaluation intégrée (sur le modèle du programme expérimental « La Santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! » repris en 2010 par l'ARS) a été mis en avant.

<sup>19</sup> A ce titre, le CLS de Marseille, signé en 2010, reste un cas particulier.



### 6.3.5 Synthèse : réduction des inégalités de santé

#### Conclusions

1. La problématique des inégalités sociales et territoriales a été fortement mise en avant dès l'état des lieux de santé réalisé par l'Observatoire régional de santé
2. La problématique des inégalités sociales et territoriales constitue un objectif central de la stratégie régionale de santé en PACA, déclinée dans tous les schémas et programmes du PRS
3. Cet objectif commun de lutte contre les inégalités conduit à une stratégie plurielle pertinente, avec des mesures tant universelles que ciblées sur des territoires ou des publics
4. Cette stratégie s'est traduite par la mise en œuvre et le soutien de nombreuses actions visant à réduire les inégalités sociales et territoriales
5. Des travaux ont été réalisés pour améliorer la connaissance des inégalités sociales et territoriales, ce qui favorise la conception des actions
6. Les appels à projets ont constitué un levier pour faire émerger des actions innovantes et/ou ciblant des publics et territoires prioritaires
7. Un soutien croissant a été apporté aux structures d'exercice coordonné, pour maintenir et consolider une offre de soins de proximité en zone fragile
8. Le PRAPS joue un rôle important, en mobilisant environ trois millions d'euros, répartis sur 140 actions
9. Le volontarisme mis en œuvre a permis de développer des éléments de culture commune sur la problématique des inégalités entre opérateurs sanitaires et sociaux
10. Il reste difficile de répertorier l'ensemble des actions soutenues et d'obtenir une vision globale des moyens investis pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales
11. La concrétisation d'actions contre les inégalités sociales et territoriales reste tributaire de la présence d'opérateurs dans les zones ciblées et d'un minimum d'accompagnement et d'animation
12. Malgré l'existence de dynamiques intersectorielles, l'idée de « santé dans toutes les politiques » semble peu évidente à déployer, auprès d'acteurs aux cultures de travail très différentes
13. L'association des acteurs « hors champs santé » sur la question des inégalités, reste difficile et peu formalisée dans le cadre du PRS, hors initiatives ponctuelles
14. Les impacts du PRS en termes de réduction des inégalités sont difficilement mesurables à court terme et posent de réelles questions méthodologiques

#### Orientations

- A. Développer le suivi et la consolidation des actions de lutte contre les inégalités, en termes de contenu déployés, de budgets mobilisés et de nature des opérateurs impliqués
- B. Renforcer la capitalisation autour des démarches territoriales, pour en renforcer la cohérence et la lisibilité
- C. Renforcer le leadership de l'ARS auprès des acteurs « du 2ème cercle », en appuyant leur accompagnement et animation sur les actions contre les inégalités, dans les territoires et les secteurs plus éloignés et dans le hors champ santé
- D. Investir sur les méthodologies de mesure des impacts, afin de mobiliser les acteurs sur la base

|                        |
|------------------------|
| de résultats démontrés |
|------------------------|

## **Annexes**

Annexe 1 : référentiel d'évaluation

Annexe 2 : liste des entretiens réalisés

Annexe 3 : compte rendu du 1<sup>er</sup> forum d'évaluation

Annexe 4 : compte rendu du 2<sup>ème</sup> forum d'évaluation





## Annexe 1 : référentiel d'évaluation

| Thème                                                         | Questions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sous-questions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TRANSVERSALITÉ ET COORDINATION DES POLITIQUES DE SANTE</b> | <p>La structure du PRS et le contenu des documents qui le composent favorisent-ils l'articulation des champs sanitaire/médico-social/social/prévention (notamment dans la formulation des objectifs) ? Comment la notion de parcours est-elle prise en compte ?</p> <p>Quels outils ont été mis en place pour favoriser une vision globale et transversale de la stratégie de santé ?</p> <p>En quoi le PRS a-t-il favorisé la transversalité des interventions, et notamment entre les champs sanitaire, médico-social et social ?</p> | <p>Les différents schémas font-ils référence les uns aux autres ?</p> <p>En interne à l'ARS, quelles sont les modalités de gouvernance du PRS, et plus largement, les modalités de coordination interne ? Comment prennent-elles en compte l'articulation des champs sanitaire/médico-social/social/prévention ?</p> <p>Comment le PRS s'articule-t-il avec les plans nationaux de santé publique ? Cette articulation contribue-t-elle à la transversalité des acteurs et des actions ?</p> <p>Quelles actions étaient prévues pour envisager des alternatives à la prise en charge ?</p> <p>Vis-à-vis des acteurs extérieurs, quelles sont les modalités de coordination des institutions et collectivités publiques pour la mise en œuvre du PRS ? Ces modalités ont-elles été effectivement mises en œuvre ?</p> <p>En quoi le PRS a contribué / facilité la mise en œuvre de ces démarches transversales ?</p> <p>Ces démarches se sont-elles pérennisées ? Sont-elles transposables ?</p> <p>Comment évolue la répartition des financements entre les trois champs (prévention, médico-social, soins) de la dépense régionale de santé ?</p> <p>Les modalités d'utilisation du FIR étaient-elles cohérentes avec la stratégie initiale ?</p> |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | <p>Le PRS a-t-il permis le développement de modèles innovants ?</p> <p>Dans quelle mesure le PRS, par son contenu et sa gouvernance, a-t-il contribué à inscrire les politiques de santé dans une logique de parcours (orientation, accessibilité, compensation, qualité de l'accompagnement et parcours sans rupture) ?</p>                                                                  | <p>Quelles démarches expérimentales de mise en lien entre les acteurs de la prévention, du médico-social et des soins peut-on recenser ?</p> <p>Les actions visant à améliorer la qualité et à favoriser l'innovation ont-elles été mises en œuvre ?</p> <p>Quels freins et leviers sont identifiés par les acteurs du système de santé pour assurer la qualité de la prise en charge ?</p> <p>Des innovations techniques ou organisationnelles ont-elles vu le jour ? De quel type ? Quelles sont les bonnes pratiques identifiées ?</p> <p>Les usagers du système de santé sont-ils mieux guidés dans leur parcours de santé ?</p> <p>Par quels moyens / outils / démarche améliorent-ils leurs pratiques et la pertinence des prises en charge des personnes ? Sur quels domaines portent-ils ? Les usagers et les professionnels ont-ils été associés à cette démarche ?</p> <p>Les acteurs du système de santé ont-ils mis en place des procédures visant à favoriser une prise en charge de qualité ? Leurs pratiques ont-elles évolué ?</p> <p>Les usagers subissent-ils moins d'incidents à l'hôpital ?</p> |
| <p><b>TERRITORIALISATION<br/>DE LA POLITIQUE DE<br/>SANTE</b></p> | <p>La stratégie de territorialisation déployée par l'ARS PACA (au travers des Programmes territoriaux de Santé, Contrats locaux de Santé, et des Territoires de projets) était-elle pertinente pour développer la politique régionale au niveau des territoires ?</p> <p>Le déploiement des outils de la territorialisation (en particulier les PTS et des CLS) a-t-il été satisfaisant ?</p> | <p>Quels ont été les outils (contractuels et non contractuels) mobilisés pour déployer la politique régionale de santé ? Etaient-ils suffisants ?</p> <p>La stratégie territoriale était-elle en adéquation avec les besoins et l'organisation locale des acteurs ?</p> <p>Les modalités de mise en œuvre à l'échelle locale ont-elles facilité la mise en œuvre des actions ? Offraient-elles suffisamment de souplesse pour réajuster la stratégie "chemin faisant" ?</p> <p>Les différents outils de territorialisation étaient-ils articulés les uns aux autres ?</p> <p>Le contenu des PTS fait-il bien écho aux axes stratégiques du PRS ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           | <p>Dans quelle mesure la stratégie de territorialisation a-t-elle permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'apporter des réponses adaptées aux spécificités des territoires ?</li> <li>- de faciliter la mise en œuvre des actions ?</li> <li>- d'améliorer les résultats obtenus ?</li> </ul> <p>En quoi la territorialisation du PRS a-t-elle contribué à ce que la notion de santé globale (dans toutes ses dimensions : environnement, logement, emploi, culture, offre de soins, prévention, éducation...) soit prise en compte, à l'échelle du territoire ?</p> | <p>Les PTS et CLS, et les autres outils, prennent-ils en compte les besoins spécifiques des territoires et des populations ? De quelle manière ces besoins ont-ils été identifiés et ciblés ?</p> <p>Quels moyens humains et financiers, et quelles méthodes ont été mobilisés pour la mise en œuvre des PTS et CLS ? Ont-ils varié d'un territoire à l'autre ? Etaient-ils adaptés ?</p> <p>De quelle manière les partenaires (institutions publiques, conférences de territoire) ont-ils été impliqués ? Ces outils permettent-ils une réelle implication des acteurs locaux ?</p> <p>Quel est le niveau de réalisation des objectifs des outils de la territorialisation du PRS ?</p> <p>Le PRS a-t-il permis de trouver l'équilibre entre sécurité et proximité des prises en charges ? En quoi a-t-il fait évoluer le système de prise en charge (paradigme "tout hôpital" vers un système plus "mixte" entre hôpital, ville et prévention) ?</p> <p>Des partenariats ont-ils été initiés ou renforcés avec des acteurs "hors champ santé" dans le cadre du PRS et des outils de la territorialisation qui en découlent ?</p> <p>Que peut-on dire de la mise en œuvre et des résultats des actions intégrant des acteurs de plusieurs champs ?</p> |
| <p><b>REDUCTION<br/>INEGALITES<br/>SANTE</b></p> <p><b>DES<br/>DE</b></p> | <p>Dans quelle mesure l'enjeu de réduction des inégalités de santé est-il présent dans les schémas et les programmes ?</p> <p>Dans quelle mesure cet enjeu a-t-il été pris en compte pour la définition des publics prioritaires et des territoires prioritaires ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Quelles sont les grandes orientations du PRS qui ont pour objectif la réduction des inégalités de santé ? Ceux-ci comportent-ils des mesures égalitaires, ciblées ou universelles proportionnées ? Les orientations retenues pour réduire les IS étaient-elles cohérentes avec l'analyse des besoins / diagnostic ?</p> <p>Sur quels diagnostics initiaux s'est fondée la stratégie de réduction des inégalités de santé ? Ces données étaient-elles fiables ?</p> <p>Quel a été le degré de prise en compte de la dimension sociale d'accès à la santé ? Et de la dimension territoriale ?</p> <p>Quels critères de précarité ont été retenus ? Sont-ils pertinents ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | <p>Quelles sont les actions du PRS mises en œuvre prioritairement dans des territoires ciblés ou auprès de populations ciblées pour contribuer à réduire les inégalités de santé ?</p> <p>La mise en œuvre du PRS a-t-elle permis des interventions directes sur les déterminants hors champ santé des inégalités sociales de santé (situations sociales, travail, logement, éducation, environnement), au travers de la coordination entre les politiques publiques ? Quelles ont été les modalités de ces partenariats ?</p> <p>En quoi le PRS a-t-il contribué à la réduction des inégalités de santé ?</p> | <p>Le degré d'avancement des actions entre les territoires est-il en phase avec le "niveau de priorité" de ces territoires ? (zones désertifiées ou prioritaires socialement)</p> <p>Des actions spécifiquement orientées vers la réduction des inégalités de santé ont-elles été mises en œuvre dans les territoires et auprès des populations ciblées ? Quels projets phares ont été mis en place pour lutter contre les inégalités de santé ? Quelles actions ont visé à favoriser l'accès à la santé de publics ciblés, notamment l'accès à la prévention et aux professionnels de premier recours ?</p> <p>Quelles "formes" d'innovation ont été promues dans la stratégie régionale (technologique, organisationnelle, partenariale) ?</p> <p>Des innovations techniques ou organisationnelles ont-elles vu le jour ? De quel type ? Quelles sont les bonnes pratiques identifiées ?</p> <p>Les actions innovantes / expérimentales réussies se sont-elles pérennisées ? Ont-elles pu être transférées au droit commun ?</p> <p>Quelles dynamiques de coopération se sont mises en place entre les acteurs de la santé et "hors champ santé" ? Des actions communes ont-elles émané des partenariats ? De quel type ? Quels projets emblématiques peut-on recenser ?</p> <p>Quels sont les premiers résultats (ou résultats potentiels) des actions menées et des partenariats avec les acteurs hors champ santé ?</p> <p>Comment a évolué l'offre de santé, notamment pour les publics cibles ?</p> <p>Comment ont évolué les principaux indicateurs de santé et d'accès au système de santé des publics cibles ?</p> <p>Comment a évolué l'indice de défavorisation sociale ? Que peut-on dire de cette évolution ?</p> |
| <p><b>EXPRESSION ET RESPECT DES DROITS DES USAGERS</b></p> | <p>Comment la problématique du droit des usagers est-elle prise en compte dans le PRS ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>La question du droit des usagers a-t-elle été adaptée selon les publics ? Notamment pour prendre en compte les besoins spécifiques des publics vulnérables ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Quelles dispositions visant à garantir et améliorer l'effectivité des droits des usagers ont été mises en œuvre ?</p> <p>Concernant les usagers du système de santé, quel bilan peut-on faire au terme du PRS, concernant leur information et le respect de leurs droits ?</p> | <p>La problématique du droit des usagers est-elle bien prise en compte dans les différents schémas ? Est-elle intégrée de manière transversale dans les différents documents du PRS ? Est-elle bien distincte de la notion de satisfaction des usagers ?</p> <p>Quelles ont été les modalités de communication sur les droits des usagers aux professionnels ? Et au grand public ?</p> <p>Quelles modalités ont été mises en place pour faire connaître les droits des usagers aux publics vulnérables ?</p> <p>D'autres actions prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre sur le sujet ?</p> <p>Les usagers et leurs représentants ont-ils l'opportunité de s'exprimer sur la qualité de la prise en charge en établissement (dans le cadre des CRUQPC notamment) et en ville ?</p> <p>Les modalités de recours pour l'application du droit des usagers sont-elles mieux connues ?</p> <p>Les instances de concertation sont-elles effectives ?</p> <p>Les instances de défense des droits des usagers assurent-elles bien le lien avec les usagers "lambda", pour promouvoir la connaissance de ces droits et pour les faire respecter ?</p> <p>Les recours et saisines sont-ils pris en compte ? Des mesures correctives ont-elles été mises en place dans les établissements où des manquements ont été identifiés ?</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## Annexe 2 : liste des entretiens réalisés

### Entretiens de cadrage

| Structure – Service                                                         | Prénom Nom              | Fonction             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>ARS – Direction générale</b>                                             | Paul Castel             | Directeur général    |
| <b>ARS – Direction générale</b>                                             | Norbert Nabet           | DGA                  |
| <b>ARS – Direction de l'offre médico-sociale</b>                            | Dominique Gauthier      | Directrice           |
| <b>ARS – Direction de l'offre de soins</b>                                  | Martine Riffard-Voilque | Directrice           |
| <b>ARS – Direction de la santé publique et environnementale</b>             | Hugues Riff             | Directeur            |
| <b>ARS – Secrétariat général</b>                                            | Jean-Luc Desmet         | Secrétaire général   |
| <b>DT 04</b>                                                                | Anne Hubert             | Délégue territoriale |
| <b>DT 05</b>                                                                | Jérôme Vieuxtemps       | Délégué territorial  |
| <b>DT 06</b>                                                                | Denis Refait            | Délégué territorial  |
| <b>DT 13</b>                                                                | Marie-Christine Savail  | Délégue territoriale |
| <b>DT 83</b>                                                                | Béatrice Pasquet        | Délégue territoriale |
| <b>DT 84</b>                                                                | Caroline Callens        | Délégue territoriale |
| <b>CPAM 13</b>                                                              | Gérard Bertuccelli      | Directeur général    |
| <b>Préfecture de région</b>                                                 | Michel Cadot            | Préfet               |
| <b>CRSA</b>                                                                 | Christian Dutreil       | Président            |
| <b>CRSA – commission droits des usagers du système de santé</b>             | Michèle Tchiboudjian    | Présidente           |
| <b>CRSA – commission organisation des soins</b>                             | Monsieur Escojido       | Président            |
| <b>CRSA – commission prévention</b>                                         | Madame Clota            | Présidente           |
| <b>CRSA – commission prises en charge et accompagnements médico-sociaux</b> | Monsieur Charlier       | Président            |
| <b>CPAM</b>                                                                 | Pierre-Yves Duthilleul  |                      |



## Entretiens approfondis

| Département | Structure                                                       | Prénom<br>Nom                                                         | Fonction                                                                                  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>04</b>   | MSP de Castellane                                               | Dr BIZOT-<br>GASTALDI                                                 | Médecin MSP et ex-<br>Présidente de la conférence<br>de territoire                        |
| <b>04</b>   | Plateforme autisme<br>04, ADAPEI des Alpes<br>de Haute Provence | Madame<br>REYBARD                                                     | Directrice                                                                                |
| <b>04</b>   | Atelier santé ville de<br>Digne-les-Bains                       | Marie-Laure<br>KERGADALLAN                                            | Directrice CCAS Ville de<br>Digne et responsable de l'ASV                                 |
| <b>05</b>   | CG 05                                                           | Catherine<br>MILLION                                                  | Directrice Santé                                                                          |
| <b>05</b>   | CLIC 05                                                         | Sophie MAYEN et<br>Dr. MELBOTI                                        | Directrice                                                                                |
| <b>06</b>   | AG3                                                             | Emmanuelle<br>YAMAZAKI                                                | Infirmière Plate-forme                                                                    |
| <b>06</b>   | CPAM 06 (Nice)                                                  | Jean-François<br>GOURDON                                              | Sous-directeur de la<br>régulation, gestion du risque                                     |
| <b>06</b>   | PASS de Nice,<br>CHU de Saint Roch                              | Docteurs Valérie<br>PIERROT-<br>GUMBS et Pierre-<br>Marie<br>TARDIEUX | Médecin coordinateur<br>Responsable PASS                                                  |
| <b>06</b>   | Réseau<br>handicap : RESPEC<br>TC (rattaché au CHU<br>de Nice)  | Dr Afedh BARDI                                                        | Médecin Coordonnateur du<br>réseau de santé hospitalier                                   |
| <b>06</b>   | CSM CCAS Nice                                                   | Hélène DURAND                                                         | Carrefour Santé pour Tous<br>(CCAS), Antenne 1er Accueil<br>Médicalisé et Centre de Santé |
| <b>06</b>   | CODES 06 (Nice)                                                 | Chantal<br>PATUANO                                                    | Directrice                                                                                |
| <b>06</b>   | Médecin MSP, Breil<br>sur Roya                                  | Dr Jean Louis<br>GERSCHTEIN                                           | Médecin coordonnateur                                                                     |
| <b>06</b>   | Municipalité -<br>signataire CLS de<br>Briançon                 | Monsieur<br>HUGUES                                                    | Coordonnateur du CLS                                                                      |
| <b>13</b>   | Mairie de Marseille<br>Direction de la Santé<br>Publique        | Didier FEBVREL<br>et Pierre<br>TOUBIANA                               | Responsable du Service<br>Médecin-directeur adjoint du<br>Service                         |
| <b>13</b>   | Rectorat Académie<br>d'Aix Marseille                            | Pierre TAUDOU                                                         | Médecin conseiller technique<br>du recteur d'académie                                     |
| <b>13</b>   | ORS PACA                                                        | Pierre VERGER                                                         | Directeur adjoint                                                                         |
| <b>13</b>   | Médecin du Monde                                                | Cendrine<br>LABAUME et<br>Dominique<br>HAEZEBROUCK                    | Coordinatrice générale et<br>coordinatrice technique de la<br>Mission bidonvilles         |
| <b>13</b>   | DRJSCS                                                          | Jacques<br>CARTIAUX                                                   | Directeur régional                                                                        |
| <b>13</b>   | Atelier santé ville de<br>Marseille Centre                      | Raphaëlle<br>VERDIER                                                  | Animatrice                                                                                |

|           |                              |                                  |                                             |
|-----------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>04</b> | UFCQC/CRUQPC                 | Mme FISCHER                      | Membre                                      |
| <b>04</b> | France Alzheimer             | Mme DABEL                        | Présidente                                  |
| <b>05</b> | IFSI Gap                     | Mme ALAMANO                      | Directrice                                  |
| <b>13</b> | CISS                         | Mme MATHERON                     | Présidente                                  |
| <b>13</b> | FNATH                        | Mme HAFTARI                      | Juriste en charge des accidents du travail  |
| <b>13</b> | CODERPA 13                   | M. BREMOND                       | Président                                   |
| <b>13</b> | SLA PACA                     | Dr. LARDILLER                    | Directrice                                  |
| <b>84</b> | Ressources Santé (84)        | Mme Nathalie CAMPREDON DAUVERGNE | Coordinatrice                               |
| <b>13</b> | URPS                         | Dr. Rémy SEBBAH                  | Président                                   |
| <b>13</b> | URIOPPS                      | Valérie DRIEUX                   | Directeur                                   |
| <b>13</b> | APF                          | Henri LEGOFF                     | Président                                   |
| <b>13</b> | Institut des Parons          | Thierry POUPLIER                 | Directeur                                   |
| <b>83</b> | Municipalité - CLS de Toulon | Martine SPEHNER                  | Chargée de Mission                          |
| <b>84</b> | CG 84                        | Annie LEPINE                     | Directrice Action sociale                   |
| <b>84</b> | Aimé Pêtre 84                | MEOLANS Maryline                 | Directrice                                  |
| <b>84</b> | MDPH 84                      | Jean-Jacques GAS                 | Directeur                                   |
| <b>84</b> | MAIA Territoire d'Avignon    | Myriam COULON                    | Coordinatrice                               |
|           | ARS Siège                    | Dr Gérard CORUBLE                | Référent inégalités sociales de santé       |
|           | ARS Siège                    | Marie LOPEZ                      | Responsable du service Démocratie sanitaire |
| <b>83</b> | Hôpital Sainte-Musse         | Viviane PIEDCOQ                  | Directrice des Affaires Médicales           |

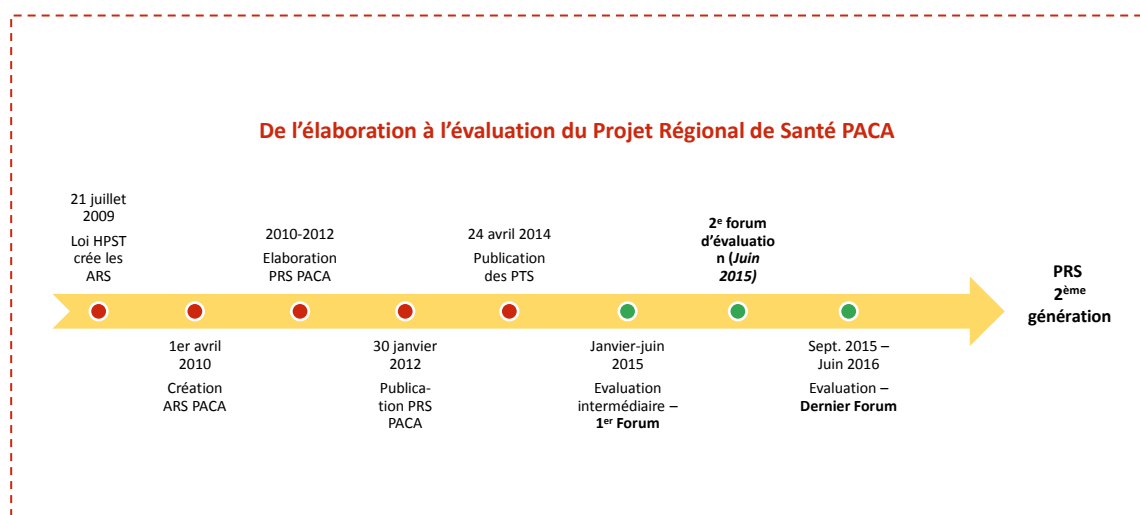


## Annexe 3 : compte rendu du 1<sup>er</sup> Forum d'évaluation (22 janvier 2015)

### – Les objectifs du forum

Après trois ans de mise en œuvre, à l'automne 2014, l'Agence Régionale de Santé a lancé l'évaluation du Projet régional de santé (PRS) 2012-2016.

Celui-ci avait été élaboré dans une logique de concertation et de dialogue avec l'ensemble des partenaires et des acteurs de la santé. L'ARS a souhaité que son évaluation s'inscrive dans cette même dynamique de transparence et de travail collectif.



Organisé sur une journée à Marseille, ce premier forum visait à présenter la démarche et à travailler sur les objectifs et le contenu de l'évaluation, de manière à se poser les bonnes questions et à ne pas passer à côté de sujets jugés importants pour les acteurs de la santé.

Cet exercice démocratique innovant se fixe également comme ambition de faire émerger une communauté d'acteurs de la santé en PACA, rassemblant professionnels, bénéficiaires et usagers du système de santé.



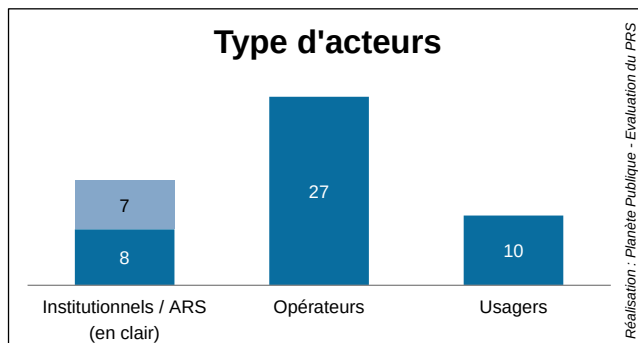
*Accueil et lancement du forum par l'équipe de Planète Publique*

## – Les participants au forum

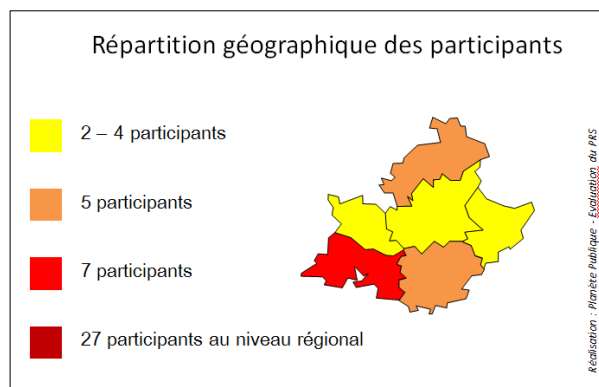
L'ensemble des représentants des six conférences de territoire (CT) ainsi que les représentants de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) ont été invités à participer à cette journée.

Au total, 52 participants sont venus.

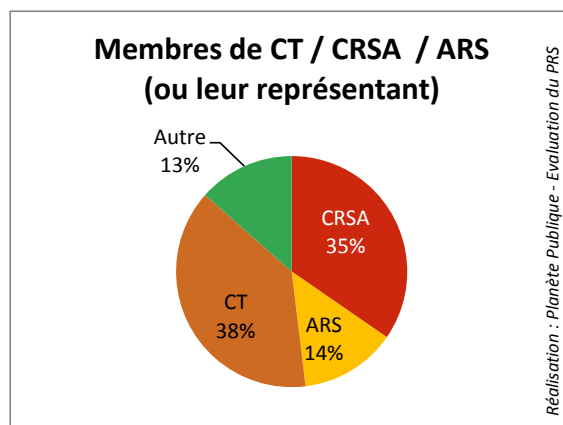
Les opérateurs de santé ont été largement représentés, avec 27 participants.



Sur le plan de l'origine géographique, les participants provenaient principalement des départements des Bouches-du-Rhône, du Var, mais aussi des Hautes-Alpes. Par ailleurs, un grand nombre d'acteurs se présentait comme intervenant au niveau régional.



Les participants se répartissent principalement entre membres de la CRSA ou de conférences territoriales. 7 personnes de l'ARS ont également participé aux échanges pour compléter cette diversité de points de vue.



## – L'animation de la journée

Le Forum d'évaluation se voulait réellement productif et devait enrichir le travail de cadrage de l'évaluation. Il n'a donc pas pris la forme d'une réunion publique habituelle, mettant en opposition l'institution à la tribune et les acteurs sur les bancs. L'objectif était de mettre chacun sur un pied d'égalité, et de permettre des échanges de fonds entre les participants pour aboutir à des réflexions utiles pour l'évaluation.

La journée a été animée en alternant un travail « par tables », en petits-groupes d'environ 8 personnes, et une capitalisation des échanges en « plénière ». Les participants étaient ainsi répartis aléatoirement sur 8 tables. À chaque table, un modérateur du cabinet Planète Publique ou de l'ARS PACA présentait les thèmes de travail, facilitait les échanges et prenait en note les principales idées émergeant des échanges.

La journée de travail a été organisée autour 3 séquences de travail, dont le sujet et les résultats sont présentés ci-après.

## – Séquence 1 : les attentes par rapport au PRS

### Les objectifs

La première séquence portait sur **les attentes** des participants par rapport au PRS : quel doit être le but d'un projet régional de santé ? Qu'espère-t-on qu'il fasse évoluer ? L'objectif à travers ce questionnement est de mieux cerner ce que l'on évalue. En effet, le PRS n'est pas simplement un document de programmation budgétaire ou technique. Il se veut un outil de mobilisation de l'ensemble des acteurs de la santé.

Mieux comprendre ce que l'on attend du PRS permet ainsi d'identifier les points sur lesquels les évaluateurs doivent être particulièrement vigilants lors du travail d'enquête. Mieux appréhender les attentes permettra de comprendre sur quelle base l'on pourra dire, *in fine*, si la « démarche PRS » était réussie.

### La méthode

Les participants aux tables ont été invités à échanger sur ces questions, puis à retenir les 5 idées fortes qui ressortaient de leurs discussions. Ces 5 idées ont été notées sur des feuillets, qu'un rapporteur de table choisi parmi les participants s'est chargé de présenter « en plénière ». Les 5 feuillets de chacune des 8 tables ont ainsi été disposés sur un panneau central, en rapprochant ceux qui se rapportaient à la même idée générale.

### Les résultats

La première idée, ressortie presque à toutes les tables, est la question de **l'articulation entre les soins, le secteur médico-social et la prévention**. Ainsi, pour les participants, le premier but d'un « projet régional de santé » est de proposer une vision globale de la santé, ne se limitant pas à la question des soins.

Parole de participants :

**« La question, c'est de savoir si l'ARS a su devenir autre chose qu'une grosse ARH »**

Certaines tables ont évoqué clairement le besoin de rééquilibrer l'importance donnée – dans les budgets notamment – aux soins en faveur de la prévention en santé et du médico-social.

Pour d'autres participants, la question de l'articulation entre ces différents champs de la santé renvoyait aussi à un enjeu de partenariat. Les participants ont beaucoup insisté sur la notion de « parcours du patient » : le PRS doit renforcer les passerelles entre l'hôpital, la médecine de ville, les acteurs de la prévention et du médico-social, de manière à éviter les ruptures pour le patient, et à aboutir à une prise en charge globale du patient.

Parole de participants :

**« Le PRS doit aider les usagers à se retrouver dans le mille-feuille des acteurs de la santé »**

L'enjeu **d'information** des citoyens et des acteurs de la santé est la deuxième idée qui ressort de cette première séquence : le PRS doit faire connaître, et rendre lisible la politique de santé et les actions mises en œuvre.

Plusieurs tables ont indiqué qu'un PRS doit être un outil favorisant « **l'innovation** » des acteurs. Pour ces personnes, l'innovation ne doit pas être appréhendée uniquement au sens technologique. Il peut s'agir de projets originaux par les acteurs qu'ils mobilisent, les publics qu'ils cherchent à toucher, les méthodes employées...

Quelques tables ont également souligné le souhait que le PRS soit un outil de **pilotage** prospectif de la politique, permettant à travers un suivi d'indicateurs, d'anticiper les besoins et solutions futures en matière de santé.

Dans une moindre mesure d'autres idées ont été mentionnées :

- la territorialisation : le PRS doit favoriser une prise en compte des spécificités territoriales et une adaptation de la stratégie de santé en fonction de cette diversité ;
- la pluralité des publics : la PRS doit permettre la prise en compte des besoins des populations vulnérables, des inégalités sociales, des problématiques de genre...







*Des participants impliqués et studieux lors des travaux sur table*

## – Séquence 2 : les thèmes d'évaluation

### L'objectif

L'objectif de la deuxième séquence de travail était de travailler sur les « thèmes » d'études qu'avait retenus l'équipe projet de l'évaluation. Cette équipe, composée d'agents de l'ARS et également d'un membre de la CRSA, avait en effet formulé une vingtaine de « questions évaluatives ». Il s'agit des questions auxquels doit répondre l'évaluation. Ces questions ont été regroupées en 8 grandes thématiques :

- Prise en compte des besoins de santé et pertinence des actions mises en œuvre
- Concertation et mobilisation des acteurs
- Transversalité et coordination des politiques de santé
- Territorialisation de la politique de santé
- Réduction des inégalités de santé
- Expression et respect des droits des usagers
- Qualité et innovation du système de santé
- Performance économique du système de santé

Dans la continuité de la réflexion sur les attentes, cette deuxième séquence visait à « tester » ces thématiques : correspondent-elles aux enjeux qu'identifient les acteurs au quotidien ? Y a-t-il d'autres thématiques prioritaires qui auraient été oubliées ?

### La méthode

À partir de la présentation des thèmes, les participants aux tables devaient indiquer les thèmes qui leur semblaient les plus importants, en argumentant leurs choix. Les participants avaient également la possibilité de reformuler les thèmes et d'en ajouter.



## Les résultats

A l'issue de ce travail, les thèmes priorisés sont :

- La transversalité : ce thème est jugé prioritaire car les participants perçoivent beaucoup de freins à cette transversalité, dans les financements, dans les habitudes de travail au sein de l'ARS et sur le terrain. L'évaluation doit permettre d'apprécier les évolutions positives qui ont eu lieu, ou mettre en évidence les points sur lesquels peu de progrès ont été accomplis
- La territorialisation : ce thème est important car il permet d'analyser le déploiement effectif de la politique de santé sur le terrain. Il permet en outre d'explorer les questions d'accès à la santé, et les problématiques de coordination entre acteurs. L'évaluation devrait également donner des éléments d'information quant aux échelles pertinentes de la territorialisation des politiques.

Parole de participants :

**« À travers le thème sur la territorialisation, il faut aussi essayer d'aboutir à une définition plus fine des territoires, correspondant mieux à la réalité des besoins et de l'organisation des acteurs »**

- La prise en compte des besoins/la pertinence de la politique : les participants considèrent ce thème comme important car il est nécessaire de voir dans quelle mesure le PRS a permis de réinterroger cette question des « besoins des usagers » : la politique s'est-elle fondée sur une bonne analyse des besoins ? Le PRS a-t-il mis en lumière l'évolution et l'émergence de nouveaux besoins ?
- Les inégalités de santé : la réduction de ces inégalités est un objectif central de la politique. Il est donc important de porter un jugement sur l'évolution des disparités territoriales et socio-économique dans l'accès à la santé. Explorer cette question permet aussi d'identifier les coopérations qui se sont mises en place avec les acteurs de l'éducation, de l'environnement, de l'action sociale, etc.

Plusieurs tables ont reformulé le thème de la **performance économique** en le liant à la question de qualité du système de santé. Les participants ont souligné le besoin d'adopter une vision globale de cette question, en mettant en regard de l'évolution des budgets, l'évolution de la qualité du service proposé.

Parole de participants :

**« On ne doit pas analyser la performance économique seulement à travers la loupe des économies réalisées. Il faut se demander quel service on a derrière »**

La question du suivi et de la lisibilité de la politique de santé a été proposée par deux tables comme thème à ajouter.



*Une restitution dynamique et croisée des échanges*

### – Séquence 3 : les critères d'évaluation

#### L'objectif

Le travail de cette séquence consistait à entrer plus en profondeur dans la déclinaison du questionnement posé à l'évaluation. L'objectif était d'explorer plus concrètement les pistes pour répondre aux questions évaluatives. Les participants devaient se placer « dans la peau » d'un évaluateur se demandant comment mener à bien l'étude.

#### La méthode :

Chaque table était invitée à travailler sur un thème de l'évaluation. Après une présentation par le modérateur des questions évaluatives se rattachant à ce thème (généralement au nombre de 4), les participants devaient répondre à l'interrogation suivante :

« Pour répondre à cette question, que dois-je examiner ? ».

Les réponses possibles pouvaient relever de :

- sujets à creuser ou à ne pas manquer
- indicateurs pertinents à collecter ou à suivre
- faits à vérifier
- points de vigilance à prendre en compte
- acteurs ressources à contacter
- méthodes à déployer (entretiens, questionnaire...)

Après ce temps de travail, le modérateur se rendait à une deuxième table avec les notes des premiers échanges. Les participants étaient alors invités à amender, compléter, enrichir les propositions faites par la première table.

### Les résultats

Les propositions des participants ont été particulièrement nombreuses. L'équipe d'évaluation du PRS a choisi de les intégrer directement au « référentiel d'évaluation ». Cet outil décline les questions évaluatives en sous-questions et indicateurs. Il constitue le cadre orientant l'ensemble de la démarche d'analyse.

Certaines propositions des participants ont pu être reformulées à la marge, mais les évaluateurs se sont efforcés de restituer au mieux les mots et expressions proposés par les participants dans ce référentiel.

Les différents thèmes, déclinés notamment par les propositions des participants, sont présentés ci-après.

***Il est à préciser que les éléments présentés en annexe constituent une version provisoire du référentiel. D'autres indicateurs, sous-questions sont susceptibles d'être ajustés et/ou modifiés par l'ARS ou par l'équipe de consultants.***

#### **– La suite de l'évaluation**

Grâce aux éléments recueillis à travers le forum, l'évaluation elle-même va pouvoir être lancée. Les consultants, avec l'appui de l'ARS, vont initier une série d'entretiens auprès des acteurs de la santé au niveau régional, ainsi que dans les territoires. Ces entretiens seront complétés par un important travail d'analyse documentaire et d'analyse des indicateurs disponibles.

Le référentiel d'évaluation, présenté en annexe, constituera la grille d'analyse servant de guide pour les entretiens qualitatifs, et d'outil de référence dans l'analyse documentaire.

Le travail d'évaluation du PRS se décompose en deux temps, avec une évaluation intermédiaire qui vise plutôt à porter un regard large sur les aspects de conception et de mise en œuvre de la stratégie de santé, et une évaluation finale, centrée plutôt sur les résultats et les impacts de la politique.

Cette démarche globale enrichira la conduite et la mise en œuvre des actions portées par l'ARS. Elle permettra en outre de faire émerger des pistes de travail pour le prochain Projet Régional de Santé.

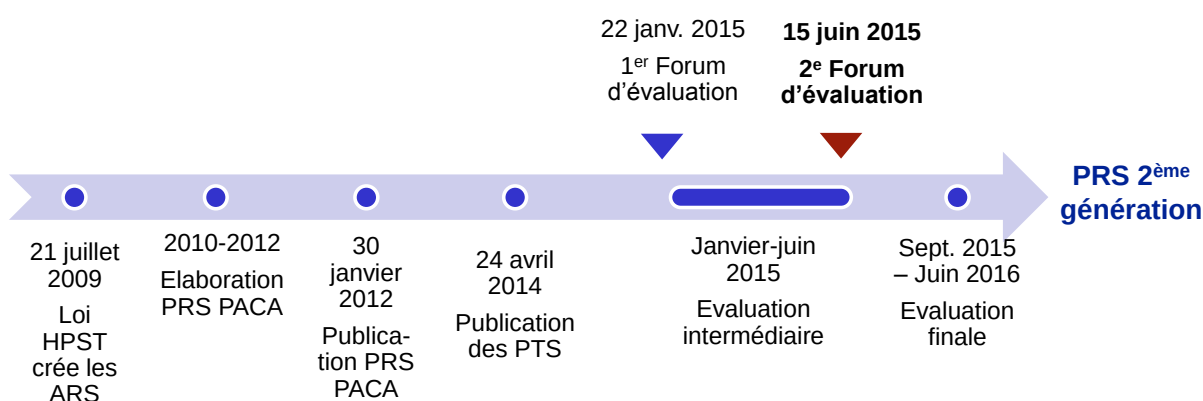
À l'issue de l'évaluation intermédiaire, un **deuxième forum** d'évaluation sera organisé autour du mois de juin pour en présenter les résultats et les discuter. Il sera bien évidemment ouvert à tous les participants de ce premier forum.

## Annexe 4 : compte-rendu du 2<sup>e</sup> Forum d'évaluation (15 juin 2015)

### – Les objectifs du forum

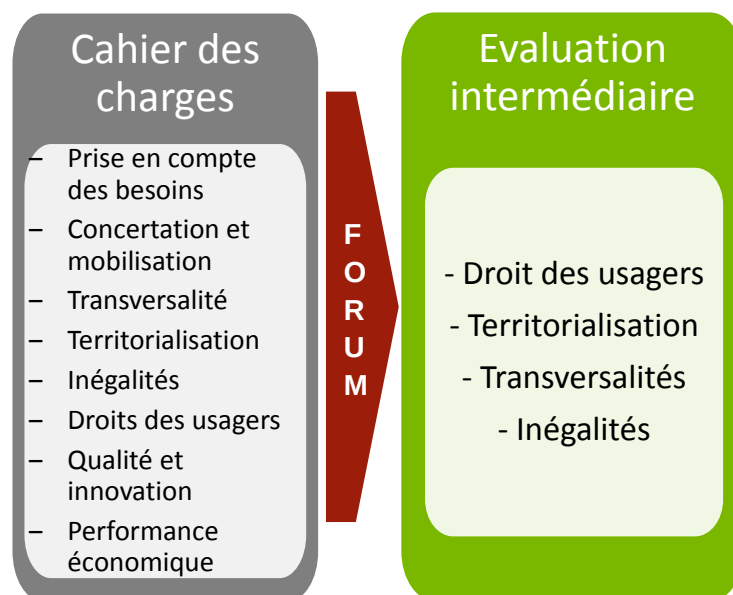
Après trois ans de mise en œuvre, à l'automne 2014, l'Agence Régionale de Santé a lancé l'évaluation du Projet régional de santé (PRS) 2012-2016.

Celui-ci avait été élaboré dans une logique de concertation et de dialogue avec l'ensemble des partenaires et des acteurs de la santé. L'ARS a souhaité que son évaluation s'inscrive dans cette même dynamique de transparence et de travail collectif. C'est pourquoi deux forums ont été organisés, pour permettre aux acteurs de contribuer directement aux analyses de l'évaluation.



Un premier forum a été organisé en janvier 2015 pour travailler sur le cadrage méthodologique de l'évaluation. Il s'agissait de définir avec précision les thèmes sur lesquels devait se centrer l'évaluation, et de formuler des questions auxquelles elle devait répondre.

À l'issue de ce premier Forum, 4 thèmes sur les 8 initiaux ont été retenus pour orienter l'évaluation.



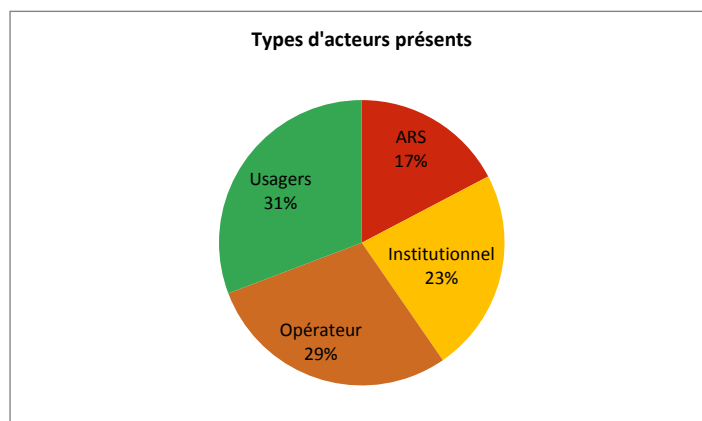
Sur la base de ces éléments, *Planète Publique* a réalisé un premier travail de collecte et d'analyse de l'information. Les consultants ont mené des entretiens avec une sélection de 45 acteurs de la santé de chaque département, représentant la diversité des types de structures (institutions, opérateurs, association d'usagers...) et des territoires. En parallèle, une analyse documentaire et un recueil des indicateurs produits par l'ARS ont été menés.

Ces travaux ont permis d'aboutir à une première série de constats provisoires. Le second forum de l'évaluation visait ainsi à faire un retour sur ces éléments, et à les soumettre à discussion pour les amender, les compléter et les illustrer.

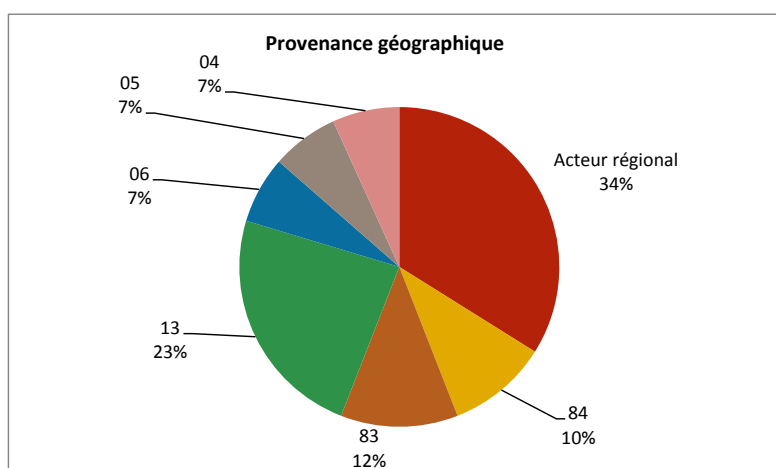
### – Les participants au forum

L'ensemble des représentants des six conférences de territoire (CT) ainsi que les représentants de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) ont été invités à participer à cette journée.

Au total, 43 participants ont assisté à ce Forum. Une large diversité d'acteur était présente, avec notamment une large présence de structures de prévention et de représentants d'usagers. Des agents issus des différentes directions métiers et délégations territoriales de l'ARS ont également participé activement aux échanges.



L'ensemble des départements de la région était représenté au Forum. Plus d'un tiers des participants étaient des acteurs dont l'activité concerne l'ensemble de la Région.



### – La méthode de travail

Dans le même esprit que le premier Forum, l'objectif était de permettre aux acteurs de réellement participer à l'évaluation, et non simplement de restituer les résultats des travaux des consultants sous la forme d'une réunion d'information.

Les participants ont ainsi pu donner directement leur avis de différentes manières. Lors de la **première séquence** de travail, les évaluateurs ont présenté synthétiquement leurs conclusions provisoires sur chacun des quatre thèmes d'évaluation abordés. Les participants réunis en plénière ont ensuite été invités à réagir, avant de **procéder à un vote électronique** permettant à chacun de se positionner par rapport aux premières analyses et de mettre en avant les constats les plus discutés.

Lors de la **deuxième séquence** de travail, les participants se sont répartis en petits groupes, pour aborder plus en profondeur chacun des quatre thèmes d'évaluation. Ils pouvaient ainsi se répartir librement entre les **6 tables thématiques** (2 sur les inégalités, 2 sur la territorialisation, 1 sur le parcours, et 1 sur le droit des usagers). Une rotation entre les tables au milieu de la séquence a permis aux participants d'aborder chacun deux thèmes. À chaque table, un modérateur du cabinet Planète Publique ou de l'ARS PACA a présenté les analyses sur lesquelles les participants ont été invités à se positionner (priorisées à partir du vote de la première séquence), et à apporter des exemples / illustrations. Le modérateur a facilité les échanges et pris en note les principales idées, afin de les restituer par la suite en plénière.

Ces deux approches étaient ainsi complémentaires. Le vote électronique et les échanges en plénière permettaient d'identifier rapidement une tendance générale par rapport aux conclusions proposées, tandis que le travail aux tables était plus adapté pour aborder en détail chaque sujet.

## – Séquence 1 : retour sur les premières analyses issues de l'évaluation

### ○ Droits des usagers

#### *Les analyses proposées par Planète Publique*

Sur ce premier thème, 5 analyses étaient soumises à discussion avec la salle :

#### **Les droits des usagers sont connus et exercés**

- Les instances d'usagers sont bien utilisées
- Depuis 5 ans, les droits des usagers ont évolué positivement
- Les différences sont fortes entre secteurs
- Le PRS a soutenu et non provoqué le déploiement du droit des usagers

#### *Réactions des participants*

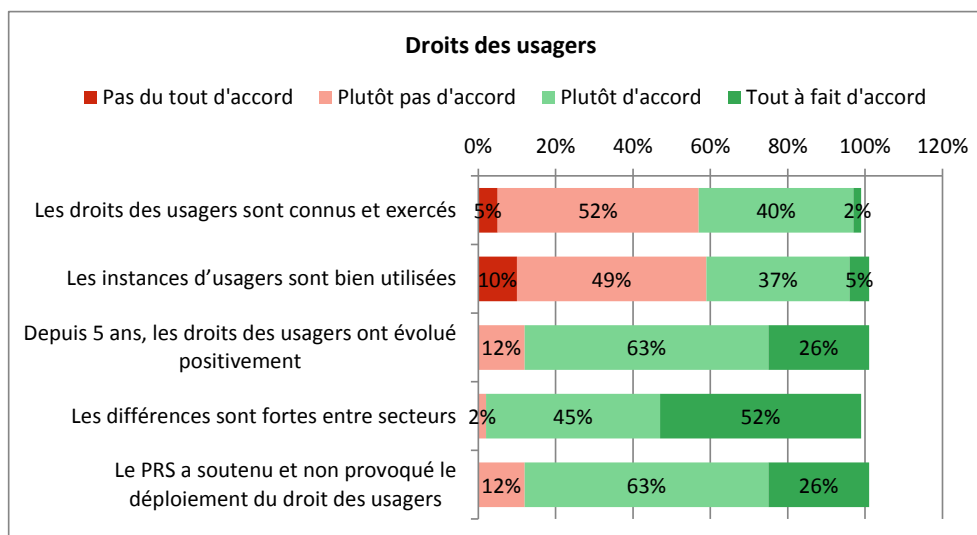
- La question de « **la formation ou l'accompagnement** » des acteurs sur cette question du droit des usagers, en lien avec l'évolution de la réglementation, est un enjeu important. Il ne s'agit en effet pas simplement d'adopter les outils une fois pour toutes.
- Il est particulièrement difficile d'aborder la **question du droit des usagers dans la médecine de ville**. Il faut trouver de nouvelles formules, inventer de nouvelles

approches, pour faire progresser les droits des usagers en ambulatoire. La question se pose aussi dans le cas de la HAD (hospitalisation au domicile).

- **L'annuaire des représentants d'usagers** est une pièce majeure, qui doit aider à exercer les droits. La première version de l'annuaire va être livrée. Il est essentiel que cet outil soit mieux connu et plus diffusé.
- Il est important de rappeler que les usagers ont des **droits et des devoirs**.
  - Il est difficile de faire des lois en matière de devoirs des usagers, qui relèvent parfois davantage de la civilité. Il est sans doute préférable de parler de « responsabilité » du patient et de son positionnement par rapport aux soins, plutôt que de « devoir ».
  - Les médecins ont parfois le sentiment d'un décalage entre une multiplication des textes sur les droits, qui est souvent dirigée vers les professionnels de santé, alors que la question des devoirs des usagers n'est pas abordée.
- Le système doit se rendre intelligible, accessible, et mettre en place les conditions pour que les personnes en difficultés puissent se sentir accueillies. Les usagers sont en effet souvent en position de vulnérabilité quand ils entrent dans le système de santé, ils sont souvent inquiets d'améliorer leur condition, et n'abordent pas ou peu la question de leurs droits.

#### Résultat du vote

Le vote électronique montre que les deux premières analyses, sur la connaissance et l'exercice du droit des usagers, et sur l'utilisation des instances, sont celles qui faisaient le moins consensus.



## ○ Territorialisation de la politique de santé

### Les analyses proposées par Planète Publique

Sur ce second thème, les analyses soumises au débat étaient les suivantes :

**Un important travail réalisé pour caractériser les territoires et identifier les territoires à**



**cibler**

**Les PTS : des outils de diagnostic et de programmation, encore peu appropriés par l'ensemble des acteurs**

**Un déploiement des CLS encore récent et peu décliné de manière opérationnelle**

**Des modalités d'animation (échelle, modalités, moyens) restant à préciser**

*Réactions des participants*

**Les conférences de territoire** « ont fortement **déçu** » sur le terrain. Un rapport du Sénat confirme d'ailleurs ce sentiment<sup>20</sup>. C'est pourtant un des rares lieux qui rassemble une **grande diversité** d'acteurs. La question de leur autonomie, en l'absence notamment de ressources propres, a également été soulevée.

- Les conférences de territoire ont été effectivement « **un ratage de la loi** ». Elles n'ont pas eu les moyens de devenir de véritables espaces d'animation. Il a ainsi été difficile d'aller au-delà du travail important de diagnostic mené avec l'ORS lors de l'élaboration de PTS, alors que la présence dans une même instance des acteurs opérationnels du territoire aurait sans doute pu permettre de lancer des chantiers communs. Ce problème n'est pas spécifique à la région PACA. C'est la loi qui n'est pas adaptée.
- L'ambition en PACA était que la conférence de territoire puisse devenir un instrument pour la **déclinaison opérationnelle du PRS**, en permettant aux territoires de travailler sur une matière concrète. L'objectif était également de créer, par les territoires, de la **transversalité** dans la stratégie. Les schémas sont catégoriels, mais les PTS devaient être l'occasion de créer cette transversalité.

La **démarche des PTS** est inaboutie : les diagnostics sont bons, les thématiques choisies correspondent bien aux spécificités et aux priorités locales. Chaque conférence de territoire s'est efforcée de mener ce travail d'analyse des besoins. Cependant la déclinaison opérationnelle n'est pas allée jusqu'au bout. Il a manqué de véritables fiches actions pour pouvoir réellement donner corps à ces outils.

Les constats proposés dans l'évaluation n'évoquent pas assez les **Plans locaux de santé publique**. Ces outils ne servent pas uniquement à la signature d'un CLS pour obtenir des financements. La démarche PLS est également une manière de bien ou mieux utiliser l'ensemble des dispositifs existants sur le territoire.

Pour ces démarches, qu'il s'agisse des PTS, des CLS, des PLSP ou des ASV, **l'animation** est véritablement la clef du succès de la dynamique. On constate que les démarches réussissent lorsqu'il y a des ressources pour cette animation, et que la personne en question a su tisser les liens avec les acteurs du territoire.

La question de la **place des élus** est centrale. Les démarches fonctionnent mieux là où les élus se sentent légitimes dans le dispositif. Si les Conférences Territoriales ont du mal à

---

<sup>20</sup> Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance, Rapport d'information du Sénat de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, 26 février 2014

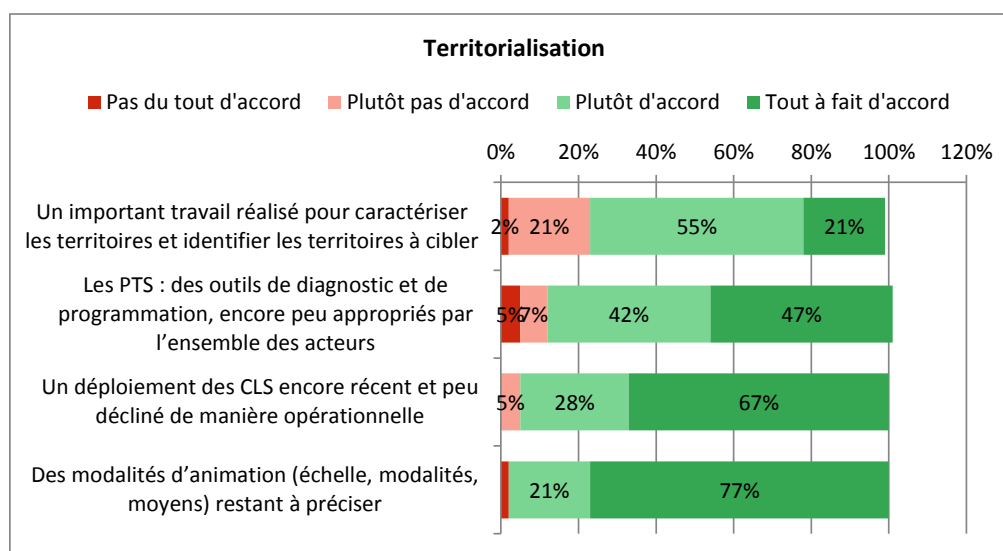


fonctionner, c'est souvent parce que les élus s'interrogent sur leur place dans le dispositif. Dans les CLS c'est souvent plus facile car leur positionnement est plus logique. Ils jouent un rôle important de relais auprès de la population.

L'évaluation indique que les CLS sont « peu déclinés de manière opérationnelle ». Dans certains cas, ce n'est pas tant sur les aspects opérationnels que les démarches achoppent, mais bien sur les **aspects stratégiques**. Dans le cas des CLS et PLS, l'enjeu est bien d'aboutir à une vision stratégique commune entre les différents acteurs. Or, cela n'est pas encore toujours le cas.

#### Résultat du vote

Le vote électronique montre que les analyses proposées étaient plutôt consensuelles. La première conclusion, sur le travail de caractérisation et de ciblage des territoires, est celle qui réunit le moins d'approbations.



## ○ **Coordination des acteurs et parcours de santé**

*Les analyses proposées par Planète Publique*

Sur ce second thème, les analyses soumises au débat étaient les suivantes :

Les dispositifs de coordination (MAIA, CTA....) se sont bien installés sur leur territoire

Les dispositifs de coordination sont insuffisamment adaptés à l'existant

Sur le terrain, la communication entre le médico-social et le sanitaire s'améliore

Les financeurs se « renvoient la balle » lorsque les sujets mêlent sanitaire, médico-social, prévention, social...

Le PRS soutient les initiatives locales en matière de coordination entre professionnels

*Réactions des participants*

La question de la transversalité est un sujet sur lequel les acteurs sont vraiment partis de zéro il y a quelques années. **La progression est donc visible.** Les médecins traitants sont de plus en plus sensibilisés à l'action commune, et les jeunes générations de médecins pensent de plus en plus en termes de santé globale.

**L'évaluation aborde bien la question du lien entre sanitaire et médico-social,** mais la prévention, de même que l'environnement, ont été laissés de côté. C'est en partie lié à un biais de sélection dans les structures interrogées, mais c'est aussi en soi révélateur de la marginalisation (budgétaire notamment) de ces thématiques dans la stratégie des acteurs institutionnels.

**La marginalisation de la prévention** est d'autant plus regrettable que c'est un secteur qui a particulièrement travaillé sur la question de la transversalité. La dynamique entre les acteurs est plutôt bonne en région PACA.

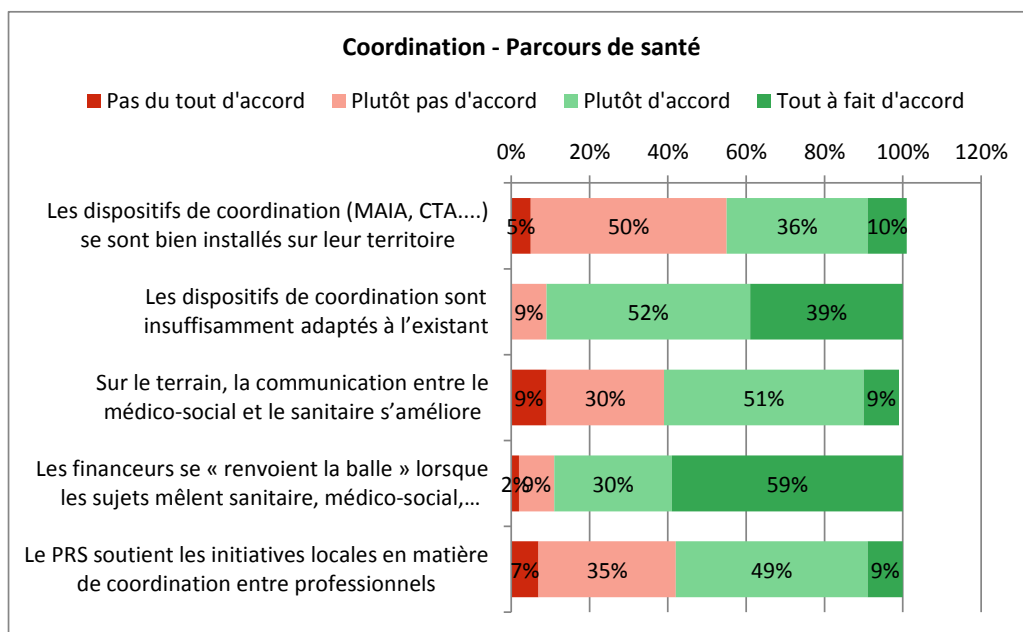
L'ARS cherche à rendre plus visible la prévention. Il est vrai que **le travail d'articulation s'est fait d'abord entre le médico-social et le sanitaire,** mais à travers les dispositifs financés, la prévention peut également être abordée, dans le cadre des MAIA notamment.

Sur la **question de « l'empilement » de structures abordé dans l'évaluation,** il est à noter que les MAIA et CTA ne sont pas de nouvelles structures. Il s'agit bien d'outils de coordination devant mettre en lien les structures existantes. Elles ont justement pour rôle d'éviter les empilements et de favoriser les passerelles entre acteurs.

La problématique de la transversalité ne se pose pas simplement au niveau des mentalités des différents acteurs. C'est avant tout une **problématique réglementaire, institutionnelle.** A ces niveaux, les cloisonnements sont encore très marqués et il sera difficile d'avancer significativement dans la mise en œuvre d'un véritable parcours du patient sans résoudre ces blocages.

*Résultat du vote*

Le résultat du vote électronique relativise les analyses proposées par les évaluateurs. Les participants se disent en effet majoritairement en désaccords avec l'idée que les MAIA et CTA sont plutôt bien installés sur leurs territoires. Ils sont également plus d'un tiers à ne pas se reconnaître dans le constat d'une amélioration de la communication entre médico-social et sanitaire.



## ○ Inégalités de santé

*Les analyses proposées par Planète Publique*

Sur le quatrième thème, les analyses soumises au débat étaient les suivantes :

**Le PRS a fait de la réduction des ISTS et de l'accès aux soins des priorités**

**Ces priorités se sont traduites par des financements conséquents et la mise en place de nombreuses actions**

**L'intersectorialité reste insuffisamment ancrée dans les habitudes de travail des acteurs**

**La mise en cohérence, la pérennisation et l'évaluation des actions menées doivent être davantage envisagées**

*Réactions des participants*

Les **inégalités de santé sont majoritairement d'origine sociale** ; or, dans un contexte où les inégalités sociales augmentent, il est particulièrement difficile d'identifier l'effet de l'action des pouvoirs publics.

La **question de l'accès aux soins** est un pré-requis pour aborder la problématique des inégalités de santé. Certes, les déterminants de la santé sont souvent d'origine sociale, mais à défaut de pouvoir agir directement sur inégalités, il est nécessaire de travailler sur la question de l'accès aux soins pour les populations défavorisées.

Les **Maisons de santé pluridisciplinaires** sont un bon outil pour lutter contre les inégalités de santé, mais il s'agit de projets souvent difficiles à mettre en œuvre. Ces projets ne peuvent pas émerger sans que les médecins libéraux ne s'en saisissent.

- Dans certains territoires où de tels projets auraient été pertinents au vu des besoins, les pouvoirs publics ont fait face à des résistances fortes de la part

des médecins libéraux. Cela étant dit, on observe un **changement progressif de mentalités**, notamment chez les jeunes médecins.

- Sur cette question des MSP, comme sur celle de la territorialisation, **la place des élus** est importante, car ils jouent un rôle clef pour donner l'impulsion à la dynamique.
- Il faut être **vigilant** à ce que les **nouveaux dispositifs** ne viennent pas priver de ressources d'autres démarches utiles. On peut craindre que la création de nouvelles MSP « aspire » les médecins d'autres territoires tout autant en difficulté.
- Les **pouvoirs publics ne doivent pas se contenter de subventionner des cabinets de groupes**. Ils doivent également veiller à ce que ces structures portent un véritable projet de santé globale, intégrant la prévention, l'accompagnement social, les soins...

Dans les territoires défavorisés, les difficultés se cumulent souvent. En effet, il est souvent difficile de mener des actions de prévention dans ces territoires, car le tissu associatif n'est parfois pas assez développé pour porter de tels projets.

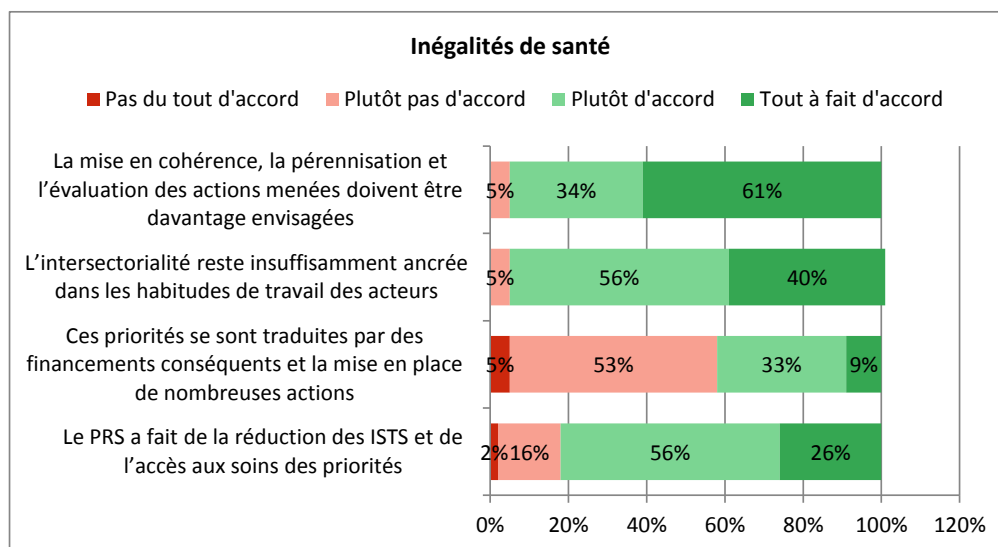
La réflexion sur les inégalités de santé doit également prendre en compte la dimension environnementale, en étudiant les liens entre santé et urbanisme, santé et transports notamment. **L'articulation entre l'action de l'ARS et les PLU notamment doit être renforcée.**

La **question des inégalités de santé** ne se pose pas que dans **le rural**. Elle existe aussi **dans les zones urbaines défavorisées**, dans des quartiers où les médecins ne viennent pas s'installer.

L'action de l'ARS sur les inégalités ne passe pas uniquement par les MSP. Dans sa relation avec les opérateurs, **l'agence s'appuie sur les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les établissements de santé** pour décliner les objectifs des Schémas (exemple : ces contrats abordent notamment la question de l'accès des personnes handicapées au système de santé).

#### *Résultat du vote*

Le vote montre que les participants ne se reconnaissent pas dans l'analyse d'un fort volontarisme (financier notamment) des institutions en faveur de la réduction des inégalités de santé.



## – Séquence 2 : approfondissement des premières analyses

Les échanges issus de la deuxième séquence de travail sont restitués ci-dessous de manière synthétique.

### ○ Droits des usagers

Le travail en atelier a d'abord fait ressortir le fait qu'il n'existe **pas de chantier lourd à mettre en œuvre** pour améliorer les dispositifs au service des droits des usagers. La « batterie » des droits existants est déjà consistante. Les participants ne mentionnent pas de sujet nécessitant un investissement législatif ou réglementaire, à part la question de l'évolution des Conseils de la Vie Sociale, dans le sens d'une meilleure représentation des usagers, à l'instar de la situation des CRUQPC. Il s'agit davantage de faire vivre cet ensemble de droits, d'assurer son déploiement et de permettre leur plein exercice.

Sur ce dernier point, les participants aux ateliers mentionnent que les droits des usagers sont plutôt connus de l'ensemble des professionnels, même s'il reste des manques ici ou là, en particulier de la part de professionnels de générations plus anciennes. En revanche, ils attirent l'attention sur le fait que **les droits restent plus ou moins connus des usagers** eux-mêmes, en particulier de ceux qui ne sont pas en établissement hospitalier ou médico-social. Une plus grande connaissance des droits par le grand public serait pourtant utile, en particulier sur certains points, comme la question de la personne de confiance par exemple.

Enfin, les participants aux ateliers notent que la question difficile reste celle de **l'exercice réel des droits**, qui passe par plusieurs voies :

- **le contrôle de l'accès aux droits** : celui-ci passe par les CRUQPC pour les établissements sanitaires et par l'évaluation des établissements pour le secteur médico-social ;
- **la transparence** : celle-ci existe par le biais de l'exploitation des rapports annuels des établissements par la CRSA ;
- **la formation** : la formation des professionnels et des représentants des usagers constitue un élément important de concrétisation de l'accès ultérieur des usagers à leurs droits ;
- **la qualité du management général de l'établissement** : bien que plus éloigné de la question de l'exercice réel des droits, la qualité du management général de l'établissement,

c'est-à-dire l'attention portée aux valeurs et au projet de ce dernier, est considéré par les participants comme ayant un impact direct sur la qualité de concrétisation des droits des usagers dans l'établissement ;

- **les relations interpersonnelles** : enfin, au bout du processus, la qualité d'exercice réel des droits des usagers est vue par les participants aux ateliers, comme une question de rapport entre un professionnel ou un accompagnateur et un usager ; la qualité de ce rapport humain est bien entendue fonction du temps disponible pour le professionnel, mais la posture de ce dernier, même en situation tendue, peut favoriser l'exercice des droits de l'usager.

## ○ Territorialisation

Dans un premier temps, les participants ont insisté sur **l'importance d'harmoniser les diagnostics**, selon une méthodologie unique et des indicateurs communs, afin de tenir réellement compte des spécificités territoriales (composition de la population, revenus...) et de prioriser les actions. Cependant, ils ont également alerté sur l'écueil que peuvent représenter les diagnostics trop longs (très mobilisateurs et chronophages), au détriment de la phase d'action opérationnelle.

Le regard porté par l'évaluation sur le thème a été jugé **trop centré sur les outils réglementaires** (CLS, PTS...), encore récents, et sur lesquels les participants ont jugé difficile la prise de recul. Toute une partie de l'action de l'ARS ne se base pas sur ces outils, et d'autres outils ou dispositifs territoriaux existent (ex : les maisons de santé pluri professionnelles, qui constituent un outil de coordination fonctionnel).

Par ailleurs, une réflexion a été menée autour du « **bon** » **échelon territorial d'action** et de la place des acteurs à ces différentes échelles territoriales (département, commune...) : quelle pertinence, comment trouver sa place ? Le PRS, qui apparaît très centré sur l'échelon départemental, pose la question de l'animation à différents échelons (métropole, vallée...), en particulier dans un **contexte de réorganisation des territoires**, dont l'ARS doit tenir compte.

La question de la **place des élus locaux** (mais également des professionnels libéraux) sur les questions de santé a également été posée, la contractualisation apparaissant comme un moyen de les impliquer davantage. Les participants ont cependant insisté sur le risque, dans certains territoires où les élus sont impliqués et cumulent les initiatives, de créer des différences voire des inégalités entre territoires.

En outre, les participants ont également évoqué la **place de la prévention**, restant à leurs yeux le « parent pauvre » sur les territoires, et bénéficiant d'une légitimité souvent insuffisante.

Enfin, si les leviers existent d'ores et déjà, (conférences de territoire, ROR, outils d'observation : – OSCARS – SIRSE – ICARS...), la territorialisation a besoin, pour fonctionner, de ressources en termes de personnes et de temps, et en particulier d'un **coordinateur dédié aux démarches de territorialisation**, afin d'impulser les dynamiques, pour qu'elles ne restent pas des coquilles vides.

## ○ Coordination – parcours de santé

Les participants estiment - à partir de leurs pratiques et de leur observation du terrain - que la **coordination entre les acteurs s'améliore effectivement**. Toutefois, les disparités sont grandes entre les secteurs. Les progrès sont considérables entre le médico-social et les soins, notamment sur le volet « personnes âgées ». Le développement de la HAD dans les EHPAD, la

collaboration dans le domaine des soins palliatifs, le développement des téléconsultations en EHPAD, en sont des exemples. Toutefois, les avancées au niveau de collaboration entre soins et médico-social sont moins nettes sur le volet « personnes handicapées », même si la signature de la charte Romain Jacob par l'APHM envoie un bon signal.

Les projets et dynamiques qui se mettent en place **laissent trop souvent la prévention à l'écart**. Les EHPAD et les structures de soins répondent ainsi rarement aux appels à projets préventions, bien que ceux-ci leur soient ouverts. Les participants constatent que cette prévention est notamment particulièrement difficile à mettre en œuvre dans le médico-social. Toutefois, le déploiement des démarches de coordination et d'exercice regroupé apparaît comme un levier pour développer ce type de passerelles. Dans certains territoires, ces MSP ont bien investi le champ de l'éducation thérapeutique du patient. D'autres ont répondu aux appels à projet Sport et Santé. Certaines MAIA ont également développé des actions dans le champ de la prévention. Ce type d'initiatives doit être encouragé.

Les participants notent que le **déploiement des MAIA et CTA ne se fait pas au même rythme selon les territoires**. Ainsi, il y a encore des zones blanches non-couvertes par des MAIA. En outre, certaines MAIA ont des difficultés à s'installer, en raison du manque de connaissance mutuelle et des faibles habitudes de travail collectif entre les professionnels du territoire. La mise en œuvre d'une telle dynamique est un processus long, et l'évaluation doit laisser le temps aux porteurs MAIA et CTA de tisser ces liens.

Il y a par ailleurs une **problématique de visibilité et de lisibilité de ces structures**. Les praticiens ne les connaissent pas toujours, et ne savent pas quand elles peuvent être mobilisées. Par ailleurs, le déploiement de ces démarches suscite, sur le terrain, le sentiment d'un empilement de strates, notamment par rapport aux réseaux de santé et aux CLICS. Cela renvoie en grande partie à un problème de communication sur ces dispositifs, qui n'ont pas vocation à se substituer ou à s'ajouter à l'existant, mais à éviter justement cet empilement, en renforçant les complémentarités entre les acteurs.

### ○ Inégalités de santé

Concernant les inégalités sociales et territoriales de santé, les participants estiment que la **dynamique**, déjà impulsée par le PRAPS, a été **confortée par le PRS**, qui en a fait une de ses priorités. Dans ce domaine, les financements devenus pluriannuels ont constitué une avancée importante, en permettant d'améliorer la continuité et la pérennisation des actions. Malgré cela, les participants regrettent le manque de partage du diagnostic réalisé sur le sujet, et une politique centrée sur les inégalités sociales, au détriment de la prise en compte des inégalités territoriales. Concernant la priorisation des territoires, elle est parfois à double tranchant pour des territoires non prioritaires, mais néanmoins hétérogènes.

Ils soulignent également le **manque de lisibilité globale vis-à-vis des actions mises en œuvre** sur le territoire, que le renforcement de l'accompagnement et de la mobilisation / animation des acteurs sur les territoires par l'ARS pourrait améliorer, en facilitant également leur mise en cohérence. La communication et la valorisation des actions, jugées insuffisantes, devraient également permettre d'alimenter d'autres dynamiques, dans une logique d'essaimage. Les participants ont souligné le besoin d'accompagner les acteurs dans une logique de « rendre compte plutôt que de rendre des comptes ».

Par ailleurs, les participants ont évoqué le **besoin de renforcer la coordination des acteurs**, considérant la communication comme une première étape, en les amenant à se rencontrer davantage. L'idée de « santé dans toutes les politiques » en reste à ses prémices, malgré les initiatives (ex : handi-santé) et l'existence de structures (Commission de coordination des politiques publiques). A ce titre, le rôle du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), incluant



les données médico-sociales et sociales en sus du sanitaire, outil développé par l'ORU pour l'ARS, a été souligné pour faciliter l'interconnaissance des professionnels.

En outre, **la politique sur les inégalités de santé**, qui se traduit par un programme spécifique (à travers le PRAPS et autres actions), **infuse peu les autres politiques**, dont elle est parfois déconnectée, et reste très centrée sur la grande précarité, sans tenir compte des inégalités d'accès de certaines populations handicapées, en soins palliatifs...

Les participants ont enfin insisté sur **l'importance de la prévention pour réduire les inégalités** de santé, et l'enjeu de la mobilisation des acteurs de ce champ, pour les convaincre de l'impact de leurs actions en matière d'inégalités de santé. En ce sens, l'appel à projets est considéré comme un potentiel outil de mobilisation, mais qui en l'état reste lourd.

### – Conclusions et suite de la démarche

Ce deuxième Forum d'évaluation a permis d'approfondir, d'illustrer et de nuancer les conclusions du travail mené par *Planète Publique*. Ces différents éléments viendront ainsi alimenter le rapport intermédiaire de l'évaluation du PRS, en complément des analyses effectuées à partir des entretiens et des indicateurs de suivi du PRS.

Les riches échanges de ce deuxième forum confirment la pertinence des quatre thèmes d'évaluation choisis. Le comité de pilotage prévoit ainsi que l'évaluation finale reste centrée sur ces problématiques, en les caractérisant au travers de quelques dispositifs ou secteurs spécifiques. L'objectif est ainsi de mieux comprendre les enjeux des droits des usagers, de la territorialisation, des inégalités... dans différents contextes.

A partir des sujets définitivement retenus, une nouvelle série d'entretiens, ainsi qu'une analyse documentaire seront menées pour creuser ces aspects. Ces éclairages apporteront ainsi une matière concrète supplémentaire, pour juger de l'apport du PRS sur les quatre problématiques d'évaluation, en vue de la production du rapport final.





**30, rue de Fleurus  
75 006 PARIS**

**[www.planetepublique.fr](http://www.planetepublique.fr)**

**01 80 05 16 05  
[contact@planetepublique.fr](mailto:contact@planetepublique.fr)**