

Evaluation finale du Projet Régional de Santé de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur



Rapport final v8

18 novembre 2016

Avertissement

Le présent document constitue le rapport définitif de l'évaluation du Projet Régional de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, réalisée de janvier à juillet 2016.

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
- Juliette Roullé, chargée d'études

Sommaire

1	LE PROJET REGIONAL DE SANTE	11
1.1	UN PROJET ELABORE DANS UN CADRE CONCERTÉ.....	11
1.2	LE PRS EN RESUME	11
1.3	ARCHITECTURE DU PROJET REGIONAL DE SANTE.....	12
2	LA DEMARCHE D’EVALUATION DU PRS	15
2.1	OBJECTIFS DE L’EVALUATION	15
2.2	RAPPEL DE L’EVALUATION INTERMEDIAIRE	15
2.3	METHODOLOGIE DE L’EVALUATION FINALE.....	16
3	PREMIER RECOURS ET EXERCICE COORDONNE	19
3.1	STRATEGIE : LE RENFORCEMENT DE L’EGALITE D’ACCES AUX SOINS : UN OBJECTIF NATIONAL DANS LEQUEL LA REGION PACA S’EST FORTEMENT IMPLIQUEE.....	20
3.1.1	<i>Une action régionale inscrite dans un engagement national, qui passe par un soutien important au développement des Structures d’exercice coordonné.....</i>	<i>20</i>
3.1.2	<i>Une réglementation nationale peu adaptée à la situation des territoires de la région Paca</i>	<i>20</i>
3.2	BILAN : DE NOMBREUSES DEMARCHES ET ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR SOUTENIR LES STRUCTURES D’EXERCICE COORDONNE ET LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICAUX.....	21
3.2.1	<i>Un paysage marqué par de nombreux acteurs engagés dans le soutien aux structures d’exercice coordonné.....</i>	<i>21</i>
3.2.1	<i>Un effort d’information et de mise en cohérence</i>	<i>22</i>
3.2.2	<i>Un accompagnement méthodologique de l’ARS, qui s’est traduit par une montée en charge significative des structures.....</i>	<i>23</i>
3.2.3	<i>Un engagement marqué de l’ARS pour soutenir la concrétisation de l’exercice coordonné et des projets de santé.....</i>	<i>24</i>
3.3	EVALUATION : UNE EVOLUTION ENCORE LIMITEE DES PRATIQUES, CONFRONTEES A D’AUTRES FACTEURS D’ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES.....	24
3.3.1	<i>Des structures d’exercice coordonné encore en phase de consolidation/maturation ...</i>	<i>24</i>
3.3.2	<i>Un développement encore timide des liens ville-hôpital.....</i>	<i>26</i>

3.3.3	<i>Apports et limites des actions menées dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale</i>	28
3.3.4	<i>Synthèse : Premier recours et exercice coordonné</i>	30
4	ADAPTATION DE L'OFFRE DE SANTE AUX PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	33
4.1	STRATEGIE : UNE STRATEGIE PERTINENTE PORTEE PAR UNE ARS VOLONTAIRE, CONFRONTEE AU PRINCIPE DE REALITE	34
4.1.1	<i>Un contexte de montée en charge de la nécessité de changements</i>	34
4.1.2	<i>Une ARS volontaire</i>	34
4.1.3	<i>Une stratégie pertinente de développement d'une offre de santé adaptée au parcours des personnes en situation de handicap</i>	35
4.1.4	<i>Une pertinence limitée par un investissement variable sur la stratégie</i>	35
4.2	BILAN : DES REALISATIONS CONCRETES, APPUYEES PAR UN EFFORT D'INGENIERIE ET DE SUPPORT	36
4.2.1	<i>Des dispositifs qui fonctionnent</i>	36
4.2.2	<i>Une ingénierie mobilisée</i>	38
4.2.3	<i>Une approche plus large en matière de support</i>	38
4.3	EVALUATION : UNE EFFICACITE REELLE, QUI RESTE A DEPLOYER A UNE ECHELLE PLUS LARGE	39
4.3.1	<i>Des dispositifs qui ont globalement fait la preuve de leur efficacité</i>	39
4.3.2	<i>Une efficacité qui ne dépasse pas, à ce stade, les expériences ponctuelles</i>	41
4.3.3	<i>Une étape d'après, freinée par deux facteurs lourds</i>	42
4.3.4	<i>Synthèse : Adaptation de l'offre de santé au parcours des personnes en situation de handicap</i>	44
5	AGIR PRECOCEMENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE, LES ENFANTS ET LES JEUNES	47
5.1	STRATEGIE : UN PRS QUI N'A PAS ETE PENSE DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, MAIS L'A INITIEE A TRAVERS UNE APPROCHE PAR POPULATIONS	48
5.1.1	<i>Un PRS articulant les plans d'action autour de deux publics phares plus que dans une notion de parcours</i>	48
5.1.2	<i>Le PRS cible une première approche populationnelle et multi-thématique sur les femmes enceintes, les parents et la petite enfance</i>	49
5.1.3	<i>Une deuxième approche populationnelle concerne les enfants, adolescents et jeunes</i>	49

5.2	BILAN : UNE MULTITUDE D'ACTEURS IMPLIQUEE DANS LE PARCOURS DE VIE DE L'ENFANT QUE L'ARS PACA CHERCHE A MIEUX COORDONNER	50
5.2.1	<i>Une multiplicité d'actions</i>	50
5.2.2	<i>Une multiplicité d'acteurs</i>	51
5.2.3	<i>Un effort de coordination de l'ARS PACA pour mettre en cohérence les professionnels de santé</i>	53
5.2.4	<i>Le déploiement d'actions de prévention au travers d'appels à projet et de soutien à de nombreux porteurs</i>	54
5.3	EVALUATION : UNE PERSPECTIVE DE PARCOURS QUI FAIT SENS MAIS N'EST PAS ENCORE FLUIDE ET ARTICULEE	54
5.3.1	<i>De la petite enfance à l'âge adulte : un parcours santé de l'enfant marqué par de nombreux jalons</i>	54
5.3.2	<i>Des difficultés dans le suivi et la persistance de points de rupture</i>	57
5.3.3	<i>Synthèse : agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes</i>	59
6	ELEMENTS DE CONCLUSION RELATIFS AUX EVALUATIONS INTERMEDIAIRE ET FINALE	61
6.1	LES EVALUATIONS INTERMEDIAIRE ET FINALE DU PRS ONT PORTE SUR DES SUJETS IMPORTANTS POUR LE PROJET REGIONAL	61
6.2	ENSEIGNEMENT GENERAL TIRE DES SEPT THEMATIQUES EVALUEES : DES ELEMENTS LOURDS DE TRANSFORMATION SONT A L'ŒUVRE	62
6.3	DEFIS ET FACTEURS CLES DE SUCCES POUR LE PRS 2	64
	ANNEXES	67
ANNEXE 1	FEUILLES DE CADRAGE DES TROIS THEMES D'EVALUATION	69
ANNEXE 2	: LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	77
ANNEXE 3	COMPTE RENDU DU FORUM D'EVALUATION DU 27 JUN 2016	81

Sigles

AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
ARS	Agence régionale de santé
CCOP	Commission de coordination pour l'offre de proximité
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CLS	Contrats locaux de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressources <i>autisme</i>
CREAI	Centre interRégional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CTA	Coordinations territoriales d'appui
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
ENMR	Expérimentation de nouveaux modes de rémunération
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Education thérapeutique du patient
FEMAS	Fédération des maisons et des pôles de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GCSMS	Groupement coopératif sanitaire et médico-social
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
ITEP	Institut Thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MMG	Maisons médicales de garde
MRS	Maisons régionales de santé

MSP	Maisons de santé pluridisciplinaires
NMR	Nouveaux modes de rémunération
ORU	Observatoire régional des urgences
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDS	Projet de santé
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes précaires
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTS	Programmes territoriaux de santé
QPV	Quartier politique de la ville
SAT	Service d'accompagnement thérapeutique
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional de l'organisation de soins
SRP	Schéma régional de prévention
SEC	Structures d'exercice coordonné
TED	Troubles envahissants du développement
URPS	Union régionales de professionnels de santé

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 six départements de la région, où les Conférences de Territoires ont été directement associées à la rédaction de ces documents programmatiques.

1.2 Le PRS en résumé

Le PRS de la région PACA poursuit six objectifs généraux :

- 1 - Mieux organiser le parcours des patients dans le système de santé / Favoriser le maintien à domicile de la personne malade ou fragilisée par l'âge ou le handicap
- 2 - Favoriser l'accès à la santé des personnes les plus fragiles
- 3 - Préserver le capital santé des publics visés
- 4 - Assurer la sécurité sanitaire des populations
- 5 - Innover pour améliorer la qualité des prises en charge
- 6 - Faire face aux défis du système de santé : les réorganisations hospitalières

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

- l'accessibilité du système de santé ;
- l'approche globale de la santé ;
- la mise en synergies des acteurs ;
- la promotion de l'innovation ;
- l'efficacité 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.

1.3 Architecture du Projet régional de santé

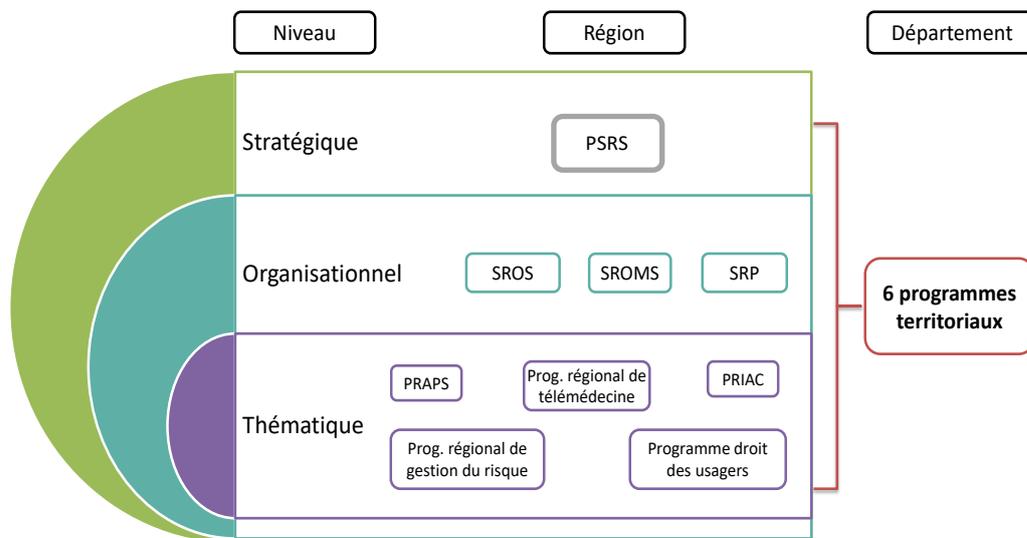
Le PRS constitue un ensemble de programmes et schémas qui organisent l'activité des acteurs intervenant dans le domaine de la santé sur le territoire de la Région PACA. Il comporte trois composantes principales :

- 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 ; le PRSR se compose de six domaines stratégiques, chacun décliné en objectifs généraux et en objectifs spécifiques ;
- 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 ;
 - la signature de Contrats locaux de santé (CLS), entre l'ARS et les collectivités locales, permettant de définir les axes stratégiques et les programmes d'action communs en matière de politique locale de santé ;
 - les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus entre l'ARS et les établissements de santé.

Enfin, des **contrats** signés entre l'ARS et ses partenaires institutionnels (Assurance maladie, délégations de l'Etat en région, collectivités territoriales...) sont également prévus dans le cadre du PRS pour mener des actions.

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** : l'évaluation devait 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 état des lieux 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, en cherchant à estimer l'atteinte des objectifs et à comprendre les éventuels écarts avec l'existant ; le faible recul temporel ne permet généralement 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 Rappel de l'évaluation intermédiaire

Deux phases d'évaluation étaient prévues : une phase d'évaluation intermédiaire et une phase d'évaluation finale, restituée dans le présent rapport.

Le cahier des charges posait une liste d'une vingtaine de questions évaluatives, formulées par l'équipe projet en partenariat avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Dans un souci de lisibilité, ces questions ont été regroupées en huit 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 santé
- 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 est apparue nécessaire. Un premier 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 a ensuite permis de procéder à la sélection de **4 thèmes sur les 8 initiaux** qui ont été traités dans l'évaluation intermédiaire, réalisée de septembre 2014 à juillet 2015 :

- 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.

Le rapport d'évaluation intermédiaire relatif à ces quatre thèmes a été finalisé en septembre 2015.

2.3 Méthodologie de l'évaluation finale

2.3.1 Pilotage de l'évaluation

Le PRS avait 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 le 24 septembre 2015, pour arrêter les trois thèmes soumis à évaluation :

- premier recours et exercice coordonné,
- adaptation de l'offre de santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap,
- agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes.

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.

2.3.2 Une méthode participative

Comme pour l'évaluation intermédiaire, 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 un **forum d'évaluation participatif**, le 27 juin 2016. 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. Ce forum a permis de présenter et discuter les premières analyses de l'évaluation (*cf. compte-rendu en annexe 3*).

2.3.3 Déroulement général

L'évaluation intermédiaire a été conduite en 3 phases successives.

▪ 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 supports du PRS ;
- une série de 3 réunions de cadrage conduites avec les porteurs principaux des actions de l'ARS concernées par les thèmes retenus.

Ce travail s'est conclu par l'élaboration de trois feuilles de routes, cadrant définitivement chacune des trois approches d'évaluation (*cf. 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...).
- 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.

Un **échange avec l'équipe projet** a permis une première revue de la formulation des réponses aux questions d'évaluations.

Le **forum d'évaluation** a ensuite enrichi ces analyses, en y apportant des nuances, des compléments et des illustrations. 38 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.

2.3.4 Structuration des réponses aux questions d'évaluation

Pour chacun des trois thèmes, les réponses aux questions d'évaluation sont rédigées de manière homogène :

- 1- stratégie : modalités de prise en compte du thème dans le PRS

2- bilan : réalisations relatives au thème

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.

3 PREMIER RECOURS ET EXERCICE COORDONNE

Rappel des questions

- Quelle est la cohérence et la pertinence des actions menées par l'ARS Paca en faveur d'un renforcement de l'offre de soins sur les territoires fragiles au regard de la contrainte réglementaire nationale ? Comment ces actions s'articulent-elles avec le cadre réglementaire ?
- Dans quelle mesure l'efficacité du déploiement des structures d'exercice regroupé (MSP, centres de santé polyvalents), permet-elle de vérifier la capacité des actions déployées par l'ARS sur le sujet à peser significativement sur l'objectif de réduction de la désertification médicale dans les territoires visés :
 - Dans quelle mesure le développement des structures d'exercice regroupé sur le territoire régional s'est-il traduit, sur la période du PRS, par une évolution positive de la démographie médicale dans les territoires visés ?
 - Les actions déployées par l'ARS sur le sujet se sont-elles traduites par une évolution de la pratique médicale sur ces territoires ?
 - Les professionnels ont-ils développé l'ETP / les actions de prévention au sein des structures d'exercice coordonné, et cela a-t-il permis de renforcer la pluridisciplinarité et leur coordination ?
 - Quel a été le soutien de l'ARS dans ces domaines, et cela a-t-il constitué un levier pour les développer ?
 - Le déploiement des structures d'exercice regroupé s'est-il traduit, au-delà, par un renforcement de l'attractivité du territoire, et une évolution de son aménagement ? Sur ce point, les liens entre hôpitaux locaux et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) seront envisagés.
 - Quelles sont les actions menées par l'ARS pour favoriser les liens ville-hôpital ? ex : développement des plateformes territoriales d'appui, développement de la télémédecine, déploiement des Maisons Médicales de Garde (MMG) adossées à des services d'urgence, Coordinations Territoriales d'Appui (CTA)... ? Ces actions ont-elles permis de renforcer les liens entre les structures d'exercice regroupé, la médecine de ville et les acteurs de l'hôpital ? Quels sont leurs apports sur le renforcement de l'accès aux soins sur les territoires ?

3.1 Stratégie : le renforcement de l'égalité d'accès aux soins : un objectif national dans lequel la région Paca s'est fortement impliquée

3.1.1 Une action régionale inscrite dans un engagement national, qui passe par un soutien important au développement des Structures d'exercice coordonné

Depuis 2010, plusieurs engagements nationaux ont été pris en faveur d'un égal accès aux soins de la population, avec pour objectif de faire reculer les déserts médicaux. Ils se sont traduits en particulier par :

- une instruction ministérielle qui a lancé, en 2010, un plan d'équipement de 250 Maisons de Santé Pluridisciplinaires en milieu rural, avec des financements octroyés aux projets respectant un cahier des charges élaboré par la DGOS ; en 2012, des instructions complémentaires ont été données pour favoriser l'implantation de maisons de santé en zone urbaine sensible ou QPV ;
- le Pacte territoire santé 1, lancé en décembre 2012 par la Ministre des affaires sociales et de la santé qui a marqué un engagement national pour lutter contre la désertification médicale ; le renforcement de l'exercice coordonné en constitue un axe majeur : « *Engagement 5 : développer le travail en équipe* » ;
- le Pacte territoire santé 2, lancé en 2015, qui réaffirme notamment, dans son troisième engagement « *Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains* », la volonté nationale d'action en faveur de l'exercice coordonné ; ce nouveau Pacte intègre désormais les quartiers prioritaires de la ville dans la stratégie de développement des Structures d'exercice coordonné (SEC), et prévoit la généralisation, en 2015, de la rémunération d'équipe (règlement arbitral) ;
- le deuxième axe de la stratégie nationale de santé lancée en début d'année 2013 par la Ministre, qui visait à organiser les soins autour du patient et à en garantir l'égal accès ;
- la création de 200 maisons ou pôles de santé supplémentaires (par rapport à l'objectif de 800 maisons fixé en mars 2015) que l'État s'est engagé à accompagner afin d'atteindre 1 000 maisons en activité d'ici 2017, dans le cadre des 21 nouvelles mesures pour l'égalité des territoires, prises dans le cadre du comité interministériel aux ruralités du 14 septembre 2015.

Au total, au niveau national, le nombre de MSP ouvertes est passé de 174 en 2012 à 370 en 2013, puis 600 en 2014 et 820 fin 2015 (données DGOS).

C'est dans le cadre de la mise en œuvre des engagements du Pacte territoire santé que l'ARS Paca s'est lancée dès 2012 dans le soutien aux structures d'exercice coordonné.

3.1.2 Une réglementation nationale peu adaptée à la situation des territoires de la région Paca

Le cadre fixé par la réglementation nationale s'est avéré peu adapté aux particularités du territoire Paca. La région s'inscrit en effet dans un contexte particulier qu'il convient de prendre en considération pour lutter efficacement contre les déserts médicaux. Parmi ses spécificités, on note :

- une densité médicale la plus élevée de France (généralistes et spécialistes) avec une moyenne largement supérieure à la moyenne nationale. Au 1er janvier 2015, cela était

toujours le cas avec une densité de 352 médecins pour 100 000 habitants¹ (contre une densité médicale métropolitaine de 281 médecins pour 100 000 habitants) ;

- des inégalités infra-régionales de répartition de l'offre de soins importantes que les critères du zonage national n'ont pas permis de prendre en compte entièrement ; le SROS Paca indique ainsi que 2% de la population régionale vit dans des cantons ruraux, éloignés des services de soins, mais le plafonnement de la part des populations situées en zones « fragiles » a été fixé à 1,33% de la population régionale en Paca, soit 64 000 personnes ;
- une démographie marquée par le vieillissement de la population médicale et par une baisse importante des effectifs des médecins généralistes depuis 2007 ; au 1^{er} janvier 2015, l'âge moyen des médecins s'élevait à 53 ans contre 51,5 ans en moyenne en France ; concernant les effectifs de médecins généralistes libéraux/mixtes, la région a enregistré une baisse de 14,2 % de ces derniers, entre 2007 et 2015² ;
- un zonage qui a limité les moyens financiers à disposition de l'ARS Paca pour agir sur la répartition des professionnels de santé dans les territoires fragiles ou à risque ; cette difficulté a été en partie contournée par la définition de zones « à risque », et l'attention portée aux « alertes » des professionnels du territoire pour plus de réactivité et d'anticipation ; cette question du zonage devrait évoluer avec la mise en place de la nouvelle loi de santé qui prendra effet dans le cadre du PRS 2.

« Dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, la problématique des déserts médicaux s'ajoute à sa topographie particulière (département très étendu) et au contexte démographique préoccupant (baisse du nombre d'habitants en raison de la disparition des services de proximité). En conséquence, le délai d'attente pour consulter est important (2 à 3 mois). La mutualisation des hôpitaux est une option intéressante mais mal comprise par les professionnels. La question du délai de consultation se pose également dans le Vaucluse où il faut attendre parfois 6 semaines pour obtenir une consultation chez un psychiatre de ville. Des efforts sont pourtant faits à l'image du Centre Hospitalier de Montfavet dans lequel le projet d'établissement s'applique à faciliter cette accessibilité à la psychiatrie. »

Extrait interventions au 3^{ème} forum d'évaluation – 27 juin 2016

3.2 Bilan : de nombreuses démarches et actions mises en œuvre pour soutenir les structures d'exercice coordonné et lutter contre les déserts médicaux

3.2.1 Un paysage marqué par de nombreux acteurs engagés dans le soutien aux structures d'exercice coordonné

A côté des maisons de santé pluri-professionnelles qui s'inscrivent dans un cadre national, d'autres dispositifs structurent l'offre ambulatoire portée par l'ARS : les pôles de santé (mêmes principes

¹ Données issues du Conseil national de l'ordre des médecins

² Données issues du Conseil national de l'ordre des médecins

que les maisons de santé pluri-professionnelles mais sans regroupement physique des professionnels sur une unité de lieu), la télémédecine, les coopérations entre professionnels de santé (ou « délégations de tâches ») ou encore les maisons médicales de garde (pour les heures de permanence de soins). A ces structures ou pratiques s'ajoutent les centres de santé, des dispositifs promus ou soutenus par les collectivités territoriales, ainsi que différents types d'aides à l'installation des médecins.

S'agissant du Conseil régional, celui-ci a mis en place un dispositif propre et un cahier des charges « Maisons Régionales de Santé » dès 2011. Le rapprochement des approches de l'ARS et du Conseil Régional, s'est traduit par une labellisation commune : 17 des 18 Maisons Régionales de Santé (MRS) sont également labellisées Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

L'ARS et ses partenaires (centres ressources, URPS...), l'Etat, la Région et les autres collectivités territoriales sont ainsi autant d'acteurs institutionnels qui participent au financement et au soutien des structures d'exercice coordonné, dans un paysage diversifié mais parfois difficilement appréhendable pour les professionnels au premier abord. Les participants au troisième forum d'évaluation du 27 juin 2016 ont montré un certain consensus sur le manque de connaissance mutuelle des acteurs entre eux, des structures dans lesquelles chacun intervient et des différents publics auxquels ils s'adressent.

3.2.1 Un effort d'information et de mise en cohérence

Un référent « installation » a été désigné à l'ARS, pour faciliter et simplifier l'orientation des professionnels de santé lors de leur installation, et les accompagner dans leurs démarches. De nombreuses informations figurent sur le site du Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS).

La mise en place en 2011, à l'initiative de l'ARS, de la commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP) a également favorisé la mise en cohérence de l'ensemble des partenaires institutionnels. Prévue dans le cadre du SROS, l'objectif de cette instance est « *d'assurer la coordination et la cohérence des actions entreprises par l'ensemble des intervenants en matière d'offre de santé de proximité.* ». Cette commission est co-présidée par l'ARS, la Préfecture de Région, le Conseil Régional et, depuis peu, par l'URPS médecins. Le co-pilotage par la Région constitue une spécificité régionale, qui a facilité l'harmonisation de l'action. Fin 2014, sous l'impulsion de l'ARS PACA, l'ensemble des partenaires concernés a travaillé pour produire un Guide d'installation pour les médecins libéraux en région PACA.

Toutefois, aujourd'hui encore, le rôle de cette commission n'est pas toujours appréhendé avec netteté par les acteurs. Cette instance, qui est largement ouverte, est perçue par certains acteurs comme trop technique alors que d'autres regrettent son caractère trop institutionnel. Face à ce constat, des interrogations se font jour sur les objectifs, le périmètre et les participants de l'instance, pour en renforcer son apport. Parmi ces interrogations, l'idée d'en faire un espace de dialogue plus centré sur les enjeux du territoire et les problèmes des professionnels au sein des SEC, tout en renforçant la présence des professionnels et des élus, est avancée.

Plus opérationnel et disposant d'un périmètre mieux adapté que la CCOP tout en agissant en son sein, le Comité des financeurs répond aux attentes des partenaires en matière de coordination de leur action à travers une analyse individuelle des projets de SEC, et permet ainsi de coordonner les financements.

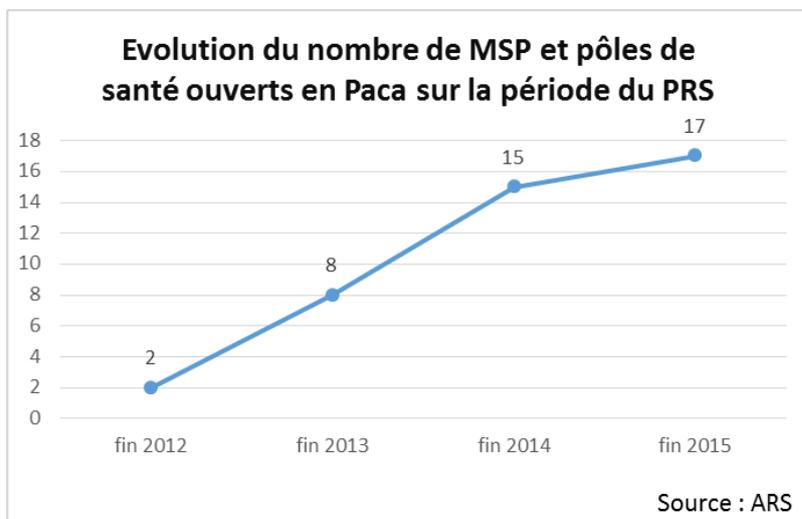
Au total, l'effort certain de coordination a permis de mieux harmoniser les financements. Cependant, l'existence d'une multitude d'acteurs, qui sont autant d'interlocuteurs différents pour les professionnels, participe à complexifier et renforcer le poids de la gestion administrative au sein des SEC (bilans et rapports multiples...).

De même, la persistance de problématiques de mise en cohérence est perçue par les professionnels comme un manque de souplesse et constitue un frein important au développement de la structure. Par exemple, l'absence de reconnaissance du statut de SISA par certains acteurs, a obligé le Pôle de Nice-les-Moulins à conserver un double statut SISA / association pour le financement de son médiateur santé, qui a renforcé la lourdeur administrative et la gestion.

3.2.2 Un accompagnement méthodologique de l'ARS, qui s'est traduit par une montée en charge significative des structures

L'action de l'ARS s'est concentrée sur l'accompagnement méthodologique des structures pour aider ces dernières à élaborer leur Projet de santé (PDS) et à se coordonner. Cela se manifeste tant par un soutien financé exercé via un CPOM, que par le pilotage de l'action des deux centres ressources (ORU Paca et FEMAS Paca) qui interviennent auprès des structures d'exercice coordonné. Ce positionnement est cohérent avec les financements octroyés par les autres acteurs (Préfecture, Région, Conseil départemental...) en matière d'investissement et de fonctionnement.

Dans ce cadre, les délégations départementales ont joué un rôle particulier dans les territoires pour suivre l'émergence de nouveaux projets : participation aux réunions sur site, suivi du diagnostic ...



Au final, dans un contexte régional de retard initial marqué, comparativement à d'autres régions, la Région Paca a connu, d'un point de vue quantitatif, une montée en charge intéressante sur la période 2012-2015. Au total, ce sont 17 maisons et pôles de santé qui ont ouvert fin 2015. A titre comparatif, fin 2012, l'ARS Bretagne comptait 21 MSP et pôles de santé ouverts, la Bourgogne en comptait 28.

Sur ces 17 structures, 5 sont en zone « fragile », 5 en zone « à risque », 7 hors zonage. Une trentaine de projets sont encore en cours, avec notamment une ouverture progressive en direction des quartiers politiques de la ville.

Figure 3 : Evolution du nombre de MSP et Pôles de santé ouverts en PACA sur la période du PRS

3.2.3 Un engagement marqué de l'ARS pour soutenir la concrétisation de l'exercice coordonné et des projets de santé

Dans cette évolution, l'ARS s'est distinguée par son important engagement dans l'accompagnement des structures dans la concrétisation de leur projet de santé. Plus spécifiquement, elle a apporté :

- un soutien au développement du temps de coordination au sein des structures (cofinancé par le Conseil régional) ; ce sont au total 12 structures qui ont été soutenues (6 MSP et 6 pôles), pour un financement de 0,3 ETP de coordination en moyenne par structure ; par ailleurs, un projet de formation à la coordination (encore en cours) a été lancé auprès des professionnels dès mars 2016 ;
- un soutien à la prévention : un appel à projets a été lancé en 2015 et a permis un financement de 11 actions portées par des professionnels de SEC, à hauteur de 118 000 € ; un nouvel appel à projets a été relancé en 2016 ;
- un soutien au développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) : 84 personnes dont de nombreux professionnels de structure d'exercice coordonnée ont été formés à l'ETP en 2013-14 ; ces formations ont été dispensées par le CRES avec des fonds de la Région ; de plus, 5 structures d'exercice coordonné ont développé des programmes d'ETP autorisés et financés : 2 sur l'obésité, 2 sur le diabète de type II, 1 sur l'asthme.

Par ailleurs, l'ARS en lien avec l'Assurance Maladie, s'est attachée à mettre en place une série de mesures et démarches visant à faciliter l'inscription des structures d'exercice coordonnée dans le règlement arbitral et, notamment par :

- un travail de pédagogie et d'accompagnement des structures face à un règlement assez contraignant ;
- un soutien à des demandes de dérogation (relatives notamment aux horaires d'ouverture) déposées par les 6 structures ENMR qui ont été, au final, validées au niveau national.

Au total, en Paca, ce sont 7 structures d'exercice coordonnée qui ont signé le règlement arbitral (dont 6 avaient participé à l'expérimentation des NMR).

3.3 Evaluation : une évolution encore limitée des pratiques, confrontées à d'autres facteurs d'attractivité des territoires

3.3.1 Des structures d'exercice coordonné encore en phase de consolidation/maturation

Les structures d'exercice coordonné sont encore récentes et se heurtent à des difficultés à plusieurs niveaux.

La lourdeur administrative reste d'abord une entrave importante à leur développement. Plus particulièrement, la pluralité de financeurs rend la gestion financière des structures d'exercice coordonné parfois complexe. L'absence de financements pérennes donne de la difficulté aux professionnels à trouver un équilibre économique et à se projeter dans des projets. Cette lourdeur administrative, qui est également chronophage, coûte aux praticiens même les plus impliqués et effraie les jeunes professionnels, ce qui tend à limiter leur installation.

Concernant plus spécifiquement le règlement arbitral, celui-ci constitue un projet exigeant pour de petites structures qui manquent parfois de temps pour des tâches de secrétariat et, ce d'autant plus que l'apport de ressources est limité. Plus généralement, un manque d'adhésion à ce dispositif peut

être constaté, en lien avec un cadre juridique peu incitatif, avec des positions réfractaires de certains syndicats médicaux et enfin, avec un manque d'information général. Au total, ce dispositif soulève, pour les professionnels, des questions administratives complexes, notamment en lien avec le statut de SISA qui est encore au stade expérimental.

Une seconde difficulté soulevée est la persistance de logiques libérales / concurrentielles et individuelles chez certains professionnels qui limitent la coordination au sein des SEC. Il s'agit parfois d'habitudes de pratique isolée, difficiles à faire évoluer surtout pour les anciennes générations. Certaines réticences perdurent également entre les différents professionnels vis-à-vis du partage de l'information du patient. Ainsi, la dynamique de coordination et sa réelle mise en application au sein de la structure restent progressives et nécessitent un investissement des professionnels. Au total, la démarche repose encore beaucoup sur le rôle moteur d'un professionnel comme, par exemple, le médecin coordinateur.

Enfin, ces défis internes persistants limitent encore le développement des nouvelles pratiques et services aux patients au sein des structures d'exercice coordonné. Concernant la prévention, un appel à projets de 2015 a déjà permis de soutenir un certain nombre d'actions. Même s'il est encore trop tôt pour en évaluer les effets, la structure d'exercice coordonné constitue une porte d'entrée qui peut faciliter l'accès du public aux actions de prévention.

Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), il s'agit d'une pratique plus ancrée et plus répandue que la prévention dans les SEC. D'une part, cette activité s'inscrit dans le cahier des charges des structures d'exercice coordonné et, d'autre part, l'approche est plus ciblée (souvent autour d'une pathologie) et, apparaît donc, davantage en lien avec les activités de soins.

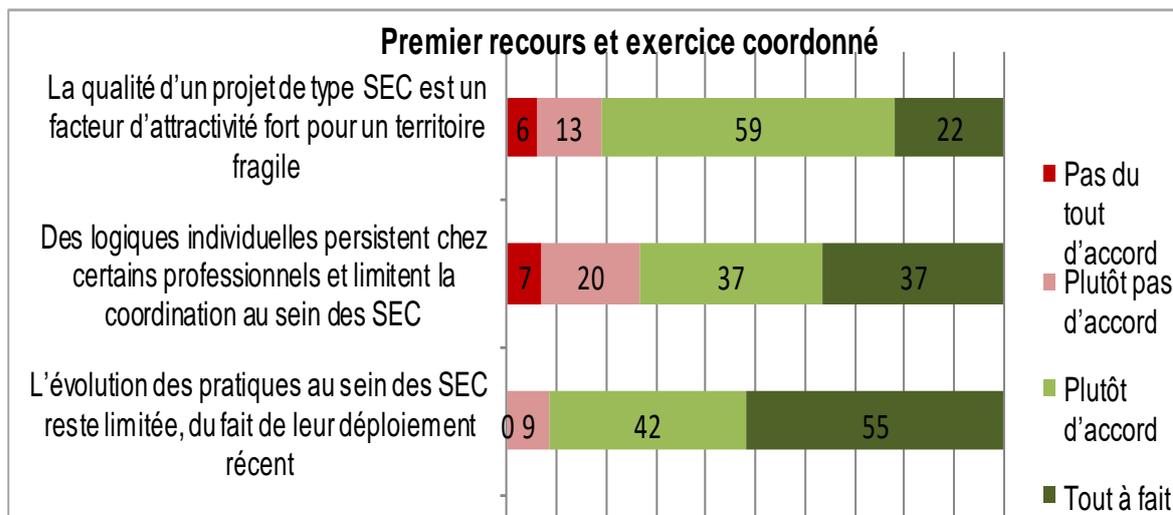
Figure 4 : Les liens entre la MSP et le centre hospitalier de Breil-sur-Roya

Illustration : l'éducation thérapeutique dans le Territoire Champsaur-Valgaudemar

- 11.500 habitants permanents
- 3 cabinets médicaux sont devenus des MSP
- 12 -14 médecins en région dans un territoire en croissance démographique
- Le pôle de santé qui existe depuis 2012 réunit les 3 MSP et d'autres professionnels de santé, soit environ 50 à 60 professionnels de santé et paramédicaux.
- Le pôle de santé permet de décharger les MSP pour l'organisation du projet ETP
- Projet sur l'asthme adulte :
 - 12 à 15 professionnels de santé impliqués
 - 30 45 patients/an
 - Impact : certaines personnes ont recommencé à faire du sport ; d'autres vont suivre le programme « Santé et Sports »
- Action Sport-santé :
 - Action en continuité de l'ETP ; l'objectif est que les personnes s'inscrivent dans une association sportive
 - Impact : Au total, ce sont 60 à 80 personnes pour toute la vallée Champsaur-Valgaudemar qui ont bénéficié de ces séances
 - Pas de suivi encore sur le nombre de personnes qui ont effectivement rejoint une association sportive ou qui se sont remises au sport suite à ses séances (trop récent)

Les avis émis par les participants au 3ème forum d'évaluation du 27 juin 2016 montrent que ces analyses sont plutôt consensuelles.

Figure 5 : Avis des participants au 3ème forum d'évaluation (27 juin 2016)



Au final, le développement de l'exercice coordonné et du projet de santé au sein des structures d'exercice coordonné reste fortement tributaire :

- du degré de maturité des structures : la mise en place d'actions d'ETP et de prévention concerne avant tout les structures installées et fonctionnelles depuis 2 ou 3 ans ;
- de la volonté forte de la part des acteurs, du fait de la logistique que cela suppose (pour la réponse aux appels à projets notamment), et du caractère chronophage et moins rémunérateur de la pratique ;
- de la présence d'un coordinateur (formé) au sein de la structure, qui apparaît souvent comme un élément décisif dans la concrétisation de ces démarches ;
- de la connaissance des ressources et acteurs sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer ;
- de la mise en place de solutions pour faire adhérer les patients aux projets de prévention et d'ETP.

3.3.2 Un développement encore timide des liens ville-hôpital

Selon les acteurs, un des facteurs clés de la réussite du projet de SEC est l'adossement à un hôpital local. Un consensus apparaît en effet autour de l'idée qu'il y a un intérêt à développer les liens ville-hôpital. Plusieurs arguments sont avancés, selon lesquels les liens ville-hôpital permettent notamment de :

- mieux gérer la sortie d'hôpital,
- favoriser le maintien à domicile en apportant des soins de qualité,
- favoriser la gestion des cas complexes.

« Un des éléments prédictifs de la réussite du PDS est l'existence d'un hôpital local associé au projet. L'hôpital local est la brique minimum qui permet de lutter contre le désert médical. Cette association permet de :

- construire une véritable communauté d'intérêt ;
- diversifier les revenus des professionnels à travers des moments d'exercice différents ;
- consolider le modèle économique de la SEC, qui peut être fragile si elle n'est pas soutenue par l'hôpital. »

ORU Paca

« Concernant le lien Ville-hôpital, il est souhaitable que les MSP s'appuient sur les hôpitaux. L'exemple de l'hôpital de Breuil-sur-Roya est intéressant à cet égard. Autre exemple du renforcement du lien entre la médecine de ville et l'hôpital : Le centre hospitalier d'Embrun qui accueille dans ses locaux une MSP. La synergie entre MSP et hôpitaux est très intéressante bien qu'il y ait une inquiétude sur leur financement. »

« Concernant l'exercice coordonné, la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est également un système intéressant car il permet aux professionnels de se focaliser sur la santé et de se libérer des questions administratives. »

Extrait interventions au 3^{ème} forum d'évaluation – 27 juin 2016

Face à ce constat, des liens et projets émergent parmi les professionnels des SEC pour renforcer les liens ville-hôpital. Toutefois, ces initiatives se font, pour le moment, de manière plutôt ponctuelle et dans des structures récemment installées. Parmi elles, on observe :

- des rapprochements entre médecins des SEC et certaines structures de type EHPAD ;
- des projets en cours concernant l'ouverture de consultations de praticiens spécialistes hospitaliers au sein des SEC (exemple entre l'hôpital de Menton et la MSP de Breuil-sur-Roya) ;
- des projets de télémédecine (télé-expertise en télé-radiologie). mais qui continuent de se heurter aux blocages habituels (non rémunération, problématique de responsabilités...) ;
- des liens entre plateformes territoriales (PTA) et SEC ; ces liens restent, toutefois, peu développés, du fait de leur caractère récent ;
- des formations à l'ETP ouvertes à l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire, qui favorisent l'interconnaissance des professionnels et le partage d'une culture commune.

Figure 6 : Les liens entre la MSP et le centre hospitalier de Breil-sur-Roya

Illustration : les liens entre la MSP et le centre hospitalier de Breil-sur-Roya

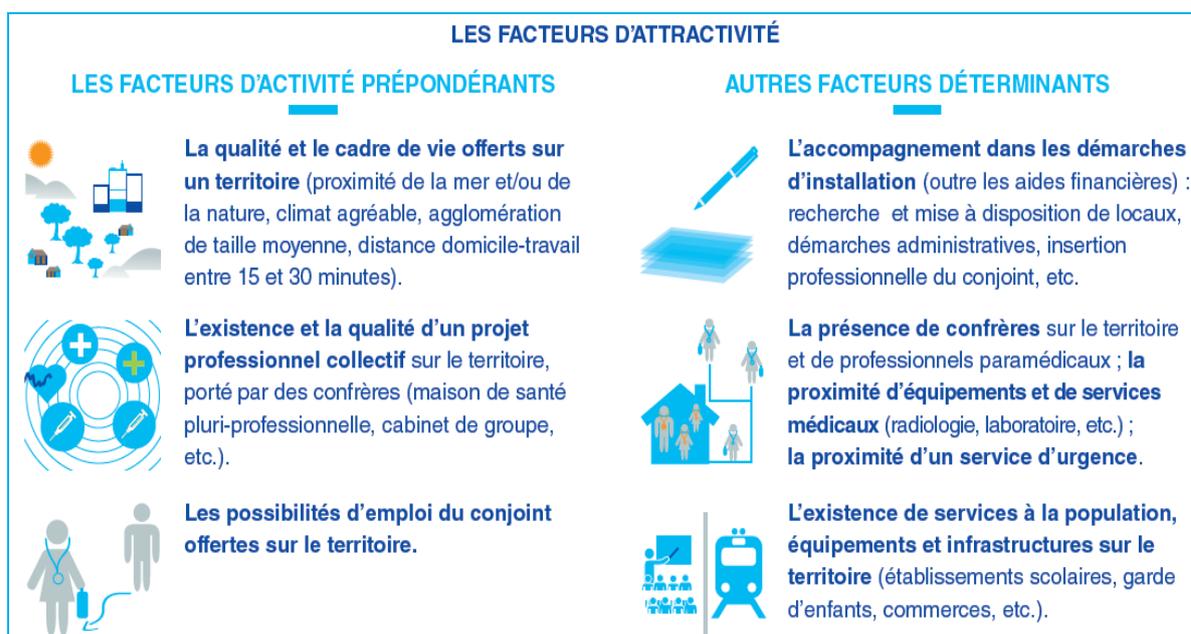
Les deux structures sont très imbriquées au regard de l'implantation de la MSP en plein cœur de l'hôpital. Il s'agit d'un partenariat aux apports multiples qui permet :

- une souplesse dans le fonctionnement ;
- la mise en place d'un plateau technique partagé entre l'hôpital et la MSP (salle de radiologie, salle d'échographie, échographe cardiaque, 2 salles de rééducation de kinésithérapie, cabinet dentaire, 2 salles de soins de spécialistes, un cabinet de groupe de médecins généralistes, les IDE libérales...);
- la création d'une dynamique de territoire, qui permet de faire venir des spécialistes à la MSP ; la gestion des coûts et la problématique du transport des patients pour l'hôpital sont ainsi limitées ; des spécialistes sont également attirés et prêt à se déplacer du fait de la présence de l'hôpital, qui assure une patientèle suffisante ;
- la permanence médicale / des soins : la création de la MSP permet d'assurer la présence d'un médecin dans l'hôpital de 7h à 21h, ce qui sécurise le fonctionnement de l'établissement et rassure les patients ;
- une offre de soins beaucoup plus vaste pour les patients / la population et une hausse de la qualité des soins (réduction des transports, confort accru...);
- une facilitation de la mise en place et du recrutement de l'IDE coordinatrice : mise à disposition par l'hôpital, cela permet que l'association des professionnels qui porte la maison de santé ne prenne aucun risque autour de ce recrutement.

3-3-3 Apports et limites des actions menées dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale

Une étude du CGET de 2015³ montre que l'installation de nouveaux médecins généralistes dans les territoires fragiles est conditionnée par de nombreux facteurs.

Figure 7 : Les facteurs d'attractivité médicale dans les territoires fragiles



³ En bref #4, CGET, septembre 2015

L'existence et la qualité d'un « projet professionnel collectif » de type SEC sont citées comme des facteurs d'attractivité prépondérants. En effet, l'apport d'un cadre d'exercice diversifié est rassurant pour les jeunes professionnels (travail en groupe, pratique diversifiée...) et cela d'autant plus lorsque la SEC est en lien avec d'autres structures (notamment centre hospitalier). Le jeune professionnel a alors l'opportunité de pouvoir diversifier sa pratique ou encore de suivre le parcours du patient.

Par ailleurs, l'exercice au sein d'une SEC et, notamment, à travers les stages, permet une démystification de la pratique médicale en zone rurale.

Toutefois, le modèle organisationnel des SEC ne suffit pas à lui seul à attirer de nouveaux professionnels dans les zones fragiles.

Force est de constater que les projets restent fragiles et, souvent, dépendant de l'investissement de professionnels moteurs. Ils ne réussissent pas toujours, en particulier, dans des zones où l'offre de soins est tellement limitée que la « base » nécessaire pour porter un projet de SEC est inexistante.

Par ailleurs, au-delà du lieu d'exercice, la question du cadre de vie dans lesquels ces jeunes médecins pourraient s'installer se pose et fait ressortir des problématiques d'aménagement du territoire plus globales (niveau de services, possibilités d'emploi du conjoint...).

Enfin, pour les professionnels ayant déjà fait le choix de s'installer en zone fragile, les dispositifs incitatifs sont, quant à eux, perçus comme un effet d'aubaine.

Ce sont autant d'enjeux qu'il convient de considérer en parallèle des actions envers une meilleure organisation en interne des SEC dans la lutte contre les déserts médicaux.

3.3.4 Synthèse : Premier recours et exercice coordonné

Conclusions

1. Un engagement national important en faveur d'un égal accès aux soins de la population, pour faire reculer les déserts médicaux
2. Un contexte régional marqué par une densité médicale la plus élevée de France, des inégalités infrarégionales importantes et une baisse des effectifs de généralistes
3. Un zonage national qui a limité les moyens financiers disposition de l'ARS pour agir sur la répartition des professionnels de santé dans les territoires fragiles ou à risque
4. Un engagement fort de l'ARS Paca dans sa volonté de renforcer l'égalité d'accès aux soins en soutenant la création et le développement des structures d'exercice coordonné ;
5. Un effort de mise en cohérence dans un paysage marqué par une pluralité d'acteurs engagés dans le soutien aux SEC
6. Un effort de coordination qui a permis d'éviter les doublons en matière de financement
7. Un rapprochement entre l'ARS Paca et la Région Paca dans une logique d'action et de soutien aux SEC complémentaire
8. Un soutien de l'ARS concentré sur l'accompagnement méthodologique des structures pour les aider à élaborer leur Projet de santé et à se coordonner ;
9. Une montée en charge intéressante des structures sur la période 2012-2015 alors que la région souffrait d'un retard certain en la matière ;
10. Un engagement marqué de l'ARS pour soutenir la concrétisation de l'exercice coordonné et des projets de santé au sein des structures
11. Une évolution des pratiques qui reste encore limitée du fait du caractère récent du déploiement des SEC
12. Des lourdeurs administratives et des logiques libérales / concurrentielles et individuelles persistantes ;
13. Des liens villes-hôpital encore trop timides, mais considérés comme importants par l'ensemble des acteurs
14. Un développement qui reste fortement tributaire de la maturité des structures, de la volonté forte des acteurs et de la connaissance des ressources disponibles
15. Des facteurs proprement médicaux à combiner avec des facteurs territoriaux et socio-économiques (cadre de vie, services de proximité ...) pour inciter les jeunes professionnels de la santé à s'installer dans les zones rurales

Orientations

- A. Favoriser la lisibilité de l'ensemble des dispositifs, structures et aides, dédiés à la recherche de meilleures situations d'accès aux soins dans les territoires fragiles ; pour cela, créer, améliorer et renforcer des outils de mise en cohérence ; poursuivre l'alimentation de la base de données « Aurore », créer un guichet unique sur les dispositifs du territoire ; mettre en œuvre des temps de rencontre où l'ensemble de ces acteurs santé pourrait échanger.
- B. Former initialement et en continu : intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé plus de liens entre le médical, social et prévention ; « décloisonner » l'ensemble de ces secteurs et sensibiliser les futurs professionnels de santé en améliorant leurs connaissances sur les « ponts » qui peuvent exister entre ces différents domaines ; miser sur le fait que la montée en puissance de l'exercice coordonné est aussi une question de mentalité.
- C. Maintenir / renforcer l'animation et l'accompagnement, notamment juridique et administratif, aux professionnels, ainsi que les moyens financiers (tout en considérant que les incitations financières ont leurs limites)
- D. Renforcer l'amélioration du lien ville - hôpital et du lien avec les plateformes territoriales pour les structures d'exercice coordonné
- E. Favoriser le développement de stratégies hybrides, c'est-à-dire de solutions intermédiaires plus souples dans les territoires où l'offre de soins est très limitée, plutôt que de promouvoir à tout prix les structures d'exercices coordonnées (exemples : recours aux professionnels en semi-proximité, organisation de consultations sur quelques jours de la semaine, par des professionnels « importés » sur le territoire)

4 ADAPTATION DE L'OFFRE DE SANTE AUX PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Rappel des questions

- **Pertinence des actions menées par l'ARS Paca :**
 - Le travail mené par l'ARS dans le cadre du PRS, et notamment le SROMS et le PRIAC a-t-il permis de structurer et/ou développer une offre de santé adaptée aux parcours des personnes en situation de handicap ? permet-il de répondre à la diversité des situations de handicap ?
- **Efficacité des actions menées** afin d'adapter l'offre de santé aux parcours de la personne handicapée :
 - De quelle manière l'ARS a-t-elle travaillé avec les opérateurs pour accompagner cette adaptation de l'offre ?
 - L'adaptation de l'offre de santé a-t-elle permis de prévenir les ruptures dans le parcours des personnes en situation de handicap ? A-t-elle permis d'améliorer l'accessibilité à l'offre, pour les différents types de handicap, en particuliers dans les moments clés des âges charnières : petite enfance, passage à l'âge adulte, vieillissement
 - Le travail mené dans le cadre du PRS sur l'adaptation de l'offre au parcours des personnes en situation de handicap a-t-il déjà donné lieu à une évolution de l'approche des professionnels et des logiques d'acteur ?

4.1 Stratégie : une stratégie pertinente portée par une ARS volontaire, confrontée au principe de réalité

4.1.1 Un contexte de montée en charge de la nécessité de changements

L'action de l'ARS se déroule depuis quelques années dans un contexte marqué par la montée en charge de plusieurs facteurs de changement.

Le premier de ces facteurs est d'ordre financier : la région PACA fait face à une offre de places en établissements, inférieure aux ratios nationaux ; mais il n'existe plus de perspectives favorables en termes de moyens pour y faire face, compte tenu des difficultés budgétaires récurrentes des finances publiques.

Sur le plan intellectuel ensuite, les changements résultent d'une réflexion générale transformée ces dernières années par la production de rapports nationaux structurants, qui ont contribué à réorienter les stratégies. Le principal rapport concerné au regard du sujet évoqué est bien sûr le rapport Piveteau, mais d'autres productions ont joué également un rôle (rapport Jacob, etc.).

Un troisième facteur de changement se situe dans le champ professionnel. Il résulte des réflexions ou des tentatives déjà existantes pour modifier les situations de manière innovante, qu'elles soient initiées par les textes ou qu'elles relèvent d'acteurs isolés. Cependant ces approches ne débouchaient pas toujours sur des solutions à la hauteur des enjeux. L'exemple des ITEP en témoigne : la circulaire de 2007 avait déjà bouleversé la situation de ces établissements, mais les actions restaient confrontées aux frontières sanitaires et sociales de ces derniers.

Au total, confrontée à ces facteurs de changement, l'ARS a été amenée dans ces dernières années à mieux identifier les nouveaux besoins des personnes en situation de handicap. Il en est ainsi par exemple en matière d'autisme ou de vieillissement des personnes handicapées. L'ARS est ainsi clairement repérée, dans cet ensemble de changements, comme un acteur important.

4.1.2 Une ARS volontaire

Face à ces évolutions, l'ARS apparaît comme un acteur volontaire, utilisant les outils prévus par la loi (PRS notamment) et les réflexions à sa disposition. Si le rapport Piveteau est en effet unanimement cité comme très éclairant, sa mise en œuvre sur le terrain, dans un contexte contraint et dans des délais appropriés, ne peut s'effectuer spontanément.

La démarche de l'ARS se manifeste ainsi d'abord dans le Projet régional de santé lui-même, qui inclut la définition d'une stratégie adaptée, formulée dans le SROMS et déclinée quantitativement dans le PRIAC. L'ensemble des éléments fondateurs, mis en œuvre depuis quatre ans pour adapter l'offre de santé aux parcours de vie des personnes en situation de handicap, sont contenus dans ce schéma et ce programme.

Cette stratégie est fondée sur les principes de proximité et d'accessibilité, en privilégiant les prises en charge en milieu ordinaire. Le SROMS veut « garantir l'accessibilité des personnes à des prestations de service de qualité et le libre choix de vie des personnes par un meilleur soutien à la vie à domicile, un accompagnement individualisé et la prise en considération du parcours de vie dans toutes ses dimensions ».

La stratégie affiche également le principe de plurivalence des établissements qui vise à ne pas enfermer ces derniers dans des catégories et à favoriser la diversification croissante des publics pris en charge et le décloisonnement des clientèles.

Elle se matérialise également par une volonté de fluidité et d'adaptabilité de l'offre aux besoins (exemple des enfants autistes).

Sur la base de ces principes, la structuration de l'offre médico-sociale est ainsi définie non seulement par réaction à la demande de terrain, comme cela était principalement le cas auparavant, mais aussi par planification volontaire. Les mécanismes d'appels à projets et de plateformes en témoignent.

Cette volonté de changement est clairement perçue par les acteurs rencontrés, comme le montrent certaines expressions récurrentes, reprises dans le verbatim ci-dessous.

- *« l'ARS veut mailler, structurer ... »*
- *« l'ARS met les acteurs autour de la table »*
- *« l'ARS émet des principes nouveaux : comment pouvez-vous mieux vous coordonner ? »*
- *« l'ARS est attentive aux projets innovants »*
- *« l'ARS se bouge »*

Verbatim acteurs rencontrés

4.1.3 Une stratégie pertinente de développement d'une offre de santé adaptée au parcours des personnes en situation de handicap

Au-delà du volontariat, la stratégie adoptée par l'ARS pour développer une offre de santé adaptée au parcours des personnes en situation de handicap, paraît pertinente.

Elle repose en premier lieu sur une planification importante de places « tous types de handicap » dans le Priac, qui s'inscrit dans la logique de recherche de plurivalence des établissements.

Elle cherche également à promouvoir un changement profond de logique d'action, qui passe d'une approche mono-établissement à une approche de type plateforme, articulant différents établissements pour favoriser les parcours.

Cette stratégie porte également en elle un meilleur ciblage, en prenant en compte des problématiques ou situations spécifiques, comme pour l'autisme, les 16-25 ans, ou les PHV.

Enfin, elle cherche à répondre à des situations mal ou non traitées par le droit commun : personnes handicapées souhaitant accéder aux consultations ou à l'hôpital ; personnes autistes de haut niveau cherchant une insertion professionnelle mais ne trouvant pas de solutions via le droit commun de Pôle Emploi ou de l'Agefiph ; ensemble des personnes se trouvant dans des situations complexes ...

L'ensemble de cette stratégie est appuyée par une ingénierie adaptée, déclinée notamment à travers les CPOM ou les appels à projet.

4.1.4 Une pertinence limitée par un investissement variable sur la stratégie

Si la stratégie du SROMS pointe un ensemble de priorités pertinentes, le principe de réalité rend difficile l'investissement systématique de ces dernières. Plusieurs exemples témoignent de cette difficulté :

- l'action en direction des PHV est une priorité, mais n'est pas encore réellement engagée, sauf à titre expérimental ; les réponses sont difficiles à trouver, la palette des solutions n'étant pas aussi large que pour d'autres publics ;
- l'appel à projet 16-25 ans démarre seulement maintenant ;
- la question de l'accès aux soins n'est pas encore réellement portée par la transversalité avec le sanitaire (SROS) ; le dispositif expérimental Handi-Santé fait figure d'exception ;
- des besoins existent également pour les aidants, mais restent insuffisamment pris en compte aujourd'hui, faute de moyens ; les places d'accueil temporaire restent relativement limitées ;
- la désignation d'un établissement de référence par territoire, pointée par le SROMS, est restée, à ce stade, à l'état de vœu ;
- le travail plus interne, relatif aux logiques d'actions des professionnels, pour accompagner l'évolution de leurs métiers, n'est pas vraiment pris en compte dans le PRS.

4.2 Bilan : des réalisations concrètes, appuyées par un effort d'ingénierie et de support

4.2.1 Des dispositifs qui fonctionnent

L'ensemble des informations collectées à propos des dispositifs ou initiatives mis en œuvre pour adapter l'offre de santé aux personnes en situation de handicap, montre que ces démarches fonctionnent et ont à leur actif de premières réalisations :

- **Job coaching** (13)

Le dispositif Job coaching d'insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire vise à accompagner de jeunes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle en proposant une prise en compte spécifique de leurs besoins. En France, 1 personne sur 150 est concernée par cette problématique, dont 50 à 70% sans déficience intellectuelle ; on recense dans cette population des taux de chômage allant de 76 à 90%. Suite logique du dispositif d'intégration scolaire en milieu ordinaire, ce dispositif répond au manque de structures spécifiques accompagnant ces jeunes dans leur vie sociale et professionnelle.

Il comprend différentes phases : évaluation (diagnostic, bilan de compétences, bilan cognitif, profil psycho-éducatif) ; élaboration d'un projet professionnel individualisé ; stage en entreprise, accompagné par le job-coach de manière dégressive ; information et adaptation du poste de travail ; emploi en milieu ordinaire ; le job-coach reste disponible pour intervenir en cas de besoin et sécuriser l'emploi.

Le projet marseillais lie son succès à l'articulation des trois volets, professionnel, sanitaire et sociaux. Il se concrétise aujourd'hui par un effectif de 13 accompagnements en entreprise et d'interventions réalisées pour 13 autres personnes.

- **Service d'Accompagnement Thérapeutique** (La Bourguette, 84)

Ce service vise à améliorer les soins aux personnes handicapées, assurer la continuité de ces soins, garantir un accompagnement relationnel tant dans les registres médicaux et psychiatriques que dans ceux de l'intégration ou du maintien à la vie sociale. Le S.A.T. garantit par son accompagnement le maintien des personnes concernées au sein de l'institution. Il contribue à la

permanence de l'aspect intégratif du projet, du lien social, en évitant le recours aux hospitalisations médicales longues ou psychiatriques.

Constitué d'une équipe pluridisciplinaire avec 1 ETP d'infirmière, 1/2 ETP de psychologue, 2 ETP d'AMP, un médecin psychiatre qui y consacre une partie de son temps institutionnel, le SAT déploie ses activités et interventions dans les domaines des traitements médicaux et psychiatriques, des soins infirmiers, des accompagnements personnalisés et adaptés aux situations de décompensation, de maladie et de crises, du recueil des informations et de la formation des personnels.

39 personnes sont ainsi accompagnées par cette sorte de « forfait soins » de l'ESAT.

- **Handi-Santé (13)**

Le service Handi-Santé est une structure d'appui, de coordination et d'orientation des personnes handicapées permettant un parcours de santé intra et péri-hospitalier sans rupture. Il concerne plus particulièrement les centres hospitaliers de Salon de Provence, d'Aix en Provence et de l'AP-HM, ainsi que leurs bassins d'attraction.

Un référent handicap est mis en place au sein des hôpitaux partenaires. Il s'agit d'une personne référente pour les personnes et les familles assurant les liens avec les équipes médicales. Une fiche de liaison, restant détenue individuellement comme un carnet de santé, est proposée afin de faciliter la transmission d'informations sur les habitudes de vie et besoins de la personne hospitalisée. La communication est facilitée à l'aide de pictogrammes et de texte traduits en Facile A Lire et à Comprendre.

La mise en place des fiches de liaison est aujourd'hui utilisée par 15 à 20% des personnes en situation de handicap qui arrivent à l'hôpital.

- **Commission des situations critiques**

Ces commissions, mises en place par les MDPH, réunissent l'ARS, le CD, la CPAM (caisse primaire d'assurance-maladie), le secteur hospitalier adulte et enfant, les représentants des gestionnaires médico-sociaux, les représentants des personnes et de leurs familles et l'Education Nationale, ainsi que, en tant que de besoin, les directeurs des établissements concernés.

Elles visent à examiner les situations critiques, c'est-à-dire celles dont la complexité de prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause : retours en famille non souhaités et non préparés, exclusions d'établissement, refus d'admission en établissement ...

Chaque commission identifie les éléments de blocage et les modalités permettant d'aboutir à une réponse adaptée. Elle formalise une solution, qui sera présentée à la CDAPH. Elle signale à l'ARS les situations pour lesquelles aucune réponse locale n'a été trouvée.

Ces commissions fonctionnent selon des modalités différentes par MDPH : certaines séparent le traitement des situations d'enfants et des situations d'adultes ; les fréquences peuvent varier ...

Dans les Bouches-du-Rhône, ce sont ainsi 34 situations qui ont été traitées en 2015, tandis que les Alpes-Maritimes sont parvenues à des solutions pour 27 situations en 2015.

- **Plateforme autisme et déficiences intellectuelles** (La Bourguette, hôpital Montfavet, ARI)

Suite à appel à projets (2013), une nouvelle plateforme autisme dans le Vaucluse rassemble trois entités complémentaires bien différentes : l'ARI, Association Régionale pour l'Intégration qui gère plus de 35 établissements et services et se consacre à l'intégration des enfants et adultes handicapés, le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) de Montfavet, établissement public de santé

mentale qui a une mission de prévention, de soins en santé mentale et de réinsertion sociale et l'association La Bourguette Autisme qui accueille plus de 200 résidants autistes, présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED) ou enfants polyhandicapés dans ses 9 établissements.

Cette plateforme comprend un SESSAD de 20 places et un IME de 15 places pour enfants autistes et de 6 places pour enfants déficients intellectuels. Les trois entités ont regroupé leurs compétences dans un GCSMS (groupement coopératif sanitaire et médico-social) pour mener à bien ce projet, qui a connu un démarrage effectif début 2016.

- **ITEP et SESSAD 06**

Le fonctionnement en dispositif ITEP délègue à l'établissement la possibilité d'adapter les modes d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation du jeune, selon une procédure préalablement définie avec la MDPH.

Aujourd'hui, 260 lits et places sont disponibles sur le département des Alpes-Maritimes. Les dispositifs ITEP sont « complets » avec un taux d'occupation tout à fait satisfaisant.

4.2.2 Une ingénierie mobilisée

La concrétisation de ces réalisations n'est pas uniquement le fruit des changements intellectuels et professionnels de points de vue de ces dernières années, et de la définition volontaire d'une stratégie par l'ARS. Elle résulte également de l'utilisation d'une ingénierie adaptée, qui se manifeste par différentes approches.

Le levier financier de l'ARS ne peut d'abord être passé sous silence. Il donne en effet de la souplesse et de la possibilité d'action à des démarches nouvelles, comme les financements FIR en témoignent, par exemple à propos de certains cas traités en commissions de situations critiques.

La montée en charge du processus des appels à projet est également à mettre à l'actif de cette ingénierie. Ces approches ont constitué des démarches très nouvelles pour les associations, peu habituées à des procédures qui ont tendu de plus en plus vers des démarches de type « marchés public » et qui sont souvent perçues comme « mettant en concurrence » les associations. Cependant, le mécanisme est en voie d'assouplissement, témoignant de cet effort d'adaptation de l'ingénierie à ces nouveaux contextes.

Dans cet ensemble de moyens déployés, la signature de CPOM joue un rôle fort, en offrant de la souplesse aux dispositifs, en leur permettant de s'adapter plus rapidement à de nouvelles conditions de fonctionnement et en évitant une pénalisation économique. Leur généralisation prévue pour 2021 devrait constituer un levier de transformation fort, supérieur à celui des appels à projets qui nécessitent des budgets de plus en plus difficiles à mobiliser.

Enfin, l'utilisation de mécanismes plus rares, mais pertinents, peut également être soulignée. C'est le cas par exemple avec le statut de GCSMS, utilisé notamment comme support de la plateforme autisme du 84 (cf. supra), qui facilite les problématiques d'emplois partagé de personnels appartenant à des établissements différents.

4.2.3 Une approche plus large en matière de support

Au-delà de l'ingénierie de gestion de dispositifs spécifiques, la concrétisation des réalisations a également été servie par des actions de support plus larges, bénéficiant à l'ensemble des acteurs concernés : professionnels, établissements, usagers, ...

Peuvent ainsi être citées :

- le déploiement d'actions de formation ; ainsi, en matière d'autisme, par exemple, des formations du CRA PACA sont effectuées en direction des professionnels et des aidants familiaux ;
- la diffusion d'informations ; le CREAI diffuse ainsi du contenu autour de plusieurs supports : site internet, « Lettre du CREAI PACA et Corse » en version électronique, publication annuelle d'un numéro thématique, publication et mise en ligne des études et actes des colloques ...
- la réalisation de travaux d'observation et d'études ; là encore, la démarche du CREAI illustre cette approche avec des travaux d'observation générale et courante relatifs à des dispositifs, établissements et services des secteurs social et médico-social, à des schémas sociaux et médico-sociaux, aux principales données sur les populations en situation de handicap ; ces travaux peuvent donner lieu à des publications et articles thématiques ; des observations ciblées spécifiques sont également réalisées : le CREAI est ainsi sollicité par l'ARS pour repérer les jeunes handicapés qui restent à domicile car ces derniers n'ont pas trouvé d'établissements qui puissent les prendre en charge.

4.3 Evaluation : une efficacité réelle, qui reste à déployer à une échelle plus large

4.3.1 Des dispositifs qui ont globalement fait la preuve de leur efficacité

Au-delà des réalisations administratives et techniques concrètes analysées dans la partie précédente, les dispositifs d'adaptation de l'offre de santé aux personnes en situation de handicap ont également produit des résultats pour les bénéficiaires et montré ainsi leur efficacité.

Les dispositifs expérimentés ont d'abord permis de mieux prévenir les ruptures et d'améliorer l'accessibilité à l'offre, ce qui constituait des objectifs majeurs de la stratégie arrêtée.

Plusieurs indices témoignent de cette efficacité :

- en premier lieu, les dispositifs donnent satisfaction aux acteurs rencontrés qui, à une très grande majorité estiment aujourd'hui qu'« il serait impossible de s'en passer » ; c'est le cas par exemple du SAT du Grand Réal dont l'action dans la durée procure autonomie et confort aux bénéficiaires, avec des approches de prévention peut-être plus développées que pour la population « lambda » : le service a un coût mais le retour est jugé positif ; de même, le fonctionnement en plateforme autisme permet aux enfants concernés de bénéficier, selon les besoins, des prestations de l'IME, du SESSAD ou de l'hébergement temporaire, sans attendre entre deux types d'établissements : l'ouverture existe, avant même que le besoin n'apparaisse ;
- ces dispositifs répondent au stress de la question récurrente pour les professionnels : « comment faire ? » ; ainsi, la coordination de trois entités différentes pour constituer la plateforme autisme du Vaucluse a permis de drainer et d'enrichir des pratiques différenciées ; plus largement, la diffusion de connaissances et de recommandations contribue à alimenter la mise en œuvre de nouvelles modalités d'action ;
- ils ne se limitent pas à des cas exceptionnels à enjeu limité mais parviennent à traiter des cas lourds, comme en témoignent les travaux des commissions des situations critiques ou l'expérience de Handi-Santé qui montre que le service est plus sollicité sur les cas délicats, pluri-disciplinaires, alors même que sa plus grande utilisation dans les cas courants serait nécessaire.

Ces résultats positifs ne se cantonnent pas dans un traitement superficiel des situations mais montrent également une action en profondeur, susceptible de laisser des traces plus importantes. Par exemple, les formations Handi-Santé vont jusqu'à questionner le regard du professionnel de santé sur la personne en situation de handicap et non uniquement la « simple » technique d'accueil de la personne en situation de handicap dans le service.

Enfin, ces résultats peuvent aller jusqu'à déclencher des mécanismes vertueux et stimuler les partenariats. Ainsi, dans le cas de la plateforme autisme 84, le fait de tenir les réunions à l'hôpital (partenaire) favorise la participation des pédo-psychiatres au dispositif ; de même, le modèle des commissions de situations critiques, qui constituent l'une des rares instances rassemblant acteurs du sanitaire et du médico-social, a pu « convertir » des acteurs réticents au départ ; plus largement, l'obtention de premiers résultats positifs peut stimuler la recherche de solutions, une fois les partenariats noués, même en situation de difficultés ; cela a été le cas de la plateforme autisme 84 avec l'hôpital de Carpentras ou de l'ITEP 06 avec la mobilisation des partenariats, malgré l'absence de la 3^{ème} modalité dans le dispositif.

Pour la plupart de ces dispositifs, leur caractère récent empêche cependant de cerner les impacts à moyen et long terme. La comparaison avec des dispositifs similaires existant par ailleurs peut parfois fournir une idée du type d'impact attendu, pour le dispositif comparable en Paca. C'est le cas, ci-dessous, pour Job-Coaching.

Illustration : Benchmark d'impact d'un projet similaire à Job-coaching : Pass P'As

Le dispositif Pass P'As (Passeport Professionnel Asperger) est plus un projet commun à divers acteurs qu'une entreprise. Parmi ses protagonistes ou soutiens, on trouve une large palette d'acteurs du Nord de la France (CRA, ARS, CLRP, AGEFIPH, Mission locale, Cap emploi, Mission Handi-Pacte 59/62, Associations de parents, Mission Handicap de l'Université Lille I et III...)

Le dispositif accompagne chaque année une douzaine de personnes avec autisme. Le processus se déroule par étapes : le diagnostic, l'évaluation globale, l'évaluation de l'employabilité, la définition du projet, la montée en qualification sur le poste dans un processus « d'alternance inclusive ». Il est suivi d'un accompagnement de la personne pendant deux ans après l'embauche

Le taux de succès est de plus de 50 % à la sortie du dispositif, contrats à durées déterminée et indéterminée compris. Certains se dirigent ensuite vers des formations qualifiantes.

Source : étude fondation Malakoff Médéric et Ethic Management, Accès à l'emploi des personnes porteuses du syndrome d'Asperger et autistes de haut niveau, 2015

- *Figure 8 : Benchmark d'impact d'un projet similaire à Job-coaching : Pass P'As*

4.3.2 Une efficacité qui ne dépasse pas, à ce stade, les expériences ponctuelles

L'efficacité soulignée ci-dessus est d'autant plus importante à souligner qu'elle concerne des situations ou des approches qui restent relativement rares en France :

- c'est le cas de la création de l'unité d'évaluation et de dépistage pour adultes autistes aux Makaras (Centre hospitalier Valvert), avec financement du sanitaire ;
- de même, l'action de Job coaching en matière d'insertion professionnelle des autistes de haut niveau reste une expérience rare comme le montre l'étude récente de la fondation Malakoff Médéric ;
- les Services d'Accompagnement Thérapeutique (exemple du SAT du Grand Real) sont également rares en ESAT ;
- le dispositif Handi-Santé ne connaît pas beaucoup de d'expériences similaires (exemple de Handi Consult à Annecy et de quelques développements récents) ; un dispositif handi-dents fonctionne cependant, avec un « bus dentaire ».

Tous ces dispositifs restent, pour la plupart, expérimentaux à ce stade et ne dépassent pas ces pratiques ponctuelles, même si, parfois, l'expérience dure depuis longtemps (2002 pour le SAT du Grand Real).

Ce caractère expérimental limite parfois le déploiement des pratiques à des situations bien spécifiques. Ainsi, l'expérience Job coaching fonctionne à ce stade, surtout avec des organisations sensibles à la problématique du handicap : collectivités publiques (AP-HM, Mairie de Marseille, CD 13) plus qu'entreprises privées. Les limites sont également géographiques : le dispositif Handi-Santé est limité aux Bouches-du-Rhône et concerne même seulement une partie de ce territoire.

Certaines approches expérimentales débouchent cependant maintenant sur des démarches de pérennisation via appels à projet et création d'établissements, mais les cas restent encore limités (exemple de Job coaching avec la création d'un établissement de 10 places).

Les approches expérimentales produisent également des effets de contagion et suscitent ainsi d'autres idées d'expériences. Le dispositif ITEP 06 a ainsi réfléchi à la création d'unités mobiles de psychiatrie (qui pourraient constituer d'une certaine façon la 4^{ème} modalité des ITEP).

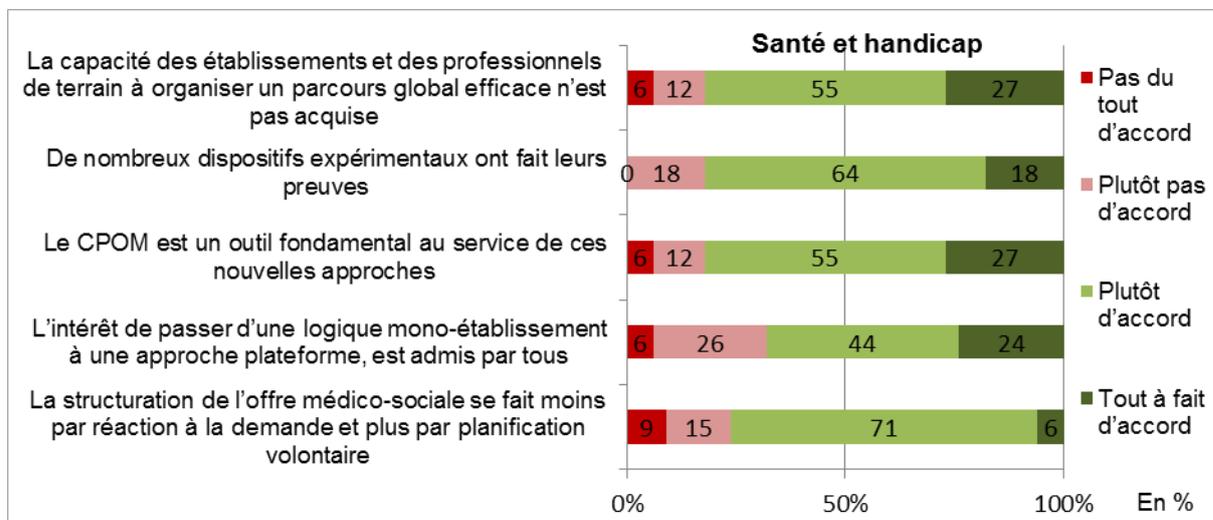
Au total, l'impact réel de ces dispositifs ne se mesurera qu'avec le temps. La Délégation départementale des Alpes-Maritimes note, à propos de l'expérimentation en dispositif ITEP, que « si la notion de dispositif est aujourd'hui admise comme principe de fonctionnement au bénéfice d'un parcours, sa mise en routine exige du temps : interconnaissance, dépassement de freins culturels internes et externes, réaménagement des espaces, révision des projets d'établissements, nouvelles fonctions, etc. »⁴.

Pour l'expérience la plus ancienne du SAT du Grand Real, en place depuis 2002, des effets durables de santé et de prévention sont effectivement présents chez les bénéficiaires. Pour des dispositifs plus récents, les impacts ne peuvent encore s'être produits ; ainsi, les effets à 2 ans d'Handi-Santé ne sont pas encore pleinement déployés, ce qui est cohérent, par comparaison, avec le témoignage des équipes gériatriques indiquant qu'il faut 8 à 10 ans pour être appelé systématiquement avant que la situation des personnes ne s'aggrave.

⁴ Note DD 06 du 8 mars 2016

Sur l'ensemble de ces différents points évoqués en matière d'évaluation, les avis émis par les participants au 3^{ème} forum d'évaluation du 27 juin 2016 montrent que ces analyses sont plutôt consensuelles.

Figure 9 : Avis des participants au 3^{ème} forum d'évaluation (27 juin 2016)



4-3-3 Une étape d'après, freinée par deux facteurs lourds

La transformation d'expériences réussies en dispositifs de droit commun constitue la suite logique des travaux effectués dans le cadre du premier PRS. Elle nécessite cependant de prendre en compte deux facteurs lourds susceptibles de freiner un déploiement à plus grande échelle⁵.

Le premier de ces deux facteurs est technico-financier. Le décloisonnement sectoriel sur lequel reposent les expérimentations évoquées pour mieux adapter l'offre de santé aux personnes en situation de handicap, suppose de « décloisonner » également les pratiques budgétaires et financières.

Les difficultés sont visibles dès maintenant dans des exemples très concrets comme le financement des transports entre établissements dans les systèmes de type plateforme ou ITEP, ou le financement de dépenses par le FIR et non par l'hôpital. Plus largement, c'est donc toute la question du transfert d'enveloppes sanitaires vers le médico-social (fongibilité) qui est ici posée.

Le deuxième facteur susceptible de freiner la transformation des expériences réussies est d'ordre professionnel. La qualité de fonctionnement et de management des établissements semble en effet ne pas avoir encore suffisamment évolué, notamment autour de la notion de parcours, pour favoriser le déploiement de ces nouvelles approches. Les outils de la loi ne sont pas suffisamment activés (projets d'établissements, etc.). Plus trivialement, il reste souvent difficile de faire « bouger » les professionnels de terrain (éducateurs, psychiatres, enseignants ...) sur ces questions d'adaptation de l'offre de santé aux personnes en situation de handicap, du fait de la lourdeur des situations à gérer et de résistances au changement classiques pour toutes les professions confrontées à des évolutions lourdes.

Au final, si la capacité à organiser un parcours global efficace n'est plus vraiment à démontrer, sa mise en place plus large reste délicate. Elle repose sur plusieurs éléments à combiner :

⁵ Un troisième facteur, lié à la nécessité d'évolutions réglementaires, doit également être envisagé, mais n'a pas fait l'objet d'investigations dans la présente évaluation

- une méthode : la gestion globalisée inter-établissements (exemples : ITEP, Plateformes) ;
- des structures : instances de concertation et de travail en commun (exemple : commission des situations critiques) ;
- des ressources humaines : intervenants spécialisés pour « raccorder » les systèmes de droit commun (exemples : psychologue de job-coaching entre l'Agefiph et l'entreprise ; infirmière du SAT entre l'ESAT et l'hôpital ; médecin coordinateur d'Handi-Santé entre la famille et l'hôpital) ;
- de l'ingénierie : une tarification de prestation plus que de prix de journée.

La problématique est donc davantage celle du déploiement à plus grande échelle de solutions éprouvées ponctuellement, que l'invention de nouveaux dispositifs.

- « *Il faudrait que les IME et SESSAD fonctionnent comme des ITEP* »
- « *il faudrait s'inspirer des MAIA pour la coordination des parcours* »

Verbatim acteurs rencontrés

La capacité à avoir un impact régional perceptible, suppose un changement profond qui se matérialise par le fait de passer d'un mécanisme fondé sur le financement de structures juxtaposées et l'édiction de règles uniformes à une double vision globale, de la personne dans son parcours et du système dans son ensemble (approche systémique). Cette démarche ne peut s'envisager qu'en s'appuyant sur la responsabilisation des professionnels à tous les niveaux.

4.3.4 Synthèse : Adaptation de l'offre de santé au parcours des personnes en situation de handicap

Conclusions

1. Un contexte général de réduction des ressources financières, de production de rapports nationaux structurant et d'initiatives professionnelles, poussant au changement
2. Une stratégie clairement définie par le SROMS, déclinée par le PRIAC et montrant une attitude volontaire plus qu'une réaction à la demande
3. Une volonté de changement de l'ARS perçue par les acteurs
4. Une stratégie pertinente articulant passage d'une approche mono-établissement à des dispositifs de plateformes, ciblage sur des populations spécifiques et ingénierie adaptée
5. Un principe de réalité limitant la capacité à toucher l'ensemble des cibles et à porter la transversalité avec le sanitaire
6. Des réalisations concrètes montrant des dispositifs qui fonctionnent
7. Un fonctionnement appuyé par un effort d'ingénierie (levier financier, appels à projets et CPOM notamment) et de support (formation, information, études)
8. Des dispositifs qui ont globalement fait la preuve de leur efficacité à mieux prévenir les ruptures et améliorer l'accessibilité à l'offre
9. Une efficacité qui ne dépasse pas, à ce stade, les expériences ponctuelles et reste à déployer à une échelle plus large
10. Une problématique consistant davantage dans le déploiement à plus grande échelle de solutions éprouvées ponctuellement, que dans l'invention de nouveaux dispositifs
11. Un déploiement freiné par deux facteurs, l'un technico-financier (articulation du financement sanitaire et du financement médico-social) et l'autre, professionnel (insuffisante évolution des établissements autour de la notion de parcours)
12. Une organisation de parcours qui repose sur une gestion globalisée inter-établissements, la mise en place d'instance de concertation, la mise en place d'intervenants spécialisés pour « raccorder » les systèmes de droit commun et une tarification de prestation plus que de prix de journée
13. Une capacité à avoir un impact régional perceptible, qui suppose un changement profond, d'un mécanisme fondé sur le financement de structures juxtaposées et l'édiction de règles uniformes à une double vision globale, de la personne dans son parcours et du système dans son ensemble (approche systémique)
14. Une nécessité de s'appuyer sur la responsabilisation des professionnels à tous les niveaux

Orientations

- A. Favoriser la multiplication des croisements, articulations et décloisonnements (exemples : formations croisées éducateurs / enseignants / infirmiers / ... ; transformation de lits hospitaliers en lieux d'établissements ; extension des agréments pour accompagner autour de 20 ans ; etc.)
- B. Déployer un programme lourd d'accompagnement et de soutien des ESMS à la conduite du changement
- C. Diffuser des approches de décloisonnement et de parcours global dans la médecine de ville
- D. Anticiper les grands chantiers connexes à poursuivre (approche systémique), d'optimisation de l'articulation avec l'Education nationale, la Justice, la Ville, les familles (parentalité, aidants)

5 Agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes

Rappel des questions

Questions relatives à la pertinence et à la mise en œuvre des actions menées dans le cadre du PRS

- Comment les partenaires se positionnent-ils dans le parcours en santé de l'enfant ? Comment les promoteurs construisent-ils leurs projets : choix du public cible, diagnostic de santé, modalités d'interventions probantes, résultats attendus ? Notamment au regard des appels à projets développés par l'ARS
- Quelles sont les attentes des principaux partenaires, institutionnels, sur le sujet (Education nationale, PMI, Conseil régional, quelques villes signataires de CLS telles Salon ou Mouans Sarthoux) ? Quel est le degré d'appropriation des actions préconisées par l'ARS, par ces acteurs ?

Questions qui visent à identifier les pistes d'amélioration de l'action menée sur cette thématique

- Comment les actions mises en œuvre pourraient-elles être améliorées ?
- Quels sont les points de rupture identifiés dans le parcours en santé et comment améliorer sa fluidité ?
- Comment améliorer la coordination / les liens avec les acteurs institutionnels pour agir au plus près des besoins ?

5.1 Stratégie : un PRS qui n'a pas été pensé dans une logique de parcours, mais l'a initiée à travers une approche par populations

5.1.1 Un PRS articulant les plans d'action autour de deux publics phares plus que dans une notion de parcours

La notion de parcours qui figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité sociale depuis 2012 connaît un développement depuis plusieurs années. On la retrouve particulièrement dans la Loi de Modernisation du système de santé qui fait référence, notamment parmi d'autres dispositions, au déploiement du parcours éducatif en santé et à la mise en place d'un médecin traitant pour les enfants.

Toutefois, la notion de « parcours » connaît plusieurs déclinaisons qui recourent des réalités diverses. Pour évoquer un parcours de soins, de santé ou de vie, il s'agit d'identifier les trajectoires des patients /usagers dans leur territoire de santé en intégrant les facteurs déterminants de la santé. Cela nécessite donc l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social ainsi que du social pour que soit établi une approche parcours des individus.

Le schéma suivant présente les différentes catégories de parcours qui s'insèrent dans différentes trajectoires de vie et de santé des individus.

Figure 10 : Schéma extrait de l'article « Les parcours, une nécessité »



Élisabeth Féry-Lemonnier, ADSP n°88 septembre 2014

Un peu à l'écart de la notion de « parcours », l'ARS PACA a plutôt opté dans son Plan Régional de Santé (PRS) pour une logique d'approche autour de deux « publics » phares :

- Femmes enceintes, parents et petite enfance ;
- Enfants, adolescents et jeunes (jusqu'aux environs de 25 ans).

Le document ne prend donc pas en compte explicitement la logique de parcours de l'enfant. Les actions s'appliquent successivement au même jeune individu, qui passe implicitement de la première à la deuxième tranche d'âge. L'articulation entre ces deux ensembles est marquée par le passage du suivi pédiatrique du développement de l'enfant et de son adaptation aux modes de garde, à son insertion dans le milieu scolaire et dans le milieu de vie du quartier, au-delà de son épanouissement dans le milieu familial.

5.1.2 Le PRS cible une première approche populationnelle et multi-thématique sur les femmes enceintes, les parents et la petite enfance

Le domaine « **Périnatalité et petite enfance** » qui concerne les femmes enceintes, les parents et la petite enfance est considéré comme l'une des six thématiques stratégiques au sein du Plan stratégique régional de santé (PSPR) pour la région PACA.

En matière de périnatalité, le PSRS fixe comme objectif général de « promouvoir l'égalité de santé, dès les premiers âges de la vie ». Cette volonté stratégique passe en particulier par le développement de « prises en charges dans une vision globale des **parcours de santé** des femmes et des enfants tout en favorisant l'émergence d'actions visant à réduire les inégalités d'accès ».

Un plan d'actions « **Femmes enceintes, parents, petite enfance** » assorti d'un cahier des charges a également été élaboré dans le cadre du schéma régional de prévention (SRP) pour la période. Son objectif général est de réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, en intervenant dès la grossesse et la vie intra-utérine, tout au long de la période néonatale (0-28 jours) et auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs parents. Sans que ce plan ne cite expressément la notion de parcours, il vise, toutefois, à inscrire l'enfant dans la « trajectoire de vie la plus favorable. ».

Le SRP précise que « les interventions dans ces domaines imposent un partenariat étroit avec les Conseils généraux (services de PMI) et l'Education nationale. Elles s'appuieront notamment sur les réseaux régionaux de périnatalité dont l'une des premières missions est de participer à l'organisation de l'offre de santé du domaine ».

Enfin, le **SROS** comporte également un chapitre consacré à la **périnatalité**. Le schéma vise ainsi plusieurs objectifs : donner à toutes les femmes la possibilité de choisir le moment de la grossesse ; garantir l'accessibilité financière pour la femme, la mère ou l'enfant ; améliorer l'accès et la qualité du suivi de la grossesse ; adapter le niveau de la médicalisation aux besoins de la mère, du fœtus et du nouveau-né et faire de la naissance un moment privilégié au cours duquel l'environnement consolide le lien qui s'est établi pendant la grossesse entre la mère et son enfant.

5.1.3 Une deuxième approche populationnelle concerne les enfants, adolescents et jeunes

Un **autre domaine stratégique du PSRS, consacré aux inégalités de santé**, cible les enfants, adolescents et jeunes (jusqu'aux environs de 25 ans).

Un plan d'actions « **Enfants, adolescents, jeunes** » (de 6 à 25 ans) a été élaboré pour la période 2012-2106 dans le cadre du SRP et a donné lieu à un appel à projets annuel (dès 2012) pour la réalisation d'un certain nombre de ses objectifs. Dans son contenu, la notion de parcours y est abordée autour de la prise en charge de la souffrance psychique.

Au-delà de ce plan d'actions ciblé, les publics concernés sont aussi ciblés dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et au Soins (**PRAPS**), du Plan régional santé-environnement (**PRSE**) et du programme « Population générale ».

5.2 Bilan : une multitude d'acteurs impliquée dans le parcours de vie de l'enfant que l'ARS Paca cherche à mieux coordonner

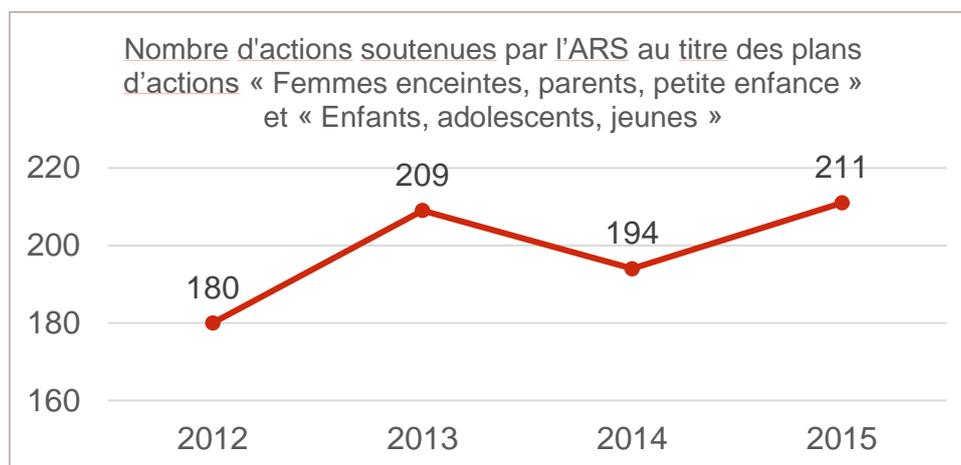
5.2.1 Une multiplicité d'actions

Si le PRS n'a pas été pensé dans une logique de parcours, son approche par populations fait apparaître un développement annuel des actions tournées vers les populations de 0 à 25 ans. Ainsi, sur la période 2012-15, OSCARS⁶ a répertorié **1634 actions** financées par l'ARS et menées en direction des publics suivants, tous programmes confondus :

- Nourrissons (0-2 ans)
- Enfants (2-5 ans)
- Enfants (6-9 ans)
- Préadolescents (10-12 ans)
- Adolescents (13-18 ans)
- Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)
- Etudiants, apprentis
- Femme enceinte
- Parents

En se centrant davantage sur les deux plans d'actions soutenus par l'ARS, « Femmes enceintes, parents, petite enfance » et « Enfants, adolescents, jeunes », OSCARS répertorie encore **794 actions** intervenant auprès de ces publics. Le graphique ci-dessous montre leur évolution annuelle.

Figure 11 : Nombre d'actions des deux plans « Femmes enceintes, parents, petite enfance » et « Enfants, adolescents, jeunes » (OSCARS)



⁶ Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS)

5.2.2 Une multiplicité d'acteurs

Comme évoqué ci-dessus, de nombreux acteurs, dépendant de diverses autorités sont habilités à intervenir à différents moments du parcours de l'enfant, avec différents objectifs. Parmi les acteurs et structures qui gravitent le plus autour de ce dernier, on retrouve principalement :

- les institutions : Education nationale, commune, Conseil départemental, Conseil régional, la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), etc.
- les lieux de soin, nombreux en particulier autour de la naissance : maternités, Protection maternelle infantile (PMI), PASS mère-enfant, hôpital, etc.
- les organisations associatives : elles correspondent aux différents lieux et moments de vie des enfants et s'inscrivent en lien avec différentes thématiques (vie périscolaire, vie affective et sexuelle, addictions, etc.).

L'ensemble de ces acteurs et structures se positionnent au regard des différents milieux de vie dans lesquels l'enfant, l'adolescent ou le jeune sont amenés à se déployer : la famille, l'école, le périscolaire, les loisirs, le quartier, les lieux de formation, l'entreprise (cf. schéma p. suivante).

A l'intérieur de ce schéma très général, l'ARS a noué des relations avec **certains partenaires incontournables et engagés** depuis de nombreuses années dans le secteur de la santé. C'est par exemple le cas avec l'Education nationale où un partenariat historique est établi avec son service santé ; l'élaboration d'un « Parcours éducatif en santé » a permis de réaffirmer son rôle en la matière.

Le Conseil régional joue également un rôle actif notamment dans le champ de la santé sexuelle des jeunes avec son Pass contraception.

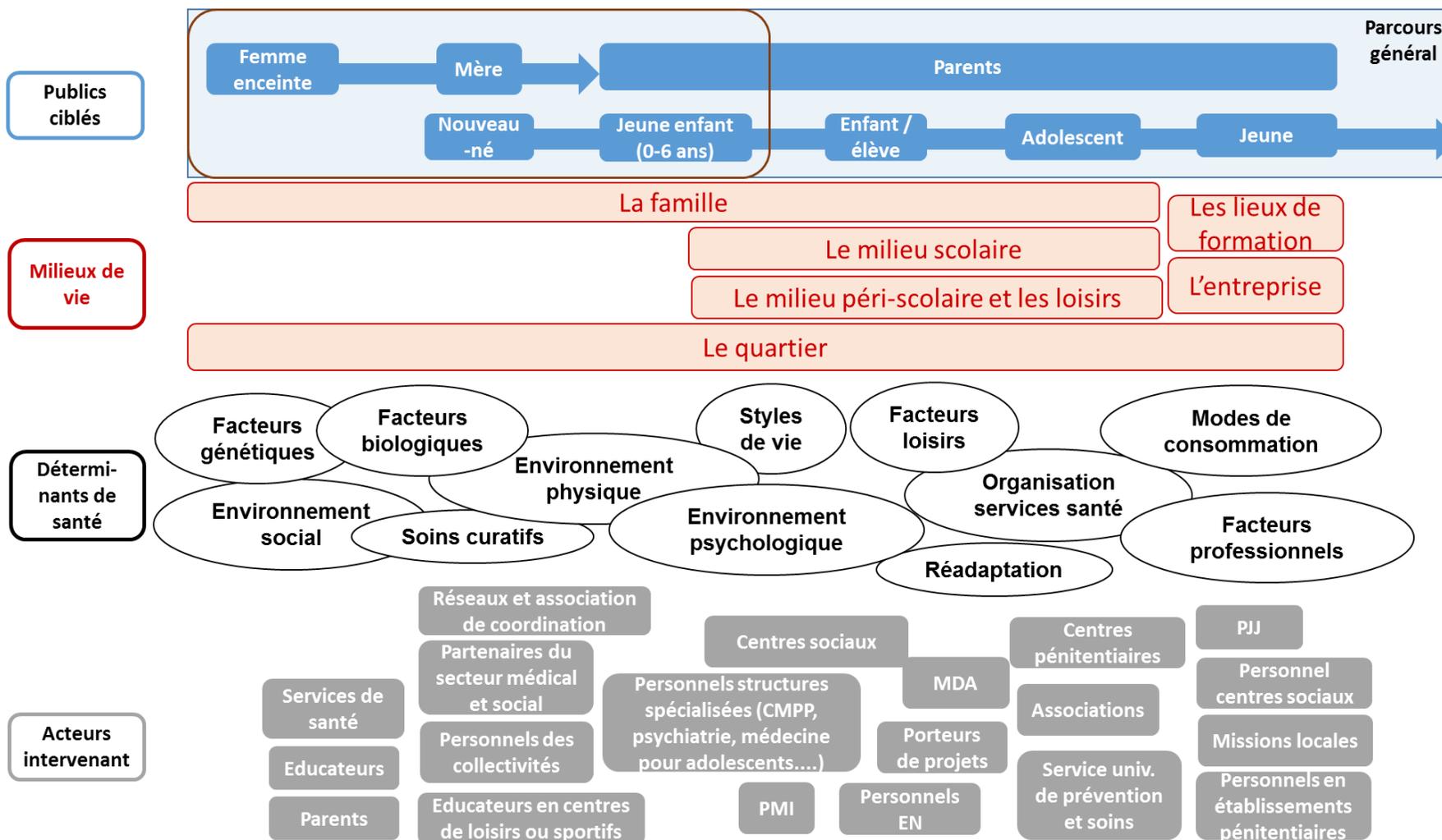
D'autres partenaires ont progressivement structuré leur approche dans le champ de la promotion de la santé, comme par exemple la PJJ, avec le lancement du projet « PJJ promotrice de santé » en 2013.

Figure 12 : l'initiative « La PJJ promotrice de santé », 2013

Cette initiative s'est notamment traduite par :

- la mise en place dans chaque Direction territoriale d'une personne en charge de la santé
- la présence dans les unités éducatives de psychologues et d'infirmiers
- l'accompagnement de la montée en compétences / évolution des postures des professionnels de la PJJ en promotion de la santé
- le développement d'outils à destination des jeunes et des professionnels
- la mise en place de partenariats et d'instances de concertation (régionales et départementales)
- la mise en place d'un projet d'envergure régionale sur le bien-être mental des jeunes sous protection judiciaire (dans le cadre de crédits FIR)

Figure 13 : esquisse de mise à plat des publics, acteurs, milieux de vie et déterminants de santé chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes (source : Planète Publique Forum d'évaluation 27 juin 2016)



5.2.3 Un effort de coordination de l'ARS PACA pour mettre en cohérence les professionnels de santé

Face à cette multitude d'acteurs impliqués auprès des enfants, adolescents et jeunes et investis le domaine de la santé, l'ARS tente **de les coordonner** sur le plan institutionnel, notamment au travers de :

- la mise en place réglementaire au niveau régional (prévue par la loi HPST de 2009) de la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- l'association des acteurs institutionnels dans la co-construction et instruction des projets qui permet de porter un regard partagé sur les besoins des publics et la construction des réponses à y apporter ;
- la participation aux instances déployées par les acteurs eux-mêmes sur le territoire ; exemple : la restauration du Comité départemental des actions de prévention en milieu scolaire par la Direction Territoriale 13 au niveau départemental ; ce comité réunit l'ensemble des acteurs : Education nationale, Conseil départemental dont la PMI, Conseil régional, Ville de Marseille, chargée de mission éducation auprès du Préfet ; il s'applique à rechercher une certaine cohérence et complémentarité dans les interventions de chacun d'entre eux.

Au-delà de cette concertation et de cette coordination, l'approche vise également, pour un certain nombre d'actions, à avoir un impact de fond sur **les déterminants de santé**. L'état de santé de la population ne dépend en effet pas seulement de facteurs liés à la biologie humaine, mais également :

- de l'organisation des services de santé : prévention ; soins curatifs ; réadaptation-réhabilitation ;
- des comportements (styles de vie) : modes de consommation, facteurs professionnels, facteurs liés aux loisirs ;
- de l'environnement (physique, social, psychologique).

Plusieurs actions sont ainsi conduites pour agir sur les comportements, comme par exemple :

- en matière de nutrition : Ratatouille et cabrioles avec l'Education nationale et les Codes en grande section de maternelle,
- en matière de développement des compétences psychosociales : action du Prodas en partenariat avec l'Education nationale en maternelle et en primaire,
- en ce qui concerne le mal être des jeunes : accueil orientation de jeunes,
- en matière de soutien à la parentalité : programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (SFP) avec les collectivités et le Codes 06

D'autres actions visent à agir sur l'environnement, comme par exemple :

- les actions relatives à l'habitat insalubre : saturnisme, consultation PASS mère enfant,
- les actions Eval Mater de dépistage des troubles d'apprentissage en maternelle, avec les CD et les PMI.

L'ensemble de ces actions permettent de construire des partenariats solides et complémentaires, de déployer des orientations et des actions qui répondent aux besoins et aux priorités des publics concernés, à travers les avis donnés par les partenaires et de s'assurer du soutien et de l'adhésion des partenaires.

Toutefois, cette volonté et ces démarches de coordination de l'ARS connaissent des limites du fait des logiques d'acteurs, portées par des missions et des orientations différentes, et tributaires de contraintes et priorités propres (Ex : la réussite scolaire au sein de l'Education nationale est prioritaire par rapport à la santé).

5.2.4 Le déploiement d'actions de prévention au travers d'appels à projet et de soutien à de nombreux porteurs

Dans le champ de la prévention promotion de la santé, l'action de l'ARS se fait principalement à travers **le soutien apporté aux porteurs de projets**, en réponse aux appels à projets lancés dans le cadre des Plans d'action « Femme enceinte-petite enfance » et « Enfants, adolescents, jeunes ».

La prévention promotion de la santé se déploie sur trois axes :

- le soutien aux acteurs associatifs,
- le partenariat avec les institutions,
- le partenariat avec les acteurs du soin : hôpitaux, libéraux et maisons de santé pluri-professionnelles.

On peut citer, à titre d'exemple, l'action de dépistage ou diagnostic d'anomalies génétiques, et en particulier le soutien à l'innovation technologique PACA dans le dépistage non invasif de la trisomie 21 sur l'ADN fœtal maternel.

Plus largement, l'approche est marquée par la diversité des porteurs de projet qui interviennent souvent auprès des enfants, adolescents et jeunes au sein des lieux de vie (école, institutions, foyers...).

Certains d'entre eux se caractérisent par leur expertise thématique sur différents sujets (VAS, addictions...). D'autres, en particulier les partenaires institutionnels comme l'Education nationale ou la PJJ, soulignent l'importance de la co-intervention entre ces porteurs de projets et les intervenants et professionnels internes, qui connaissent et assurent le lien avec le public. La prise en compte de cette dimension de co-intervention constitue une garantie par rapport aux objectifs portés par les institutions ; elle permet d'inscrire des actions ponctuelles dans la continuité des activités portées par les structures ; elle favorise une montée en compétences pour les ressources internes et une porte d'entrée pour d'autres actions.

5.3 Evaluation : une perspective de parcours qui fait sens mais n'est pas encore fluide et articulée

5.3.1 De la petite enfance à l'âge adulte : un parcours santé de l'enfant marqué par de nombreux jalons

Bien qu'absente formellement du PRS, la notion de parcours est un terme qui fait sens pour l'ensemble des partenaires et porteurs interrogés. Ainsi, il existe tout au long du parcours de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, différents moments et dispositifs de repérage ou de suivi. Ces derniers sont particulièrement présents et structurés autour de la périnatalité et de la petite enfance. Ils

mêlent éléments du parcours de soin et de dépistage, et actions visant à la prévention promotion de la santé, sans que les deux approches fassent l'objet d'une articulation explicite.

Lors de la grossesse, différents dépistages sont ainsi prévus et mis en œuvre : dépistage médical échographique, dépistage prénatal précoce, dépistage de la prématurité, dépistage des risques environnementaux (etc...). C'est aussi durant ce temps particulier que sont effectués le repérage des vulnérabilités psychosociales et la prévention de la maltraitance. Une convention signée entre l'ARS et l'ensemble des acteurs locaux de la périnatalité (services de maternité, Conseils départementaux, PMI...), prévoit la mise en place des staffs périnatalité pour assurer le suivi et l'accompagnement des personnes repérées comme étant en situation de vulnérabilité.

Vers 3-4 ans, un bilan de santé standardisé est réalisé par la PMI qui en assure également le suivi.

Cependant, ces différents dépistages ne permettent pas d'identifier tous les troubles. Dans le cas des pédiatres, ces derniers admettent avoir de la difficulté à tout dépister, par manque de temps (notamment pour les troubles liés à l'environnement).

L'Education nationale met également en place des dispositifs de repérage : visite médicale en grande section de maternelle ; bilan de santé systématique en 6^{ème}. Ce repérage se traduit le plus souvent par un conseil aux parents pour une orientation vers le médecin traitant ou un spécialiste.

En parallèle, différentes actions de prévention promotion de la santé sont conduites : compétences psychosociales, soutien à la parentalité, éducation à la santé, déploiement de l'outil Reperdys pour repérer les troubles dys avec les enseignants (troubles cognitifs spécifiques et troubles des apprentissages).

En avançant dans l'âge de l'adolescent, puis du jeune adulte, ces actions sont moins nombreuses et moins prévues. Après avoir quitté le lycée, un suivi minimal est maintenu, en dehors de situations très spécifiques.

Parallèlement, le développement des consultations santé-environnement (PASS) s'est développé dans les établissements publics de santé en application de la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, pour garantir un accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité.

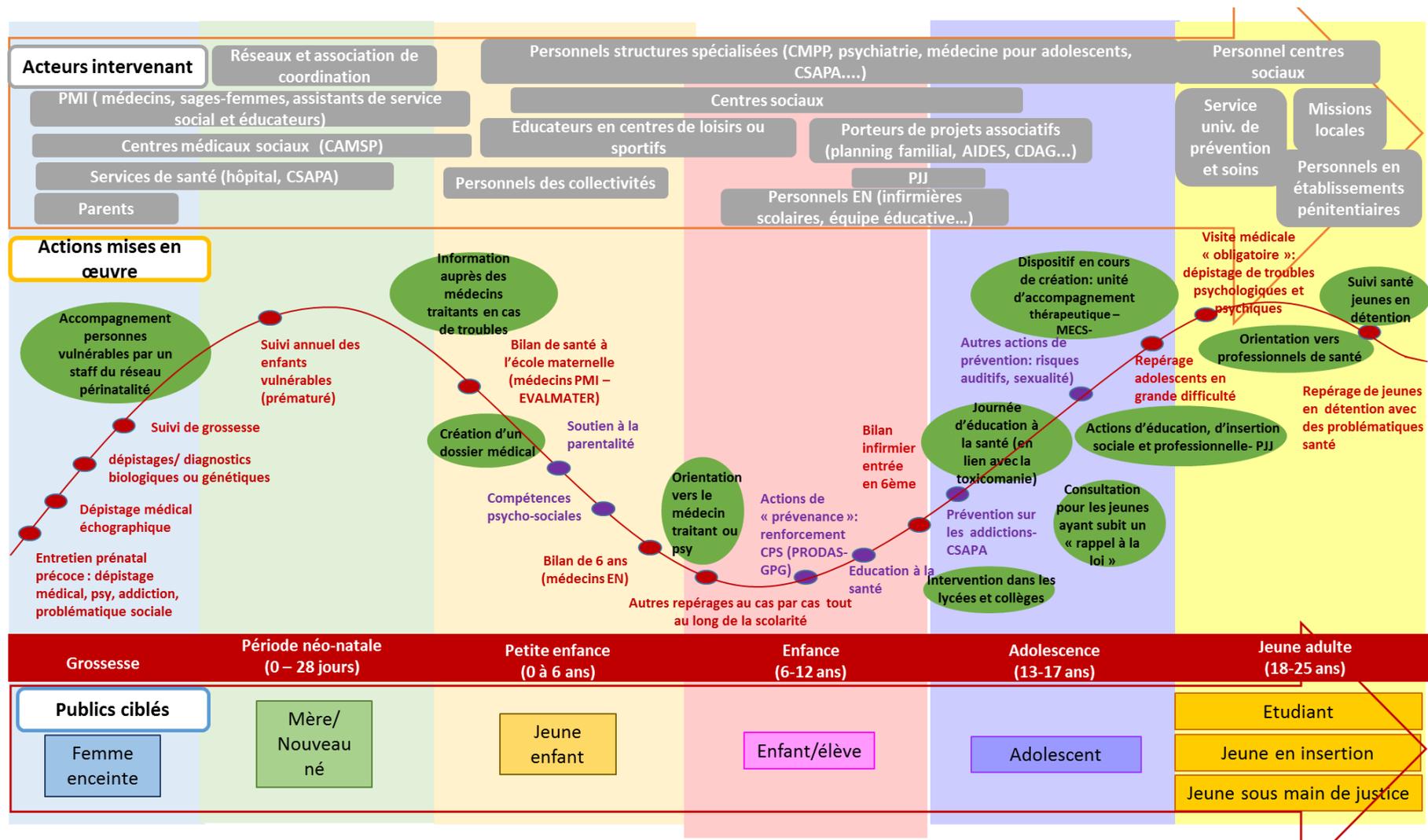
L'intervention d'acteurs repérés et spécialisés peut faciliter une future orientation en améliorant l'identification des structures et professionnels ressources sur le territoire. Par exemple, les interventions du Planning familial ou du CSAPA dans les classes sont l'occasion de fixer des rendez-vous individuels avec des élèves. Elles permettent également aux professionnels des établissements, d'identifier les personnes ou structures ressources vers qui orienter les jeunes en difficulté.

Dans ce type d'approches, le passage de relais entre les professionnels tend à être facilité par le développement d'outils tels que:

- la mise en place des « staffs pluridisciplinaires » ;
- les formations qui facilitent l'orientation : formation du CSAPA au repérage des vulnérabilités relatives aux addictions auprès de professionnels hospitaliers, d'éducateurs de la PJJ... ;
- le réseau périnatalité ;
- la médiation : bien que cette approche ne soit pas portée par l'ARS, certains acteurs la développent ou souhaitent le faire, pour aider les personnes les plus vulnérables et éloignées du soin : (ex : PASS mère enfants).

Ces différents éléments peuvent être rassemblés sur le schéma suivant, pour esquisser le parcours.

Figure 14 : **esquisse** de représentation du parcours de santé de 0 à 25 ans (proposé par Planète Publique)

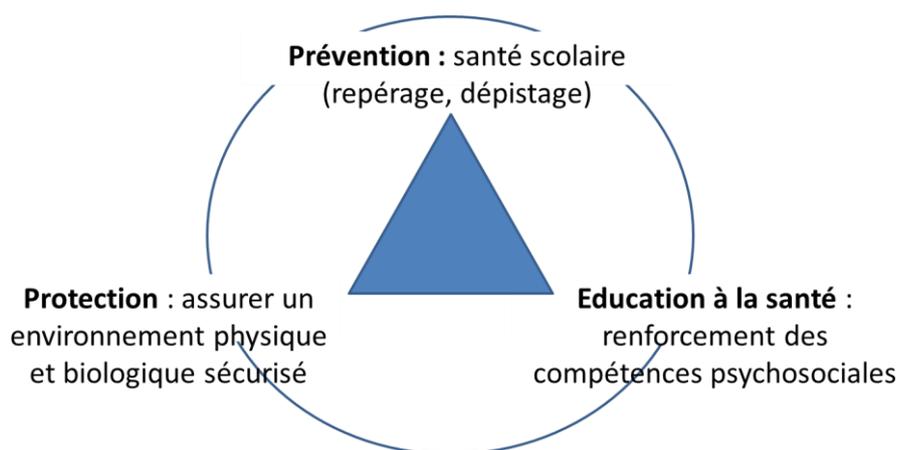


5.3.2 Des difficultés dans le suivi et la persistance de points de rupture

Face à l'enchaînement de nombreuses actions tout au long de la période 0-25 ans, tel que décrit ci-dessus, la difficulté fondamentale reste celle de l'articulation de l'approche sanitaire et de l'approche prévention, pour aboutir à un véritable parcours de santé et de vie, au-delà du parcours de soins ou du parcours préventif.

C'est à l'école que cette interaction est sans doute la plus développée : prévention, protection et éducation à la santé constituent un triptyque moins cloisonné que pour les autres âges de l'enfance ou de la jeunesse.

Figure 15 : articulation Prévention / Protection / Education à la santé à l'école
(source : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990)



La question du parcours de santé est donc celle de l'extension de ce tryptique hors école, pour assurer protection, prévention et éducation à la santé, tout au long du parcours de l'enfant.

Or, il existe de nombreux facteurs qui peuvent mener à des **ruptures de parcours de vie** : rupture scolaire, rupture du lien familial, (etc...). Même lorsque des troubles sont repérés / dépistés, leur suivi pose parfois problème ; au-delà du repérage, il est ainsi parfois difficile d'organiser le suivi. C'est le cas, par exemple, pour les grossesses vulnérables. Au sein de l'Éducation nationale, l'infirmière scolaire constitue la pierre angulaire de ce suivi, mais la capacité à assurer cette tâche est parfois complexe dans un contexte de manque de ressources (effectifs de médecins réduits...)

Dans certains cas plus emblématiques, la **capacité de suivi** est encore plus difficile. C'est le cas des jeunes en rupture totale des canaux de socialisation qui, ne sont pas pris en charge par des structures. Dans le même ordre d'idée, la problématique des expulsions à répétition met à mal le suivi d'enfants déjà marginalisés. Lors des sorties de détention, l'absence de liens entre santé en détention et acteurs de la ville ne permet pas non plus toujours d'assurer un suivi. La surcharge des CAMPS, pose également un problème pour la prise en charge des enfants vulnérables. Enfin, dans le champ de la lutte contre l'habitat indigne, l'absence de volonté politique et de coordination de très nombreux acteurs hors champ santé, limite la lutte contre les expositions environnementales.

S'agissant du parcours de soins, la question des **liens interprofessionnels et de l'orientation** reste également problématique, notamment pour ce qui relève de la souffrance psychique, des troubles de comportements et des troubles des apprentissages. En effet, dans ce domaine, plusieurs manques sont à déplorer : un manque de relais et de structures vers qui orienter (les délais sont

importants dans les prises de rendez-vous pour les CMP ; les solutions en accueil de jour en pédopsychiatrie restent insuffisantes) ; un manque de liens de proximité dans ces champs ; un manque de connaissances de ces troubles, qui nécessite à la fois, de renforcer la collaboration avec les professionnels et les structures, et de former les professionnels, notamment de l'éducation nationale. Toutefois, il est à noter qu'un groupe de travail est en cours de lancement au sein de l'ARS sur le sujet.

Un autre aspect qui constitue, en plus de l'absence de dossiers informatisés, un frein à la fluidité des parcours est **l'insuffisance de partage d'informations** / de données autour de la santé, notamment entre acteurs de la ville et les établissements de santé. (ex : autour de la vaccination).

Enfin, **le manque de certains spécialistes** : orthophonistes, gynécologues (etc...) ne permet pas un suivi et une prise en charge optimales.

5.3.3 Synthèse : agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes

Conclusions

1. Le PRS ne prend pas en compte explicitement la logique de parcours de l'enfant. Il opte plutôt pour une logique d'approche autour de deux publics phares : femmes enceintes, parents et petite enfance ; enfants, adolescents et jeunes (jusqu'aux environs de 25 ans)
2. Les actions s'appliquent successivement au même jeune individu, qui passe implicitement de la première à la deuxième tranche d'âge
3. En matière de périnatalité, le PSRS fixe comme objectif général le développement de « prises en charges dans une vision globale des parcours de santé des femmes et des enfants tout en favorisant l'émergence d'actions visant à réduire les inégalités d'accès »
4. Le plan d'actions « Femmes enceintes, parents, petite enfance », élaboré dans le cadre du SRP vise à inscrire l'enfant dans la « trajectoire de vie la plus favorable »
5. Le plan d'actions « Enfants, adolescents, jeunes » (de 6 à 25 ans), élaboré dans le cadre du SRP, aborde la notion de parcours autour de la prise en charge de la souffrance psychique
6. L'ensemble de ces plans permet le déploiement d'une multiplicité d'actions avec une multiplicité d'acteurs
7. Face à cette multitude d'acteurs impliqués auprès des enfants, adolescents et jeunes, l'ARS tente de les coordonner tant sur le plan institutionnel qu'à travers la recherche d'un impact de fond sur les déterminants de santé
8. Le déploiement d'actions de prévention passe par des appels à projet et le soutien à de nombreux porteurs
9. Cette volonté et ces démarches de coordination de l'ARS connaissent des limites du fait des logiques d'acteurs, portées par des missions et des orientations différentes, et tributaires de contraintes et priorités propres
10. Bien qu'absente formellement du PRS, la notion de parcours est un terme qui fait au total sens pour l'ensemble des partenaires et porteurs. Il existe tout au long du parcours de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, différents jalons de repérage ou de suivi
11. Ces jalons sont particulièrement présents et structurés autour de la périnatalité et de la petite enfance. Ils mêlent éléments du parcours de soin et de dépistage, et actions visant à la prévention promotion de la santé, sans que les deux approches ne fassent l'objet d'une articulation pleinement explicite
12. Face à l'enchaînement de nombreuses actions tout au long de la période 0-25 ans, la difficulté fondamentale reste celle de l'articulation de l'approche sanitaire et de l'approche prévention, pour aboutir à un véritable parcours de santé et de vie, au-delà du parcours de soins ou du parcours préventif

Orientations

- A. Utiliser toutes les formes de coordination susceptibles de fluidifier le parcours autour de messages communs : Commission de coordination des politiques publiques, Délégations territoriales de l'ARS, échanges de pratiques entre acteurs, articulation des acteurs dans une logique de proximité
- B. Développer particulièrement le travail de partenariat à l'échelle des territoires, avec les instances de pilotage ad hoc, permettant de prendre en compte les différents déterminants de santé et d'envisager l'évolution de la programmation
- C. Renforcer la formation, vecteur de la logique de parcours comme un moyen de mettre les acteurs ensemble (notamment à l'échelle des territoires), de renforcer l'interconnaissance et de faciliter l'orientation
- D. Améliorer l'implication des acteurs du soin (notamment médecine libérale, et en particulier des médecins généralistes) dans la prévention, notamment sur le suivi de grossesse et pédiatrique, dans un contexte de manque de spécialistes
- E. Renforcer la priorité relative au développement des compétences psychosociales, au niveau régional, pour développer dans la durée l'acquisition de comportements favorables en santé chez les enfants et jeunes
- F. Renforcer l'évaluation des actions menées, notamment pour favoriser la mise en place ses actions probantes

6 Éléments de conclusion relatifs aux évaluations intermédiaire et finale

6.1 Les évaluations intermédiaire et finale du PRS ont porté sur des sujets importants pour le Projet régional

Après trois ans de mise en œuvre, l'ARS a lancé, à l'automne 2014, l'évaluation intermédiaire du PRS 2012-2016. Celle-ci s'est déroulée de septembre 2014 à juillet 2015 et a porté sur quatre thématiques :

- expression et respect du droit des usagers
- territorialisation de la politique de santé
- transversalité et coordination des politiques de santé
- réduction des inégalités de santé

Avec les trois sujets retenus pour la présente évaluation finale, ce sont, au total, sept problématiques qui ont été évaluées, sur la base d'une même méthodologie.

Si l'on extrait du PSRS, les principales priorités ou les enjeux forts mis en avant pour le PRS, on peut identifier que les sept sujets d'évaluation retenus touchent effectivement la plus grande partie de ces préoccupations stratégiques. Le tableau ci-après en témoigne :

	Sujets Evaluation						
	Usagers	Transversalité	Territorialisation	Inégalités	Santé-Handicap	1 ^{er} recours	0-25 ans
Une vision globale de la santé		X	X		X		X
Réduction ISTS				X			
Synergie des acteurs santé et autonomie					X		
Promotion innovation		X			X		
Amélioration efficience							
Politiques coordonnées		X	X				X
Politiques ancrées territorialement			X			X	
Personnes en situation de handicap et personnes âgées		X	X		X		
Risques sanitaires							
Périnatalité et petite enfance							X
Maladies chroniques		X				X	
Santé mentale et addictions			X				X
Droit des usagers	X						
Suivi et évaluation	X	X	X	X	X	X	X

Sur les 14 enjeux importants relevés dans le PSRS, 12 d'entre eux sont impactés par certains des 7 thèmes d'évaluation travaillés, ce qui confirme rétrospectivement le bon positionnement des thématiques d'évaluation retenues et, consécutivement, l'intérêt potentiel des conclusions et recommandations formulées pour chacun des sujets d'évaluation.

Seuls deux de ces 14 enjeux sont restés en dehors des analyses effectuées pour les 7 thèmes évalués : l'amélioration de l'efficience du système de santé et la problématique des risques sanitaires. Ces deux sujets avaient été identifiés dans le cadrage initial de l'évaluation, mais avaient

volontairement été écartés des thèmes d'évaluation retenus, compte tenu des contraintes de moyens et de délais touchant l'évaluation.

6.2 Enseignement général tiré des sept thématiques évaluées : des éléments lourds de transformation sont à l'œuvre

La relecture complète des évaluations des sept thématiques fait clairement apparaître l'idée que le PRS contribue significativement à la transformation du système sanitaire et médico-social de la région Provence Alpes Côte d'Azur, en agissant sur des points lourds visés par le Projet régional.

Cette approche est clairement visible sur les *réalisations* produites par les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle se manifeste également par de premiers *résultats* pour les bénéficiaires. Elle est en revanche encore limitée, en termes d'*impacts* pour l'ensemble de la population et du territoire régional.

▪ De nombreuses réalisations

Dans le cycle de déploiement de la politique régionale de santé, les *réalisations* sont constituées par l'ensemble des productions techniques, administratives et financières, concrétisant la mise en œuvre des orientations du PRS : lancement d'appels à projets, soutien à l'accompagnement de structures, organisation de réunions, instruction de dossiers, etc. Ces *réalisations* sont la première marche de déploiement du Projet : elles constituent le support des futurs *résultats* escomptés pour les bénéficiaires des politiques régionales de santé.

Relus transversalement sous cet angle, les deux rapports d'évaluation, intermédiaire et final, font systématiquement apparaître, pour chacun des sept sujets traités, un niveau significatif d'atteinte des objectifs de réalisations. Les citations suivantes, extraites pour chacun des sept thèmes, du rapport d'évaluation intermédiaire et du présent rapport, synthétisent cette conclusion :

Thèmes d'évaluation	Jugement d'évaluation sur les réalisations
Droit des usagers	« un niveau de réalisation non négligeable »
Territorialisation	« une déclinaison territoriale engagée »
Transversalité	« des démarches de coordination des acteurs »
Inégalités de santé	« de nombreuses actions »
1 ^{er} recours	« de nombreuses démarches »
Santé-Handicap	« des réalisations concrètes »
0-25 ans	« une multiplicité d'actions »

Sur la base de ces analyses, le retour en arrière sur la situation de 2012 fait clairement apparaître un chemin parcouru significatif, jalonné de réalisations portées par le PRS.

▪ Des résultats en cours, mais inégaux

Après les *réalisations*, les *résultats* sont constitués par les bénéfices perçus par les destinataires de l'action publique ainsi conduite : destinataires professionnels pour les actions tournées vers la

transformation des acteurs de santé et du médico-social, voire destinataires usagers, pour des actions du PRS plus directement tournées vers les publics.

Comme pour les *réalisations*, la relecture des sept thématiques évaluées fait apparaître des évolutions sur la période 2012-2015, mais ces dernières sont moins nettes que pour les *réalisations*, du fait du délai encore limité de déploiement des actions entreprises : les *résultats* sont donc en cours, mais restent encore souvent inégaux, comme en témoignent les citations suivantes, extraites comme précédemment, pour chacun des sept thèmes, du rapport d'évaluation intermédiaire et du présent rapport :

Thèmes d'évaluation	Jugement d'évaluation sur les résultats
Droit des usagers	« des améliorations visibles, mais inégales »
Territorialisation	« une déclinaison opérationnelle à préciser »
Transversalité	« des progrès de terrain, plus qu'institutionnels »
Inégalités de santé	« une vraie dynamique, à approfondir »
1 ^{er} recours	« des SEC en phase de maturation »
Santé-Handicap	« une vraie efficacité, mais expérimentale »
0-25 ans	« une perspective de parcours, à articuler »

Pour chacun des thèmes, les formulations de l'évaluation font apparaître un jugement en deux temps : « un certain niveau de *résultat* obtenu -1^{er} temps – mais inégal ou incomplet ou en cours de déploiement – 2^{ème} temps – ».

▪ **Un impact encore limité**

A l'issue du cycle *réalisations – résultats*, se situent les *impacts* qui constituent les retombées finales pour les destinataires directs et indirects des actions portées par le PRS : améliorations de l'état de santé des patients, amélioration des prises en charge de personnes handicapées, amélioration des inégalités territoriales ou sociales, etc.

A l'issue d'un cycle encore court de trois à quatre ans de mise en œuvre du PRS, il apparaît que le PRS a manifesté clairement une volonté de changement. Ainsi, des concepts forts comme le « décroisement » ou la notion de « parcours » ne font plus réellement question aujourd'hui.

Cependant, le PRS a touché des actions structurantes, dont le déploiement complet, jusqu'aux impacts, est forcément long et ne se fait pas encore vraiment sentir. D'une manière générale, les dispositifs impulsés par le PRS mettent couramment deux ans pour être conçus et mis en place, et trois à cinq ans pour produire des effets macro-sociaux. Il est donc logique de constater que les impacts restent encore limités pour la quasi-totalité des sept thèmes traités dans les évaluations intermédiaire et finale.

Il conviendrait d'ailleurs de nuancer cette appréciation générale sur le rythme de déploiement des retombées du PRS. En effet, le Projet régional de santé a un « pouvoir d'agir » différencié : fort sur certains thèmes comme la transformation du système médico-social ou le premier recours, pour lesquels l'ARS peut peser directement sur la stratégie et l'organisation des acteurs ; plus limité pour

d'autres sujets comme les inégalités sociales de santé, qui restent dépendants de très nombreux facteurs, pour beaucoup peu influençables par la seule action de l'ARS.

On notera également que les modalités de transformation portées par le PRS sont variables : dans certains cas (exemple : santé – handicap), le PRS impulse et provoque de nouvelles dynamiques ; dans d'autres, il est moins directement « à la manœuvre » et accompagne des transformations déjà présentes (exemple : droit des usagers).

6.3 Défis et facteurs clés de succès pour le PRS 2

Sur la base des observations effectuées sur plusieurs des sept thèmes d'évaluation, trois défis récurrents peuvent être mis en avant, ainsi que quatre facteurs clés à travailler pour le succès du nouveau PRS.

- **Trois défis récurrents dans les thématiques évaluées**

Les trois enjeux importants à prendre en compte pour le nouveau PRS sont les suivants :

- **accompagner la transformation des acteurs** sanitaires, médico-sociaux et sociaux : l'importance des transformations du système de santé modifie en profondeur les structures, les procédures, les outils et les cultures professionnelles ; ce changement doit être accompagné ;
- **développer plus qu'inventer** : de très nombreuses actions pilotes ou expérimentales ont été testées avec efficacité et il convient maintenant de travailler sur le changement d'échelle, pour faire monter en puissance ces nouvelles manières d'agir, à l'échelle régionale ; bien entendu, la capacité à innover reste un point fondamental de l'action pour le PRS 2, mais l'innovation n'est rien si elle ne débouche pas sur des mécanismes de généralisation des bonnes pratiques ;
- **étendre la santé dans toutes les politiques** : pour de nombreuses thématiques évaluées (inégalités, ville-hôpital, santé-handicap, 0-25 ans), les analyses ont montré que les leviers profonds d'action se situaient dans la mobilisation cohérente et coordonnée de plusieurs politiques publiques, dépassant le seul champ de la santé.

- **Quatre facteurs clés de succès**

Au-delà de ces grands enjeux, quatre facteurs clés plus techniques, ont montré leur efficacité dans les travaux effectués ou leur pertinence pour les travaux à venir :

- **la participation des acteurs de terrain et des usagers** : cette participation s'est révélée fructueuse dans les trois forums d'évaluation tenus pour mener à bien les présents travaux ; elle devrait sans doute également se montrer utile pour la suite des travaux du PRS 2 ;
- **la communication** : le plaidoyer en faveur des trois défis relevés ci-dessus constituerait un atout fort pour aider à la concrétisation de ces enjeux ; un effort significatif de communication devrait ainsi accompagner la mise en place des actions en découlant ;
- **l'ingénierie de pilotage stratégique** : le suivi ordonné des futurs réalisations, résultats et impacts du PRS 2 doit permettre de favoriser l'atteinte des effets escomptés ; l'outil mis en place par l'ARS (Sevalpro) doit être valorisé au service du déploiement du PRS 2 ;

- **l'évaluation de projet, de programme ou de politique** : la démarche d'évaluation ne devrait pas être concentrée en fin de déploiement du PRS 2, mais déployée progressivement pour apprécier rigoureusement la capacité du PRS à monter en charge sur les stratégies retenues et permettre ainsi d'aider à corriger d'éventuelles faiblesses ou insuffisances.

Annexes

- Annexe 1 Feuilles de cadrage des trois thèmes d'évaluation
- Annexe 2 Liste des personnes auditionnées
- Annexe 3 Compte rendu du forum d'évaluation du 27 juin 2016

Annexe 1 Feuilles de cadrage des trois thèmes d'évaluation

Feuille de cadrage du thème « premier recours et exercice coordonné »

A. Périmètre d'évaluation (actions du PRS concernées)

Cette thématique renvoie à différentes problématiques et actions, réalisées sur la période du PRS (2012-2016), dans le but de soutenir l'exercice coordonné et de renforcer l'accès aux soins de premier recours. L'application du SROS ambulatoire a donné lieu au déploiement de différents outils sur les territoires identifiés, dans le but de maintenir les professionnels de santé :

- La **caractérisation des territoires** : le SROS ambulatoire, en cours de révision, a permis d'identifier et de cibler les territoires fragiles du point de vue de l'offre de soins. La circulaire nationale de 2010 n'avait permis de classer comme « défavorisés » qu'un nombre limité de zones, malgré les inégalités de répartition de l'offre sur le territoire régional. Aujourd'hui en région Paca, l'ARS estime que 500 000 personnes vivent sur un territoire fragile.
- Les **actions de soutien à l'exercice coordonné** :
 - En 2014, l'ARS a lancé un appel à projets pour financer la coordination au sein des MSP dont l'état de maturité (aboutissement du projet de santé) ne leur permettait pas de bénéficier des ENMR ;
 - L'ARS a lancé un cahier des charges à destination des structures d'exercice coordonné pour le développement de la prévention au sein des SEC;
 - L'ARS finance également la formation des coordonnateurs au sein des structures d'exercice coordonné. La coordination constitue un levier de l'« interdisciplinarité » ;
 - L'ARS a produit un guide au montage des structures d'exercice coordonné. En parallèle, l'ARS veut diffuser les grilles produites par la HAS sur l'exercice coordonné en soins primaires.
- Par ailleurs, l'ARS intervient en prenant part à la **mise en place dans la région des engagements du Pacte Territoire santé** visant à améliorer l'accès aux soins de la population en renforçant la démographie médicale dans les zones fragiles :
 - Ainsi, l'ARS Paca participe au financement du dispositif Praticien territorial de médecine générale (PTMG) pour favoriser l'installation des médecins en zone fragiles.
 - Dans ce même cadre, le Pacte prévoit de développer les stages des internes chez les médecins généralistes pour les inciter à s'installer en zones fragiles. L'ARS Paca a mis en place des « îlots de formation » visant à organiser ces stages. Elle joue un rôle d'animation, de création de liens avec la faculté de médecine, les collectivités territoriales⁷, les associations d'internes...
- La **permanence des soins ambulatoires**, dont le modèle actuel est en profonde transformation, est également un sujet primordial, en lien avec l'exercice coordonné (la PDSA est évoquée dans le cahier des charges des maisons de santé).

⁷ Les collectivités territoriales apportent des aides financières aux internes, telles que CD 04 et 05

B. Questions d'évaluation (problématique / enjeux)

Ce sujet sera envisagé à l'aune des questionnements suivants :

- Une première question renvoie à la **cohérence et pertinence** des actions menées par l'ARS Paca en faveur d'un renforcement de l'offre de soins sur les territoires fragiles au regard de la contrainte réglementaire nationale. Il s'agira d'envisager la manière dont ces actions s'articulent avec le cadre réglementaire.
- Des questions relatives à l'**efficacité** du déploiement des structures d'exercice regroupé (MSP, centres de santé polyvalents), permettront de vérifier la capacité des actions déployées par l'ARS sur le sujet à peser significativement sur l'objectif de réduction de la désertification médicale dans les territoires visés. Plus spécifiquement, les questionnements suivants seront envisagés :
 - Dans quelle mesure le développement des structures d'exercice regroupé sur le territoire régional s'est-il traduit, sur la période du PRS, par une évolution positive de la démographie médicale dans les territoires visés ?
 - Les actions déployées par l'ARS sur le sujet se sont-elles traduites par une évolution de la pratique médicale sur ces territoires ?
 - Les professionnels ont-ils développé l'ETP / les actions de prévention au sein des structures d'exercice coordonné, et cela a-t-il permis de renforcer la pluridisciplinarité et leur coordination ?
 - Quel a été le soutien de l'ARS dans ces domaines, et cela a-t-il constitué un levier pour les développer ?
 - Le déploiement des structures d'exercice regroupé s'est-il traduit, au-delà, par un renforcement de l'attractivité du territoire, et une évolution de son aménagement ? Sur ce point, les liens entre hôpitaux locaux et MSP seront envisagés.
 - Quelles sont les actions menées par l'ARS pour favoriser les liens ville-hôpital (ex : développement des plateformes territoriales d'appui, développement de la télémédecine, déploiement des MMG adossées à des services d'urgence, CTA...) ? Ces actions ont-elles permis de renforcer les liens entre les structures d'exercice regroupé, la médecine de ville et les acteurs de l'hôpital ? Quels sont leurs apports sur le renforcement de l'accès aux soins sur les territoires ?

C. Acteurs à rencontrer

Parmi les acteurs à rencontrer en priorité dans le cadre de cette thématique, se trouvent notamment :

- Au **niveau régional** :
 - La Direction de l'organisation des soins au sein de l'ARS Paca et le département du premier recours
 - Assurance maladie et éventuelle une CPAM au niveau local
 - Le Conseil régional
 - Préfecture de Région
 - L'Union Régionale des Professionnels de Santé

- Les centres de ressource (concernant l'accompagnement des structures pour l'appui méthodologique concernant l'élaboration des projets de santé à la coordination), voire le cabinet externe (dont la mission démarre en 2016 pour la formation à la coordination)
- Association représentant les usagers
- En tant qu'**illustration locale**, seront principalement interrogés des acteurs du département des Alpes Maritime :
 - La Préfecture de département
 - Le Conseil départemental
 - Des médecins porteurs d'une maison de santé mono ou multi sites :
 - MSP de Breil-sur-Roya (milieu rural)
 - Pôle de santé en politique de la ville (Nice les Moulins) milieu urbain...

D. Données, études, documents à consulter

Pour répondre à la problématique, les données suivantes pourront être analysées, entre autres :

- Fiches synthétiques de l'ARS suite aux visites des MSP du territoire
- Evolution de la démographie médicale sur le territoire régional
- Travaux réalisés sur les impacts des MSP (basés sur les travaux de l'IRDES)
- ...

Feuille de cadrage du thème « Adaptation de l'offre de santé aux parcours de vie des personnes en situation de handicap »

A. Périmètre d'évaluation (actions du PRS concernées)

Ce thème se rapporte au travail et actions menés par l'ARS Paca entre 2012 et 2016, dans le cadre du PRS, sur la question de la proximité et de l'accessibilité de l'offre pour soutenir le parcours de la personne en situation de handicap.

Deux objectifs du PRS :

- Dimension globale du parcours de vie de la personne en situation de handicap
- Appréhender le handicap dans toute sa diversité

Ces objectifs présentent dès lors des enjeux forts en terme de réorganisation de l'offre nécessitant de développer des réponses en terme de :

- Planification : à travers le dispositif ITEP, les plateformes, les logiques qui prévalent dans l'élaboration du PRIAC (équité territoriale, développement de services..).
- D'accompagnement médico-social spécifique : logiques parcours de jeunes (ITEP), les 16/25 ans, les personnes handicapées vieillissantes (PHV), les ESAT (passage à la retraite).
- De renforcement de la coordination : l'institutionnalisation des Commissions de situation critique au sein des MDPH, le partage des pratiques au sein de l'ARS et avec les DT, le développement d'Handi-santé...

B. Questions d'évaluation (problématique / enjeux)

Ce sujet sera envisagé à l'aune des questionnements suivants :

- Une première question renvoyant à la **pertinence des actions menées par l'ARS Paca** :
 - Le travail mené par l'ARS dans le cadre du PRS, et notamment le SROMS et le PRIAC, a-t-il permis de structurer et/ou développer une offre de santé adaptée aux parcours des personnes en situation de handicap ? permet-il de répondre à la diversité des situations de handicap ?
- Des questions relatives à l'**efficacité des actions menées** afin d'adapter l'offre de santé aux parcours de la personne handicapée :
 - De quelle manière l'ARS a travaillé avec les opérateurs pour accompagner cette adaptation de l'offre ?
 - L'adaptation de l'offre de santé a-t-elle permis de prévenir les ruptures dans le parcours des personnes en situation de handicap ? A-t-elle permis d'améliorer l'accessibilité à l'offre, pour les différents types de handicap, en particulier dans les moments clés des âges charnières (petite enfance, passage à l'âge adulte, vieillissement) ?
 - Le travail mené dans le cadre du PRS sur l'adaptation de l'offre au parcours des personnes en situation de handicap a-t-il déjà donné lieu à une évolution de l'approche des professionnels et des logiques d'acteur ?

C. Acteurs à rencontrer

Parmi les acteurs à rencontrer en priorité dans le cadre de cette thématique, se trouvent notamment :

- Au **niveau régional** :
 - Direction de l'offre médico-sociale au sein de l'ARS
 - CREAM
 - CTRA sous l'angle coordination des acteurs
- En tant qu'**illustrations locales** :
 - Dispositifs ITEP :
 - Plateformes :
 - Situations critiques :
 - Sur les accompagnements spécifiques et la coordination :
 - insertion professionnelle
 - PHV
 - ESAT
 - Accès à la santé et question de la coordination :

D. Données, études, documents à consulter

Pour répondre à la problématique, les données suivantes pourront être analysées, entre autres :

- Plusieurs études réalisées sur l'offre et les besoins PH dans le 13 et 84
- En cours : dans le 06 et 05
- 2 études sur les SESSAD
- 1 étude sur les SAMSAH

Toutes à ce jour ont été réalisées à la demande de l'ARS PACA par le CREAM.

Feuille de cadrage du thème « Contribution du PRS à la construction d'un parcours éducatif pour les enfants de la région »

Concernant ce premier thème, deux approches coexistent dans le PRS :

- une première approche centrée sur le parcours de soins de la femme enceinte, de la contraception au suivi des enfants prématurés, en passant par des thématiques diverses : l'éducation des futurs parents sur les comportements favorables à la santé de la mère et du bébé, la prévention des grossesses non désirées, l'accès à l'IVG, le suivi de la femme enceinte, la prévention de la prématurité, la naissance sécurisée...
- une deuxième approche centrée sur les actions de santé menées auprès des enfants/adolescents/jeunes, dans le cadre des plans d'actions du Schéma régional de prévention (SRP).

Au-delà de ces deux approches, l'objectif du PRS consiste plus globalement, à termes, à favoriser la construction d'un parcours éducatif en santé basé sur deux axes :

- développer les compétences psychosociales des enfants et de leurs parents
- repérer et prendre en charge les troubles du développement de l'enfant dès la vie intra-utérine (y compris les troubles du lien)

Ainsi, en observant les actions inscrites et mises en œuvre dans le PRS, il s'agit d'analyser comment le PRS contribue à la construction d'un parcours éducatif pour les enfants de la région, (et ce dès les premiers âges jusqu'à l'âge adulte).

A. Périmètre d'évaluation (actions du PRS concernées)

Alors que la nouvelle loi de santé publique met le parcours éducatif en santé au centre, le PRS Paca 2012-2016 intègre d'ores et déjà diverses **actions menées en milieu scolaire**, dans les établissements publics des écoles, collèges, lycées. Ces actions sont menées sur différentes thématiques, selon les âges ciblés, à savoir :

- chez les tous petits : compétences psychosociales, accidents de la vie quotidienne, bucco-dentaire, prévention obésité ;
- à l'école : éducation à la santé, compétences psychosociales, repérage des troubles d'apprentissage, santé bucco-dentaire ;
- après 12 ans : éducation à la santé, contraception, violence de genre, prévention addiction, prévention suicide...
- adolescents : jeunes en insertion professionnelle (CFA, mission locale...), jeunes incarcérés (PJJ), étudiants (dans les campus : alcool, tabac, réduction de risques, nutrition...).

Ces actions sont développées dans le cadre **d'appels à projets lancés par l'ARS**, sur des **territoires prioritaires** (indices 4 et 5 de défavorisation, pauvreté infantile, territoires politique de la ville...), avec pour fil rouge la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Certaines de ces actions sont réalisées dans le cadre d'un partenariat existant avec l'Education nationale à Marseille (devant être généralisé au niveau régional).

A ces actions menées en milieu scolaire s'ajoutent les **actions de prévention menées dès les premiers mois de la grossesse** (via notamment le réseau périnatalité avec lequel l'ARS a signé un CPOM en 2015), telles que :

- éducation à la santé
- repérage précoce des troubles du lien
- suivi des enfants vulnérables
- dépistage de la surdité neonatale dans les maternités

B. Questions d'évaluation (problématique / enjeux)

Une première série de questions renvoie à la **pertinence et à la mise en œuvre des actions menées dans le cadre du PRS** sur le sujet du parcours en santé de l'enfant, en lien avec les modalités et le fonctionnement des partenariats sur lesquels ces actions reposent. Il s'agira de répondre entre autres aux questions suivantes :

- De quelle manière les promoteurs priorisent-ils leurs actions (menées dans le cadre de l'appel à projets financé par l'ARS) ? Ces actions répondent-elles à un diagnostic fin des besoins ?
- Comment les partenaires se positionnent-ils dans le parcours en santé de l'enfant ? Comment les promoteurs construisent-ils leurs projets : choix du public cible, diagnostic de santé, modalités d'interventions probantes, résultats attendus ?
- Quelles sont les attentes de l'Education nationale sur le sujet ? Quel est le degré d'appropriation des actions préconisées par l'ARS, par cet acteur ?

Une deuxième série de questions visent à **identifier les pistes d'amélioration** de l'action menée sur cette thématique :

- Comment les actions mises en œuvre pourraient-elles être améliorées ?
- Quels sont les points de rupture identifiés dans le parcours éducatif et comment améliorer sa fluidité ?
- Comment améliorer la coordination / les liens avec les acteurs du milieu scolaire (Education nationale, recteur, chef d'établissement) pour agir au plus près des besoins ?

C. Acteurs à rencontrer

Parmi les acteurs à rencontrer en priorité dans le cadre de cette thématique, se trouvent notamment :

- Au niveau régional :
 - DSPE ; DOMS et DOS au sein de l'ARS Paca
 - Le conseil régional
 - L'Education nationale
 - Les Rectorats
 - La PJJ
 - Le réseau périnatalité
 - ...

- En tant qu'illustration locale :
 - Ville de Marseille (en particulier les 3^e et 14^e/15^e arrondissements)
 - Le service universitaire de médecine et de prévention de la santé (Aix Marseille)
 - Les conseils départementaux (Var ; Bouches-du-Rhône)
 - L'hôpital de Draguignan (intervention sur l'alcool)
 - ...

D. Données, études, documents à consulter

Pour répondre à la problématique, les données suivantes pourront être analysées, entre autres :

- Rapport d'évaluation / autoévaluation des actions sélectionnées
- Plans d'actions
- Cahiers des charges
- ...

Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées

Nom	Organisme
Thème « Premier recours et exercice coordonné »	
Gabriel KULLING	ARS PACA, Direction de l'organisation des soins
Laurence CLEMENT	ARS PACA, Direction de l'organisation des soins
Leila DAGNET	Conseil régional
Gilles VIUDES	ORU PACA (Hyères)
André SIMON	ORU PACA (Hyères)
Martine LANGLOIS	FEMAS PACA (Valbonne)
Amandine COMMEAU	Préfecture de département (06)
Jacqueline SAOS	Conseil départemental (06)
Philippe WALLNER	Conseil départemental (06)
Christelle GREGORIO	MSP de Breil-sur-Roya (IDE coordinatrice)
Jean-Pierre DALMASSO	Directeur de l'hôpital Hôpital de Breil-sur-Roya
Philippe HOFLIGER	Pôle de santé de Nice les Moulins
Pierre Yves DUTHILLEUL	Assurance maladie
Marc ZECCONI	Conseiller départemental
Thème « Santé et Handicap »	
Dominique GAUTHIER	ARS PACA, Directrice DOMS
Sophie RIOS	ARS PACA, Chef du service Offre personnes handicapées et personnes en difficultés spécifiques
Marion BERTRAND	ARS PACA, service Offre personnes handicapées et personnes en difficultés spécifiques
Catherine LARIDA	ARS PACA, service Offre personnes handicapées et personnes en difficultés spécifiques
Monique PITEAU-DELORD	CREAI, Directrice
Lionel BOURDELY	Association LA BOURGUETTE AUTISME, Directeur général
Sophie MARCATAND	TEDAI 84, Présidente ; vice-présidente Comité technique

	régional autisme
Floriane VALLEE	ARS PACA, DD 06, Inspectrice
Michèle FROMENT	MDPH 06, Directrice
Patrick BOLLIE	MDPH 06, Directeur adjoint
Thierry BERNIER	ITEP La Luerna, Directeur
Thi Kim Dung NGUYEN	MDPH 13, Directrice
Pierre LAGIER	Chrysalide Marseille, Président
Clarisse CHATEL	CRA PACA, Pédiopsychiatre praticien hospitalier
David FONSECA	AP-HM Hôpital Salvator, Chef de service psychiatrie infanto-juvénile
Marine PICUT	AP-HM Hôpital Salvator, service psychiatrie infanto-juvénile
Thème « Santé précoce »	
M.MEUR	ARS PACA, DSPE
Mme VEDRINES	ARS PACA, DOS
M.MIROGLIO	ARS PACA, DSPE
Mme TARIN	ARS PACA, DSPE
Zeina MANSOUR	Directrice CRES PACA
M.MERIAN	CSAPA Draguignan, Cadre de santé
Dr Jacques COLLOMB	CD 13, Directeur de la PMI et de la santé publique
Dr Rémy LAPORTE	PASS Mère-Enfants, Marseille
Franck BALDI	DIPJJ, Conseiller technique
Fanny JAMET	Mouvement du planning familial, Marseille, Directrice
Joëlle DURANT	Rectorat Aix-Marseille, Infirmière conseillère du recteur
Corinne MAINCENT	Rectorat Aix-Marseille, Infirmière conseillère du recteur
Arnaud CLAQUIN	Réseau Périnatalité

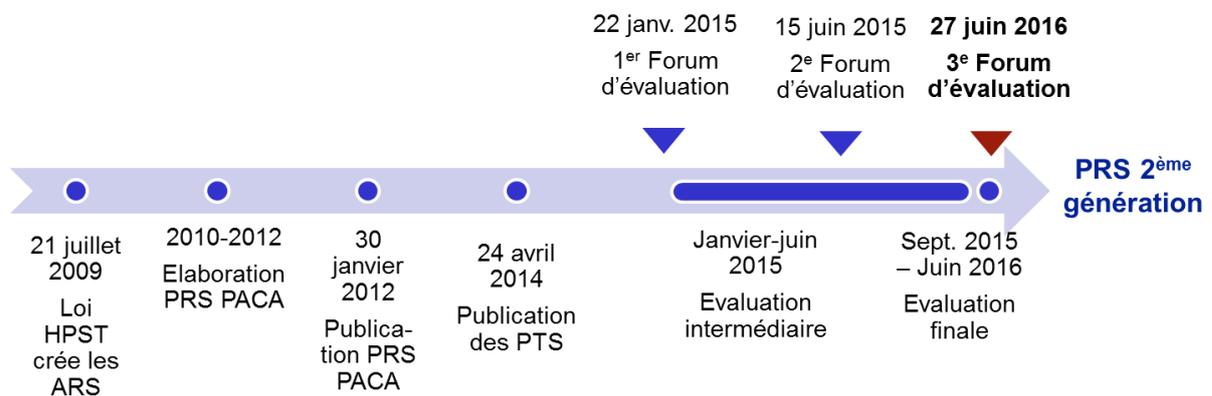
Michèle MARCOT	Réseau Périnatalité
Nathalie MOLAS-GALI	ARS DT 13, Chef du service prévention
Dr Claire PALAU	Directrice Service de Médecine Préventive et Promotion pour la Santé

Annexe 3 **Compte rendu du forum d'évaluation du 27 juin 2016**

Les objectifs du forum

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 (PRS) 2012-2016.

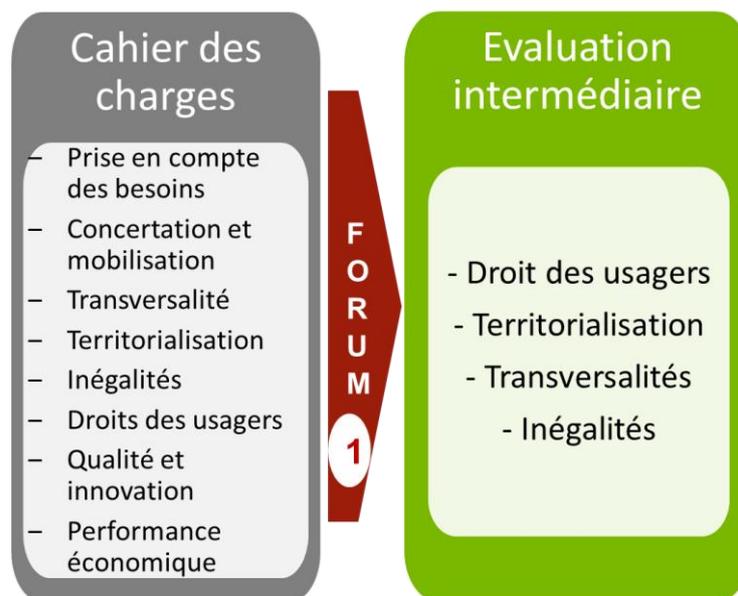
Celui-ci avait été élaboré dans une logique de concertation et de dialogue avec l'ensemble des partenaires et des acteurs de la santé. L'ARS a souhaité que son évaluation s'inscrive dans cette même dynamique de transparence et de travail collectif. C'est pourquoi trois forums ont été organisés, pour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



L'évaluation du PRS comportait deux temps bien distincts : un temps d'évaluation intermédiaire (2015) et un temps d'évaluation finale (2016).

Un premier forum a été organisé en janvier 2015 pour travailler sur le cadrage méthodologique de l'évaluation intermédiaire. 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.

A 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 a été mené.

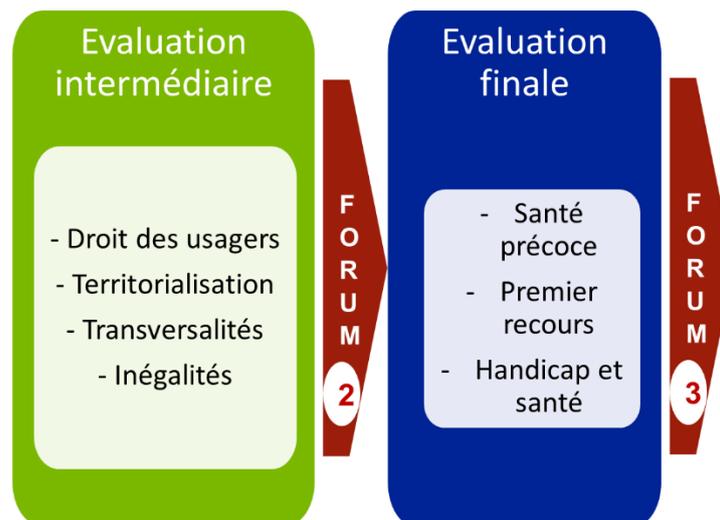
Ces travaux ont permis d'aboutir à un rapport provisoire d'évaluation intermédiaire. Le second forum de l'évaluation en juin 2015 a permis d'en soumettre les éléments principaux à discussion pour les amender, les compléter et les illustrer. Le rapport définitif d'évaluation intermédiaire a ensuite été élaboré.

L'évaluation finale a été lancée en janvier 2016. Elle porte sur trois thématiques :

- Adaptation de l'offre en santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap
- Premier recours et exercice coordonné
- Agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes

Comme pour l'évaluation intermédiaire, un travail de collecte et d'analyse de l'information a été réalisé sur chaque thème. Plus spécifiquement, 15 personnes ont été rencontrées sur le thème « Agir précocement sur l'enfant et la femme enceinte », 13 sur celui du « Premier recours et de l'exercice coordonné » et 17 sur « handicap et santé ». Une analyse documentaire a également été réalisée.

La formalisation provisoire des résultats de ce travail a été soumise au 3^{ème} forum d'évaluation du 27 juin 2016. Comme pour le forum précédent, l'objectif était de restituer les éléments de bilan et d'analyse sur les 3 thèmes retenus, ainsi que de les mettre au débat afin d'en retirer des pistes utiles pour l'élaboration du prochain PRS pour la période 2018-2022.

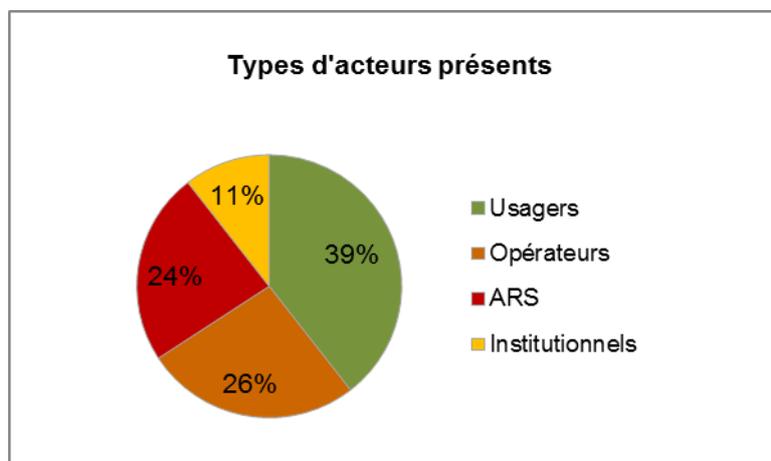


Les participants au forum

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.

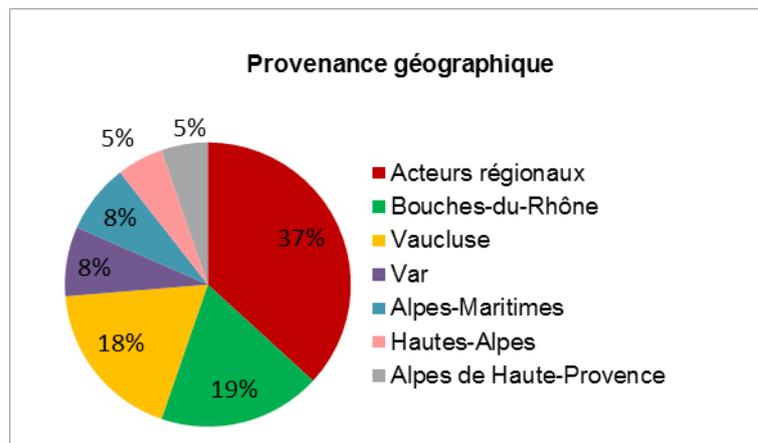
Au total, 38 participants ont assisté à ce Forum.

Bien que la participation ait été un peu inférieure pour ce troisième et dernier forum d'évaluation, une large diversité d'acteur était présente, avec notamment une part significative pour les structures de prévention et de représentants d'usagers. Des agents issus des différentes directions de l'ARS ont également participé activement aux échanges.



L'ensemble des départements de la région était représenté au Forum. Les départements le plus représentés étaient les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse alors que les Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence ont quant à eux réuni moins de participants.

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 les deux premiers Forum, l'objectif était de permettre aux acteurs de réellement participer à l'évaluation, et non simplement de faire une restitution des résultats des travaux des consultants sous la forme d'une réunion d'information.

Le Forum s'est articulé autour de 2 séquences principales, de manière à ce que les participants puissent donner directement leur avis de différentes manières.

Lors de la **première séquence** de travail, les évaluateurs ont présenté synthétiquement leurs bilans et conclusions provisoires sur chacun des deux sur les trois thèmes d'évaluation. Pour le 3^{ème} thème « Agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes », les différents entretiens et analyses menés n'étaient pas au même point d'avancement ; à ce stade, sur ce 3^{ème} thème, cette première séquence a donc servi à rappeler les éléments fondamentaux en matière de parcours de l'enfant et à dresser les premiers constats issus des entretiens et recherche documentaire.

Par la suite, les participants réunis en plénière ont été invités à réagir, avant de **procéder à un vote électronique** (pour le 1^{er} et 2^{ème} thème) permettant à chacun de se positionner par rapport aux premières analyses et de mettre en avant les constats les plus discutés. Pour le 3^{ème} thème, les participants ont été invités à réagir à partir des questions évaluatives, dans le but d'alimenter un échange large qui puisse être utile pour avancer dans les réflexions et l'analyse du thème.

Lors de la **deuxième séquence** de travail, les participants se sont répartis en petits groupes, pour aborder plus en profondeur chacun des trois thèmes d'évaluation. Ils pouvaient ainsi se répartir librement entre les **3 tables thématiques** (1 table pour chacun des thèmes). Une rotation entre les tables au milieu de la séquence a permis aux participants d'aborder pour chacun deux des trois thèmes. À chaque table, un modérateur du cabinet Planète Publique ou de l'ARS PACA a présenté les analyses et questions 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 séquences 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 : Partage, réactions et échanges sur les premières analyses de l'évaluation

Adaptation de l'offre en santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap

– Les analyses proposées par Planète Publique

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

- **La structuration de l'offre médico-sociale se fait moins par réaction à la demande et plus par planification volontaire**
- **L'intérêt de passer d'une logique mono-établissement à une approche plateforme, est admis par tous**
- **Le CPOM est un outil fondamental au service de ces nouvelles approches**
- **De nombreux dispositifs expérimentaux ont fait leurs preuves**
- **La capacité des établissements et des professionnels de terrain à organiser un parcours global efficace n'est pas acquise**

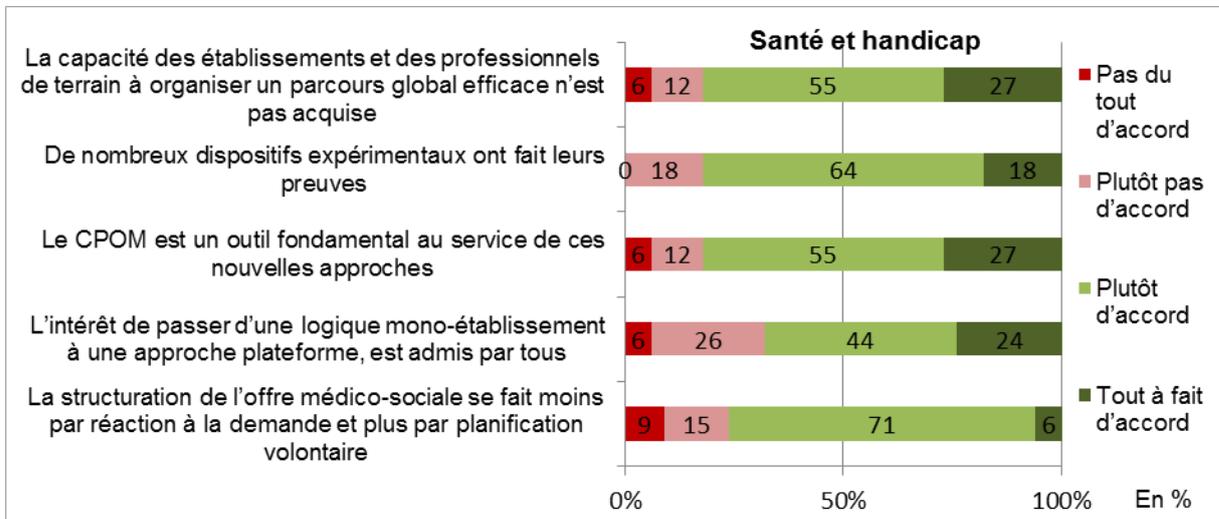
– Réactions des participants

- En matière d'accès aux chirurgiens-dentistes, des petits cabinets ont été fermés. Pourtant, il serait mieux d'avoir des « cabinets secondaires » que des cabinets dans des établissements pour faire venir les personnes en situation de handicap. Cela coûterait moins cher (par ex : possibilité d'utiliser du matériel à usage unique plutôt que de stériliser). Il y a un intérêt à récupérer ces petits cabinets. Bien que le bus dentaire (handidents) évite une perte de temps et permet à la personne en situation de handicap de rester dans son milieu, il reste « un gouffre financier » (entretien mécanique du camion, essence...) que les prestations (la plupart du temps, des détartrages) ne permettent pas de compenser.
- Le PRS ne s'est pas appuyé sur les besoins qui existent. Il n'y a pas réellement d'analyse préalable et réelle des besoins pour toutes les actions médico-sociales : « on ne sait pas vraiment ce qu'on fait ». Par exemple, à Salon de Provence, le déploiement de l'action « Handisanté » s'explique plus par l'existence de réseaux, de relations interpersonnelles qu'une véritable analyse des besoins. Peut-être qu'à Arles, il y a des besoins aussi...

- Pour renforcer l'idée précédente, il y a un véritable problème de connaissance du besoin. Le CREAI est sollicité par l'ARS pour repérer les jeunes handicapés qui restent à domicile car ces derniers n'ont pas trouvé d'établissements qui puissent les prendre en charge. La difficulté, c'est qu'il n'y a pas de visibilité sur l'action. Le CREAI fait des études que l'ARS reprend à son compte.
- Par rapport à l'idée de « parcours », dans chaque département, les établissements sanitaires ont un projet médical partagé. Il serait souhaitable que les besoins médico-sociaux soient pris en compte dans ce projet, et que les associations du médico-social soient associées afin qu'elles puissent participer et donner leur avis. Plus généralement, les projets médico-sociaux doivent être associés à ce projet médical partagé dans une optique de projet de santé de territoire.
- Il y a un problème institutionnel dans le médicosocial. Le nombre d'acteurs impliqué est trop important : ARS, CR, CG, et ORU qui s'est rajouté.
- Les professionnels de santé ont des difficultés à accueillir des personnes avec des lésions cérébrales dans les hôpitaux. Il y a un manque de formation des professionnels à accueillir ce public : Ces derniers ne sont pas outillés à recevoir ce public particulier : « Ce n'est pas que l'on ne veut pas, c'est que l'on ne sait pas ». Les infirmiers ne veulent plus aller à domicile et les personnes en situation de handicap n'ont donc pas accès au soin. Il y a aussi les adultes avec des comportements difficiles avec lesquels on ne sait pas faire non plus.
- Il y a un enjeu à « décloisonner » les activités, les pratiques professionnelles et les modes de financement (ex : structure gynéco des femmes en situation en handicap). Ce décloisonnement est important dans ce champ du handicap.
- Le public des jeunes adultes en situation de précarité avec des problèmes d'addiction est-il concerné par ce thème *santé et handicap* ? les groupes d'utilisateurs doivent être renforcés par la mise en place de pratiques préventives et la mutualisation des réseaux. Par ailleurs, il est nécessaire de continuer à améliorer l'accessibilité de la ville pour les personnes à mobilité réduite.
- Concernant le handicap psychique et les autres troubles du comportement, ils sont encore trop peu pris en charge. Des jeunes avec de telles problématiques en arrivent à être judiciairisés, faute d'avoir été correctement pris en charge. Ces jeunes ne trouvent pas d'établissement appropriés bien qu'ils aient reçu une notification MDPH. Dans la même idée, les jeunes diagnostiqués TDAH le sont souvent trop tard : et les parents (et enfants) ne savent pas où aller pour se faire aider.
- Focus sur le projet « Handisanté » : il s'agit d'un centre d'appui à la coordination des parcours de santé qui vise à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (suivi cardio, gynéco...). Le médecin coordinateur départemental facilite l'accès aux soins de la personne handicapée et assure un parcours de soins sans rupture. Chaque hôpital partenaire met à la disposition des personnes handicapées, un référent.

– *Résultat des votes*

Sur ce thème, les résultats des votes montrent un certain consensus chez les participants. Toutefois, la quatrième conclusion sur le consensus généralisé de l'intérêt de passer d'une logique mono-établissement à une approche plateforme est celle qui faisait le moins l'unanimité.



Premier recours et exercice coordonné

– *Les analyses proposées par Planète Publique*

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

- Une mise en cohérence s'est produite parmi les acteurs engagés dans le soutien aux SEC (Structures d'Exercice Coordonné)
- Une mise en cohérence s'est produite parmi les acteurs engagés dans le soutien aux SEC
- Une mise en cohérence s'est produite parmi les acteurs engagés dans le soutien aux SEC
- La qualité d'un projet de type SEC est un facteur d'attractivité fort pour un territoire fragile

– *Réactions des participants*

1^{er} recours et lutte contre les déserts médicaux

- Dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, la problématique des déserts médicaux s'ajoute à sa topographie particulière (département très étendu) et au contexte démographique préoccupant (baisse du nombre d'habitants en raison de la disparition des services de proximité). En conséquence, le délai d'attente pour consulter est important (2 à 3 mois). La mutualisation des hôpitaux est une option intéressante mais mal comprise par les professionnels. La question du délai de consultation se pose également dans le Vaucluse où il faut attendre parfois 6 semaines pour obtenir une consultation chez un psychiatre de ville. Des efforts sont

pourtant faits à l'image du Centre Hospitalier de MontFavet dans lequel le projet d'établissement s'applique à faciliter cette accessibilité à la psychiatrie.

- Dans les déserts médicaux, l'utilisation de l'hélicoptère pour le transport des personnes malades pourrait-elle être une solution pour l'accès au soin ? (il faut regarder comparativement combien coûte le déplacement d'un médecin pour se rendre chez un patient et le coût d'un hélicoptère)
- Dans la même idée de lutte contre les déserts médicaux, développer davantage des structures mobiles pour favoriser sur les zones fragiles pourrait être « un petit bout de réponse ».
- Dans le 04, le concept de médecins « à demeure » disparaît au profit des médecins « volants », ce qui est intéressant mais qui a la particularité de déstabiliser l'offre présente dans le territoire. Il n'existe pas de solutions simples.
- Une autre solution consiste à ce que ceux qui ont perçu des bourses durant leurs études soient obligés de s'installer dans ces déserts médicaux. Cela semble déjà exister mais peut-être faut-il le systématiser/généraliser ?
- Pour les médecins libéraux, le règlement de la problématique de la désertification médicale ne peut pas se limiter à une incitation financière (à moins qu'elle soit particulièrement conséquente mais cela n'est pas envisageable). Ces incitations ont leurs limites et sont pour beaucoup, des effets d'aubaine. Pour attirer des médecins, il faut que la région soit attractive.
- Plus spécifiquement dans le cas du handicap psychique, il y a une amélioration des SAVS avec la création d'un service mobile qui irait au domicile de façon à être au plus près des personnes en situation de handicap. Les départements ne financent pas ce dispositif avant 2018.

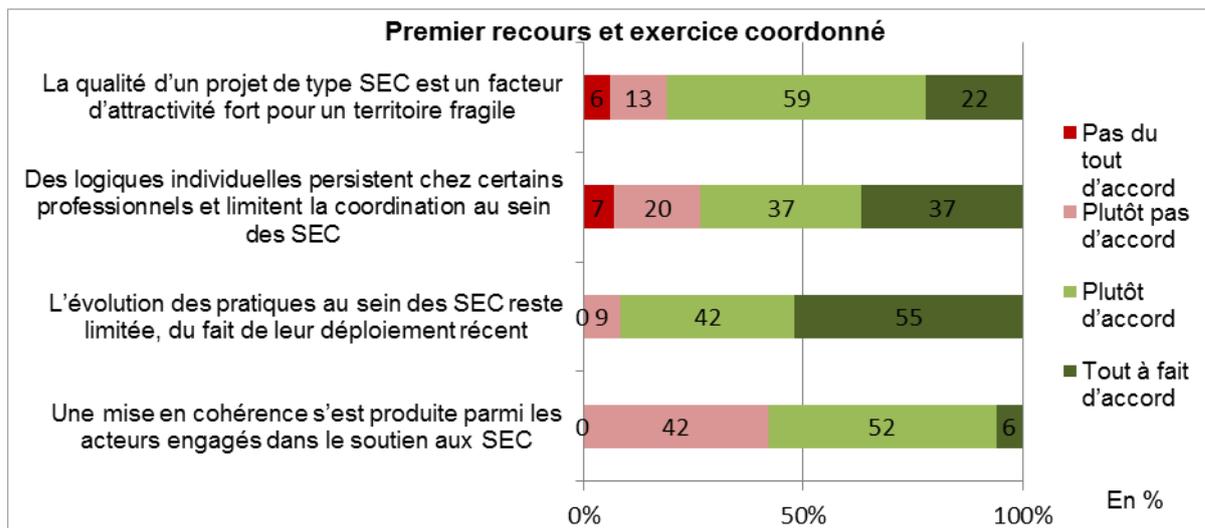
Exercice coordonné

- Bien que les Maisons Régionales de Santé (MRS) soient une bonne solution, encore faut-il qu'il y ait suffisamment de médecins pour qu'ils puissent se regrouper. Pour les médecins libéraux, leur perception est qu'il n'y a pas d'intérêt à se regrouper là où la démographie est importante (littoral et ville) et, que dans les déserts médicaux, ils ne sont pas assez pour se regrouper. Cette disparité du territoire en PACA complique le règlement de la situation. Il y a d'autres régions où cela fonctionne davantage car la démographie professionnelle est plus équilibrée.
- Le regroupement est une nécessité car il va permettre de prendre un plus grand nombre de patients. La réticence à se regrouper vient aussi d'une question d'âge. Les médecins âgés ne vont pas abandonner leur activité en cabinet individuel. C'est un problème « excessivement » difficile car c'est un problème de société, d'état d'esprit plus que de planification.
- Concernant l'exercice coordonné, la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est un système intéressant car il permet aux professionnels de se focaliser sur la santé et de se libérer des questions administratives.

- Concernant le lien Ville-hôpital, il est souhaitable que les MSP s'appuient sur les hôpitaux. L'exemple de l'hôpital de Breuil-sur-Roya est intéressant à cet égard. Autre exemple du renforcement du lien entre la médecine de ville et l'hôpital : Le centre hospitalier d'Embrun qui accueille dans ses locaux une MSP. La synergie entre MSP et hôpitaux est très intéressante bien qu'il y ait une inquiétude sur leur financement.
- A propos du financement des structures d'exercice coordonné, il y a un écart important entre les SEC : MRS qui ont un support de l'ARS et CR et MSP. Très peu de MSP ont adhéré au règlement arbitral. Les professionnels libéraux, premiers intéressés, n'accrochent pas. Les freins sont multiples (administratifs, corporatistes, culturels ...). Dans certaines régions, le passage au règlement arbitral a mieux fonctionné. Il serait intéressant de savoir quelles en sont les raisons.
- Problématique de la PASS : dispositif peu connu à destination des personnes qui n'ont pas de droits ouverts, donc peu utilisé et qui risque de perdre ses financements.

– *Résultat du vote*

Le vote électronique montre que les analyses proposées étaient plutôt consensuelles. La quatrième conclusion, sur la mise en cohérence des acteurs engagés dans le soutien aux SEC, est celle qui réunit le moins d'approbations de même que, dans une moindre mesure, la deuxième conclusion sur les logiques individuelles persistantes qui limitent la coordination au sein des SEC



Agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes

– Les analyses proposées par Planète Publique

Sur ce dernier thème, les questions évaluatives ont été soumises aux participants afin d'alimenter le débat :

- **Comment les partenaires se positionnent-ils dans le parcours en santé de l'enfant ?**
- **Quelles sont les attentes des principaux partenaires institutionnels, sur le sujet ? Quel est le degré d'appropriation des actions préconisées par l'ARS, par ces acteurs ?**
- **Comment les actions mises en œuvre pourraient-elles être améliorées ?**
- **Quels sont les points de rupture identifiés dans le parcours en santé et comment améliorer sa fluidité ?**
- **Comment améliorer la coordination / les liens avec les acteurs institutionnels pour agir au plus près des besoins ?**

– Réactions des participants

- Le sport est souvent « oublié » lorsque l'on parle de prévention et de promotion de la santé. Il est pourtant pertinent de rappeler ses bienfaits dans ce cadre de discussion sur la prévention.
- Il existe déjà certaines actions qui œuvrent à la promotion de la santé. Par exemple, le Codes 83 a mis en place un programme d'éducation nutritionnelle en école maternelle dans le Var, « Ratatouille et cabrioles », qui vise à prendre en compte les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. Il s'agit de développer un programme d'éducation nutritionnelle pour les enfants scolarisés en écoles maternelles de quartiers défavorisés dans le département du Var en co-construisant et co-animant de séances sur le thème de la nutrition auprès des élèves de 3 à 5 ans, en collaboration avec les équipes éducatives de 20 écoles maternelles.
- Il y a un travail à faire avec la médecine libérale dans le suivi des enfants. Toutefois, il faut reconnaître qu'il existe déjà un engagement des médecins libéraux sur la question de la prévention qui n'est pas suffisamment mis en avant.
- Concernant le positionnement des partenaires dans le parcours en santé de l'enfant, les professionnels de santé de l'éducation nationale sont en difficulté. La santé doit aussi s'inscrire au sein de l'éducation nationale. Il y a aussi un enjeu de développer la collaboration entre les projets associatifs soutenus par l'ARS et l'éducation nationale afin de créer plus de cohérence et de contribuer à l'amélioration des actions.
- Concernant l'amélioration des actions mises en œuvre, il faut travailler à faire des professionnels de santé des « passeur de relais » pour donner une certaine continuité à l'action en les outillant et formant. Cela passe par une vision de « programmation ». L'ARS va dans ce sens et s'inscrit de plus en plus dans cette optique de « programmation ». Il y a un enjeu à former les intervenants à être des « pas-

seurs de relais ». En agissant de la sorte, on lutte contre le « vide » créé par un intervenant qui quitte son poste, ce qui implique souvent de « tout refaire ».

- Dans le même ordre d'idée, dans le domaine de la prévention, il y a une multiplicité d'intervenants ; il est nécessaire de trouver des outils, manière de faire qui puissent faire le relais entre les intervenants (ex : le carnet de santé ?)
- Concernant les points de rupture, l'adolescence en est un. Les jeunes enfants sont bien dépistés et suivis (staff bien établi) mais ce n'est pas le cas des adolescents qui souvent finissent pas entrer dans le circuit judiciaire, n'étant pas orientés vers une prise en charge adéquate. Très peu de moyens sont mis à disposition de ces adolescents en difficulté. Que fait-on des adolescents qui « pètent les plombs » ? Les acteurs de la santé devraient mieux sensibiliser à la prise en charge des ados. De la même manière, les parents de ces adolescents avec des difficultés ne trouvent aucune structure pour les soutenir (ni les parents et ni les enfants en question).
- D'une manière générale, la politique de prévention primaire a dû mal à faire le lien avec la prévention secondaire (ambulatoire). Une étude des centres médico-psychologiques (CMP) montre le manque de moyens et de prises en charge « contenantes » dans l'optique d'un parcours de soins intégré avec un parcours de vie.
- La question du dépistage/repérage ne doit pas s'arrêter à la vaccination. Pourquoi ne pas généraliser le dépistage bucco-dentaire ? Cela serait bien moins coûteux de faire de la prévention en matière de santé bucco-dentaire que de faire du soin.
- L'objectif est de continuer à développer la promotion de la santé par une approche par milieu de vie. Par ailleurs, le problème n'est pas que de développer des actions en amont pour dépister mais il faut être en capacité d'assurer une prise en charge suite au dépistage. Il s'agit d'une difficulté majeure.

Séquence 2 : Approfondissements par tables sur les thèmes d'évaluation

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

Premier recours et exercice coordonné

Suite aux résultats du vote, les analyses mises en débat et réflexions approfondies étaient les suivantes :

- *Comment mettre en cohérence toutes les formules d'exercice coordonné sur le territoire (PTA, PASS, MSP, MRS, lien ville/hôpital) ?*
- *Face aux logiques individuelles persistantes, comment améliorer les pratiques de proximité et de pluri-professionnalité ?*

Les débats ont principalement porté sur cette première question qui soulève un certain nombre de problématiques et qui rejoint sur le fonds la question de l'amélioration de la pratique de l'exercice coordonné et de collaboration entre les acteurs de la santé.

Tout d'abord, il y a un certain consensus entre les participants à reconnaître **le manque de connaissance mutuelle des acteurs entre eux**, des structures dans lesquelles chacun intervient et des différents publics auxquels ils s'adressent. Il y a un enjeu à mieux sensibiliser et informer. C'est un préalable à une mise en cohérence de l'ensemble des dispositifs et structures d'exercice coordonné. Plusieurs idées ont été suggérées :

- Créer, améliorer et renforcer des **outils de mise en cohérence** : poursuivre l'alimentation de la base de données « Aurore », créer un guichet unique sur les dispositifs du territoire...
- Mettre en œuvre **des temps de rencontre** où l'ensemble de ces acteurs santé pourrait échanger. L'objectif serait triple :
 - Connaître les différents acteurs, s'informer auprès d'eux de leurs actions et des publics
 - Réfléchir ensemble sur les possibles « points de rencontre » sur lesquels il serait pour eux intéressant de mener des actions ensemble et /ou de se coordonner.
 - Réfléchir sur la plus-value qu'apporteraient d'éventuelles actions conjointes et actions de coordination par les acteurs de santé sur les bénéficiaires.

Toutefois, les participants mettent en garde sur le risque d'une multiplication de réunions, de « doublons ». Un premier travail doit être réalisé pour la mise en cohérence de l'ensemble des réunions qui regroupent les acteurs de santé. Par ailleurs, concernant l'animation de ces réunions, l'ARS apparaît comme l'acteur à qui il reviendrait de le faire. Toutefois, l'ARS peut être perçue comme trop institutionnelle par les acteurs de santé et il

serait intéressant de réfléchir à un autre acteur ou alors à un acteurs intervenant à une échelle au plus proche du terrain pour conduire ses réunions. La délégation départementale de l'ARS a été évoquée.

- **Former initialement et en continu** : intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé plus de liens entre le médical, social et prévention. Il est nécessaire de « **décloisonner** » **l'ensemble de ces secteurs** et de sensibiliser les futurs professionnels de santé en améliorant leurs connaissances sur les « ponts » qui peuvent exister entre ces différents domaines. Ceci est d'autant plus important qu'il a été souligné lors de cet atelier que la montée en puissance de l'exercice coordonné est aussi une **question de mentalité**. Les anciens médecins en cabinet qui arrivent près de la retraite ne sont pas prêts à passer à l'exercice coordonné. Ce sont les jeunes qu'il faut cibler au travers de la formation initiale et continue.
- **Continuer toutes les initiatives qui visent à encourager l'exercice coordonné** tout en considérant que les incitations financières ont leur limite. A moins de donner une somme conséquente, il faut réfléchir à de nouveaux leviers d'action pour inciter les jeunes professionnels de santé à s'installer dans les déserts médicaux.
- Travailler sur **un langage commun** entre le médical, social et prévention

Agir précocement chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes

Pour ce dernier thème, les discussions de la matinée ont amené à approfondir les questions suivantes :

- ***Quels sont les points de rupture identifiés dans le parcours en santé de 0 à 25 ans? Comment améliorer sa fluidité ?***
- ***Comment améliorer la coordination/liens avec les acteurs institutionnels pour agir sur les déterminants de santé ?***

Pour rendre les choses plus concrètes, les deux temps d'atelier ont été organisés successivement autour des deux tranches d'âge : 0-12 ans puis 12-25 ans.

S'agissant des 0-12 ans, les points suivant ont été notés :

- Il convient d'abord de différencier deux types de coordination articulés mais bien différents : la coordination « politique » entre institutions et la coordination opérationnelle pour les usagers dans leurs parcours ;
- L'objectif de coordination et de fluidité ne passe bien entendu pas par un « gestionnaire central » du parcours, mais par une logique de « guichet intégré », valable quelle que soit l'entrée dans le parcours ;
- Cette approche ne fonctionne que si l'ensemble des acteurs impliqués sont porteurs du même message ; cela signifie que le travail sur la possibilité pour chaque usager d'intégrer le message est essentielle ; l'information qui

doit circuler doit être « facile à lire et à comprendre » ; ces informations passent d'ailleurs souvent mieux par le collectif, par l'échange entre pairs, plus que par l'approche individuelle ;

- La coordination pourrait passer par plusieurs canaux :
 - La Commission de Coordination des Politiques Publiques pourrait être un lieu utile, mais à ce stade, elle n'a pas fait preuve de la convergence suffisante entre les différents acteurs
 - Les Délégations territoriales de l'ARS pourraient également être encore davantage utilisées comme lien institutionnel pour l'animation territoriale
 - Les échanges de pratiques entre acteurs constituent également une démarche pertinente
 - Plus largement, l'articulation de tous les acteurs dans la logique de proximité constitue une clé importante pour cette coordination
- Dans un registre différent mais cohérent, les Evaluations d'Impact en Santé (EIS) gagneraient à être davantage utilisées comme levier.

En ce qui concerne les 12-25 ans, les points suivant ont été notés :

- L'approche de prévention passe par une bonne représentation de l'écosystème de santé que l'on peut se figurer comme une « marguerite » avec le jeune et sa famille (élargie) au centre et des « pétales » matérialisant respectivement l'établissement d'enseignement, le périscolaire et les loisirs, le quartier, les lieux de formation, l'entreprise ;
- La prévention implique de s'intéresser notamment
 - aux événements marquant et aux faits significatifs dans la vie des jeunes
 - au parcours scolaire
 - aux questions de santé physique, notamment en ce qui concerne la puberté
- les professionnels qui interviennent auprès des enfants et adolescents ne sont généralement pas suffisamment formés sur les questions de prévention
- il est nécessaire de croiser davantage les politiques de prévention entre institutions, notamment dans la Commission de Coordination des Politiques Publiques au niveau régional
- il serait pertinent qu'une entité s'assure, dans l'écosystème évoqué ci-dessus, que les professionnels sont formés, sensibles à la question de la prévention, qu'ils échangent sur le sujet ... ; l'ARS ne peut changer les cloisonnements entre ministères, mais elle peut faire en sorte que les personnes se parlent davantage ; elle peut déployer des modalités d'animation territoriale sur la

base d'une ligne générale et en tenant compte des ressources du département ; les communes peuvent également être des lieux utiles pour ce type d'actions, mais ce ne sont pas forcément des lieux simples compte tenu de l'enchevêtrement des compétences et des différences de priorités ou de temporalités.

Conclusions et suite de la démarche

Ce troisième et dernier Forum d'évaluation a permis de présenter, de questionner et d'approfondir les analyses et conclusions du travail mené par Planète Publique. Les différents points qui ont été soulevés apporteront de nouveaux éléments qui serviront à alimenter le rapport final de l'évaluation du PRS et compléteront les analyses effectuées à partir des entretiens et des indicateurs de suivi du PRS.

Cette journée productive a été l'occasion d'échanger et de porter des regards croisés sur des pratiques communes participant ainsi à la création d'un langage commun pour 2018. Les riches échanges de ce troisième forum confirment la pertinence des trois thèmes d'évaluation choisis dont les réflexions et orientations alimenteront directement le PRS 2.

Le thème sur le parcours de l'enfant reste à approfondir en tenant compte de ce qui a été débattu au cours de cette journée. C'est un sujet complexe mais qui apparaît capital dans son approche globale de la santé du jeune (soins et prévention) au travers des différents déterminants de santé. Plus généralement, il apparaît nécessaire de mieux comprendre et chercher les points de convergence des acteurs du soin et de la prévention dans leurs actions en travaillant sur une logique commune et un langage partagé.

La démarche d'évaluation a permis de relever et d'apporter différents éclairages sur l'apport du PRS 1 ainsi que d'assurer une transition « réflexive » pour la construction du PRS 2. Le rapport final capitalisera cet ensemble et pourra servir de « terreau » pour la reprise des débats dès 2018 parmi la communauté d'acteurs de la santé.



30, rue de Fleurus
75 006 PARIS
www.planetepublique.fr
01 80 05 16 05
contact@planetepublique.fr