

Synthèse de l'évaluation du PRS 2018-2022

Cette synthèse rassemble de manière abrégée les principaux éléments et conclusions du rapport consolidé de l'évaluation du PRS2, lequel rapport rassemble lui-même en un seul document les principales conclusions d'un large ensemble de travaux et d'études, ainsi que de rapports de recherche et documents de travail, réalisés par le consortium d'évaluation (une trentaine de rapports, soit environ 2500 pages). Par les développements qu'ils proposent et les pistes de discussion qu'ils ouvrent, ces travaux d'évaluation ainsi que les premières conclusions auxquelles ils donnent lieu, y compris dans ce document, sont susceptibles d'être approfondis par des travaux et publications académiques ultérieurs.

Les équipes mobilisées pour réaliser ces différents travaux et l'ensemble des documents produits sont présentés à la fin du présent document, dans les annexes 1 et 2.

CONTEXTE ET METHODE

Pour conduire l'évaluation du Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2022, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a mandaté **un consortium de recherche interdisciplinaire porté par la Chaire Santé de Sciences Po** sous la responsabilité scientifique de Daniel Benamouzig (sociologue, Directeur de recherche au CNRS, titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po).

Le PRS 2018-2022 est un document stratégique définissant la politique de santé en région pour tous les acteurs de la santé. Il **comprend 25 sous-axes et de plus de 70 projets de transformation**. Ces derniers contribuent à renforcer la prévention et la promotion de la santé pour préserver le capital santé et bien-être et pour éviter d'avoir à soigner. Ils visent à favoriser l'organisation des soins dans le domaine sanitaire et médico-social. Le PRS vise aussi à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans une région marquée par de forts contrastes en la matière. Ils ont pour objet d'adapter les actions et les politiques de santé aux spécificités locales, en cherchant notamment une meilleure coordination des acteurs.

En 2018, l'ARS a lancé **un appel à manifestation d'intérêt (AMI)** visant à la fois la production d'un cadre et de méthodes d'évaluation et la conduite d'actions évaluatives portant sur différents projets et programmes du PRS et couvrant les 5 axes thématiques du Schéma Régional de Santé (SRS) ainsi que le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

L'évaluation du PRS2 visait à **rendre compte des actions** entreprises auprès des acteurs de la santé et de leurs publics, dans une optique d'amélioration de l'action publique et de renforcement de la démocratie sanitaire. L'évaluation devait également permettre de **relancer la dynamique de mobilisation des acteurs territoriaux** dans un contexte marqué par les inégalités sociales et

territoriales de santé dans la Région. Enfin, l'ARS entendait **renforcer ses liens avec le monde de la recherche** et répondre aux enjeux de diffusion et de transferts de connaissances utiles à l'action publique.

Sur le plan méthodologique, l'évaluation a privilégié une **approche souple et pragmatique, à visée prospective**. Compte tenu de la taille et de l'ambition du PRS, il ne s'agissait pas d'embrasser dans l'évaluation l'ensemble des actions mais de dégager, au moyen de diagnostics problématisés, des enseignements à la fois transversaux et thématiques afin de nourrir la réflexion en vue du futur PRS.

En accord avec la direction générale de l'ARS et la Direction de l'innovation, un **choix d'actions emblématiques** engagées dans les différents axes du PRS a été retenu et complété par deux axes transversaux, structurant **sept chantiers évaluatifs** :

- l'évaluation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour l'axe 1 ;
- l'évaluation des plateaux médicotecniques (PMT) pour l'axe 2 ;
- l'évaluation de l'innovation dans le maintien à domicile pour l'axe 3 ;
- l'évaluation des actions d'*empowerment* et de démocratie sanitaire pour l'axe 4 ;
- l'évaluation des actions de nutrition et santé publique pour l'axe 5 ;
- l'évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et ambulatoires pour le PRAPS ;
- l'analyse transversale des enjeux d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Pour l'ensemble de ces actions, le travail d'évaluation a été structuré en **trois séquences** temporelles distinctes, respectivement consacrées à la **définition** des conditions d'évaluation, à **l'évaluation** proprement dite et au recueil des données d'évaluation des différentes actions évaluées, et enfin à la **consolidation** de l'évaluation, considérée cette fois de manière plus transversale.

La démarche s'est adossée à la mise en place, lors du lancement du PRS, de **modalités de suivi et de pilotage internes à l'agence**, indépendamment de l'évaluation, et concrétisées par la mise en place, avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), d'un tableau de bord stratégique (35 indicateurs) et par la production de fiches-bilans. Ces éléments ont été produits par l'ARS lors de la phase de consolidation et ont été pris en compte en vue de la finalisation de l'évaluation, sans pouvoir être intégrés aux phases antérieures de définition, d'évaluation proprement dite et de recueil des données. En dépit des urgences et redéfinitions des priorités entraînées par l'épidémie de Covid-19, l'évaluation a bénéficié d'échanges réguliers avec les responsables des projets de transformation et référents des axes du PRS. Elle a aussi donné lieu à deux présentations de l'avancement de l'évaluation du PRS au Comex de l'agence.

Au cours de ces échanges, conduits de manière formelle ou plus informelle avec la Direction de l'innovation de l'agence, les contours de l'évaluation ont été redéfinis en profondeur dans le contexte de l'épidémie de Covid, qui a fortement affecté les activités de l'agence, celles des acteurs de santé territoriaux ainsi que l'ensemble des activités académiques, notamment celles de la Chaire Santé de Sciences Po, dont le titulaire, Daniel Benamouzig, a été membre du Conseil Scientifique Covid-19 entre mars 2020 et juillet 2022. En accord avec la Direction générale et la Direction de l'innovation, il a été convenu de poursuivre le travail d'évaluation selon les principes initialement envisagés, en **privilégiant désormais une logique de diagnostic**, plutôt que d'évaluation des effets

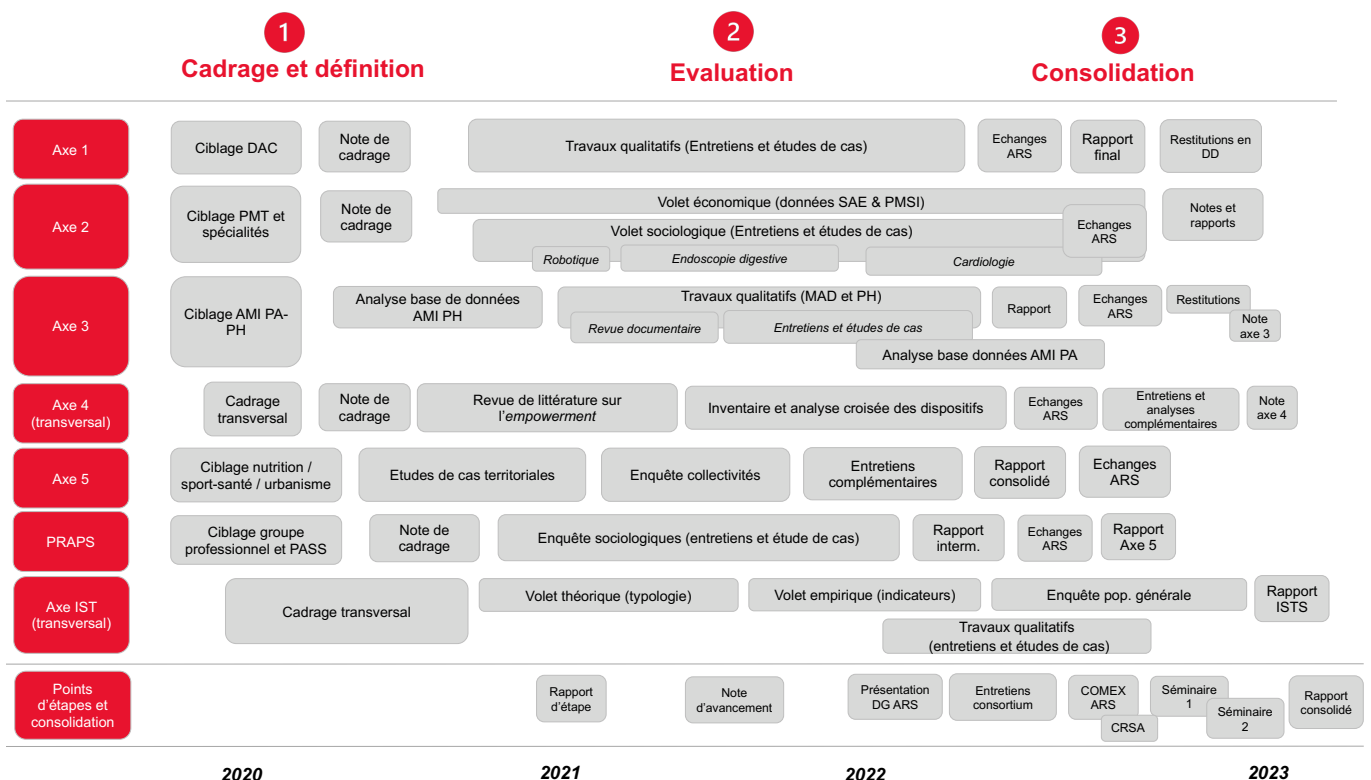
ou des résultats produits par le PRS, et ce d'autant que les indicateurs initialement envisagés par l'ARS n'étaient alors pas disponibles.

Dans la phase de recueil de données et d'évaluation proprement dite, **différentes méthodes d'analyse ont été mises en œuvre**, selon les possibilités liées aux caractéristiques des actions évaluées et selon les informations disponibles. Au regard des différentes disciplines dont les membres du consortium sont issus, mais aussi en raison de l'insuffisance des données quantitatives exploitables, les dimensions qualitative et sociologique ont pris une place transversale.

Au total, **25 chercheurs** ont directement contribué à l'évaluation du PRS qui a également pu compter sur le concours de **sept groupes d'étudiants** de Sciences Po et Sciences Po Saint-Germain en Laye. L'évaluation s'est échelonnée sur 32 mois et a conduit, entre autres démarches, à interroger **350 personnes** et réaliser **une trentaine de monographies** portant sur des dispositifs, structures, territoires ou acteurs engagés dans la mise en œuvre du PRS. A cela s'ajoutent les **analyses statistiques** des données PMSI et SAE ainsi que deux enquêtes par questionnaires ayant permis de recueillir le point de vue d'une **centaine de collectivités franciliennes** et de **5 000 personnes interrogées en population générale** sur leur perception des enjeux des inégalités de santé.

Par son ambition comme par l'ampleur de son déploiement, l'évaluation du PRS 2 est **la première du genre réalisée en Ile-de-France**. Au-delà du retour d'expérience qu'elle fournit pour améliorer les capacités d'évaluation d'un prochain PRS, elle contribue au débat national et académique sur la place et le rôle de l'évaluation dans les exercices de planification en santé.

Déroulement d'ensemble de l'évaluation



A l'issue de la phase de consolidation de l'évaluation, le rapport d'évaluation comprend deux parties :

- La première partie présente **les résultats des évaluations conduites à propos des axes**. Pour chacun des axes sont mis en perspective les principaux éléments et les conclusions des actions d'évaluation, par ailleurs élaborés dans des documents spécifiques pour chaque action évaluative.
- La seconde partie compose **un volet transversal de l'évaluation à partir duquel sont formulés des éléments de bilan**. Cette partie présente dans un premier temps le diagnostic réalisé sur les enjeux relatifs aux inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) avant de proposer un bilan d'ensemble du PRS 2 et de formuler des propositions d'orientations pour le futur PRS 3.

Les différents documents produits dans le cadre de l'évaluation, notamment les éléments relatifs aux axes de l'évaluation, ont **fait l'objet de présentations, d'échanges et de communications écrites aux équipes concernées**, leur permettant de prendre connaissance, à partir de la fin de la phase de la phase d'évaluation et au cours de la phase de consolidation, des travaux d'évaluation et de leurs conclusions, notamment en vue de la préparation du PRS3.

PARTIE 1

PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS PAR AXE

> Les DAC, dispositifs prometteurs à accompagner vers un changement d'échelle

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) constituent de nouvelles organisations, distinctes des acteurs du soin et constituées par la fusion de dispositifs de coordination existants à l'échelle des territoires. **La convergence des dispositifs d'appui à la coordination a été inscrit comme priorité du PRS 2, avant la loi OTSS** de 2019 rendant obligatoire la fusion des dispositifs existants. Les DAC sont les héritiers des pratiques professionnelles et de relations de coopérations antérieures entre différents types d'acteurs (réseaux de santé, Maia, Paerpa, PTA, CLIC). Ils marquent cependant une **rupture dans leur approche** « tout âge, toute pathologie » et dans les réponses polyvalentes qu'ils peuvent apporter dans la prise en charge des cas complexes. Ils inaugurent de nouvelles recompositions entre acteurs d'un territoire, des mouvements de personnels ainsi que des changements de pratiques.

L'évaluation, organisée autour de la comparaison de la mise en œuvre et des premiers apports des DAC en Ile-de-France, a bénéficié de l'étude monographique et comparée de cinq territoires de coordination franciliens, conduite à travers des entretiens et des observations de terrain.

Elle dresse un **bilan positif de la démarche**. A l'issue d'une première phase de déploiement, centrée sur les processus de regroupement juridique et de stabilisation des organisations de travail, l'unification des DAC peut être considérée comme une réussite. Elle a abouti à la **couverture de**

l'ensemble de la région par 22 DAC dans les délais initialement prévus et marquée par **un esprit de concertation et de dialogue**, ayant également permis de **rééquilibrer les dotations territoriales**. Cette séquence a favorisé aussi l'émergence d'une **compréhension partagée de l'intérêt des DAC**, de leurs missions et de leurs objectifs. Même en l'absence d'outils régionaux d'accompagnement à ce jour fonctionnels (Terr-e-santé, formulaire FAMO, Répertoire des ressources...), les équipes des DAC, une fois fusionnées, se sont organisées pour répondre aux nouvelles demandes, quel que soit le degré de complexité de ces demandes et quelle que soit la problématique. En outre, les demandes d'appuis que les DAC sont amenés à traiter depuis leur mise en place **correspondent bien aux volumes et aux types d'accompagnement** visés par la réforme.

Pour autant, la fonction de régulation des demandes se met en place progressivement et selon des modalités différenciées d'une structure à l'autre. Elle doit composer avec des ressources contraintes et une **visibilité des DAC auprès de l'ensemble des acteurs de leurs territoires encore mal assurée**. Intégrée dans le fonctionnement des structures, **l'ouverture à la polyvalence n'est pas totalement acquise**. Dans nombre de cas, la construction d'une expertise des parcours ne semble pas pouvoir se dispenser de savoirs cliniques spécialisés, bien plus que polyvalents. Leur positionnement territorial ne permet pas encore aux DAC de mobiliser les ressources existantes au sein de leur territoire, dans un **contexte défavorable en termes de démographie des professions de santé**.

Plus largement, ce bilan positif ne doit pas masquer les **nombreux défis qui attendent l'ARS et les DAC dans la phase de stabilisation et de montée en puissance**. Deux points d'attention peuvent à cet égard être signalés dans la perspective d'un changement d'échelle à venir : d'une part, la nécessité de **prémunir l'ensemble des acteurs contre les risques de lassitude, voire de défiance, associés à l'accumulation des réformes et demandes d'adaptation ou de flexibilité**, auxquelles les professionnels de terrain estiment avoir répondu depuis plusieurs années ; d'autre part, l'importance de **veiller à ce que la dynamique d'institutionnalisation**, liée à la mise en œuvre de la loi OTSS, **n'assèche pas la nécessaire autonomie dont disposent les acteurs de terrain** dans l'élaboration des solutions locales à mettre en œuvre, en termes de partenariat mais aussi d'élaboration de nouveaux projets dans les territoires.

Dans la préparation du prochain PRS, deux séries de recommandations sont proposées concernant les DAC : une **clarification des pratiques de mobilisation des DAC sur leur territoire** (*capitaliser les pratiques de mobilisation des DAC à l'échelle des directions départementales, renforcer le positionnement des DAC dans l'animation du territoire, partager un référentiel d'intervention lié au degré de complexité des situations*) et un **renforcement des modalités de pilotage et de l'accompagnement des DAC** (*animer un espace d'échange concernant les pratiques professionnelles, en particulier autour de l'expertise des parcours, renforcer la transversalité et l'articulation siège / DD dans le pilotage des DAC, améliorer les outils de pilotage et de suivi de l'activité des DAC*)

> Les plateaux médicotechniques et la politique des gradients, un levier de régulation stratégique insuffisamment exploité par l'ARS

Dans le PRS, l'évolution des plateaux médicotechniques (PMT) et des équipements techniques structurants l'organisation des prises en charge (imagerie, biologie, génomique, pharmacies à usage intérieur, stérilisation, bloc opératoire et interventionnel, explorations fonctionnelles, réanimations et unités de soins critiques) s'appuient sur une **logique territoriale de gradation des prises en charge**. Au regard des caractéristiques de la région en termes d'équipement, l'enjeu est moins de couvrir le territoire que **d'optimiser le maillage des soins**, en identifiant et supprimant les redondances, et en rendant plus efficient le recours aux équipements.

Le travail d'évaluation a revêtu une forte dimension exploratoire, en combinant des démarches quantitatives et qualitatives, économiques et sociologiques, en l'absence de littérature sur les plateaux médicotechniques des hôpitaux et cliniques et leur répartition. Ce travail a donné lieu à la construction et au suivi de données quantitatives, comme l'indice de Saidin, et à la réalisation de travaux qualitatifs et monographiques, dans deux spécialités aux situations contrastées quant à l'usage de gradients, à savoir la cardiologie et l'endoscopie digestive. Le cas de la chirurgie par robots a aussi été l'objet d'investigations monographiques et qualitatives.

Les résultats des travaux d'évaluation confirment d'abord le **niveau d'équipement « hors pair » de la Région, quoique inégal à l'échelle infrarégionale**. Identique en termes de composition, le niveau de complexité moyen des PMT (renseigné à l'aide de l'indice de Saidin à partir des données de la SAE), s'avère plus élevé en région Ile-de-France que sur le reste du territoire, du fait notamment de la concentration de la population et de la présence de l'AP-HP. Le degré de complexité des équipements dans les principaux établissements franciliens étudiés dans l'évaluation est resté stable pendant la durée du PRS, au cours de laquelle la mise en place des GHT d'une part, et la démarche de gradation des équipements d'autre part aurait pu conduire à des évolutions.

Les principales disparités d'équipement entre les territoires tiennent à la fois à la répartition de l'offre d'équipement entre hôpitaux publics et structures privées d'une part, et aux stratégies d'investissement des établissements de santé sur leur territoire, d'autre part. Ces stratégies nourrissent des **logiques de spécialisation et de positionnement concurrentiel entre établissements publics et privés**. Contrairement au reste de la France, **la réforme des GHT n'a pas stoppé la course à l'équipement en Ile-de-France**, avec une concurrence forte des structures privées sur des segments de pointe. Elle a cependant eu un impact sur les flux de patients entre les hôpitaux publics, suggérant qu'une **gradation des soins verticale** a eu lieu en direction des établissements supports.

Ces évolutions permettent d'observer des logiques complexes associant des **formes de compétition assorties de coopération entre établissements (« coopétition »)** sur un même territoire, plutôt que de simples logiques de concurrence. Ces logiques de coopération se déclinent de différentes façons, qu'il s'agisse de coopérations au sein d'un même groupement institutionnel (où la constitution des GHT ou GHU sur la période récente s'est traduite par un resserrement des liens et des coopérations), entre établissements (où les coopérations en dehors des GHT peuvent aussi correspondre à des situations de développement d'innovations organisationnelles et de coopération en réseau) ou entre les établissements et la ville (où la nécessité de recevoir un flux « suffisant » de malades constitue un enjeu pour les plateaux médicotechniques).

Pour agir sur les disparités et optimiser l'offre de soin, **la politique de gradients promue dans le PRS s'avère incomplète et inégalement utile selon les spécialités**. Aboutis et jugés pertinents en cardiologie, les gradients sont quasiment absents en endoscopie. Le système des autorisations accordées par l'ARS pour les niveaux de prise en charge nourrit aussi des divergences de points de vue, voire suscite des controverses auprès des professionnels, pas toujours bien informés.

Plus largement, les enjeux relatifs à la gradation des soins dépassent les évolutions technologiques et d'organisation des soins. La triple dynamique de **mutualisation** (le développement de salles mutualisées voire hybrides), **de robotisation** et de **développement d'interventions moins invasives** grâce aux **évolutions technologiques** implique aussi des décisions politiques et stratégiques, qui dépassent les compétences régionales, et qui sont par exemple relatives aux modes de prise en charge financière (par exemple les remboursements des actes effectués par robots) ou à l'accompagnement des mutations des pratiques médicales (à l'instar des évolutions chirurgicales affectant la coelioscopie et coelioscopie sous robot ou encore le développement de la chirurgie mini invasive).

Les reconfigurations observées autour des PMT dépendent des spécialités et sont généralement soumises à des facteurs d'inertie liées aux stratégies d'investissement, à des raisons d'ordre pratique, matérielles (notamment architecturales) et humaines. Elles dépendent d'un ensemble de contraintes et d'opportunités sur lesquelles il s'avère difficile de peser, et s'accompagnent **d'effets de regroupement et de concurrence entre professionnels** qui sont à ce jour insuffisamment connus et documentés.

De ce point de vue, **la prise en compte de l'écologie humaine et des systèmes de travail associés aux PMT** apparaît centrale pour la politique d'autorisation. En Ile-de-France, l'évolution des PMT recouvrent des enjeux non seulement technologiques mais aussi relatifs aux ressources humaines et à la formation des personnels indispensables à leur fonctionnement, en tenant compte **d'enjeux d'attractivité des PMT pour ces personnels**. Du côté des populations, les évolutions des plateaux techniques et des équipements renvoient par ailleurs à des **enjeux d'accessibilité**, liés aux réseaux de transport en particulier, dans un contexte marqué par une évolution différenciée de la démographie des populations en Ile de France (les zones les mieux dotées en équipement, au sein de la capitale, étant celles où la croissance démographique de la population est la moins dynamique, alors que des territoires dynamiques disposent en l'état de moins d'équipements).

Les PMT sont des éléments centraux de l'organisation des soins, qui ont des incidences sur de nombreuses composantes du système de santé (qualité, accès, attractivité...). Ils apparaissent, en conclusion, comme **des vecteurs importants de structuration pouvant être encore davantage investis d'un point de vue stratégique par l'ARS en lien avec les acteurs concernés**. A court terme, le levier des autorisations pourrait devenir un **levier de régulation plus puissant**, permettant à l'ARS de jouer un rôle stratégique dans la planification de l'offre de soins et la démographie médicale. A moyen et long terme, le pilotage stratégique des innovations techniques et organisationnelles liées aux PMT (robotique, salles hybrides, interventions mini-invasives...) peut constituer une **ressource pour l'agence en matière de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé**, ce qui suppose la mise en place de critère de qualité, voire de critères populationnels, pour la régulation des interventions mobilisant les plateaux techniques (comme en chirurgie cardiaque par exemple).

> Une approche stratégique du domicile à renforcer, une politique d'innovation à affirmer

L'Ile-de-France est la région qui dispose du plus faible taux d'équipements et de services nécessaires à destination des personnes âgées (PA) et des personnes handicapées (PH). Le PRS entendait soutenir une **dynamique de développement et de diffusion de technologies et d'organisations innovantes** favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables. L'enjeu était aussi de rendre visible un **foisonnement d'initiatives et de solutions** développées dans le champ de l'autonomie et de mieux accompagner ces initiatives pour lutter contre les inégalités territoriales de santé et veiller au développement de leurs usages par les populations concernées.

Pour cette raison, l'ARS a lancé un **appel à manifestation d'intérêt (AMI)** menant à l'extension ou à la transformation de structures sociales, sanitaires et médico-sociales déjà existantes. L'évaluation de cette action, centrée sur la compréhension des dynamiques d'émergence et de diffusion de l'innovation, s'est appuyée sur une démarche à la fois qualitative (49 entretiens et 10 monographies de dispositifs innovants) et quantitative (constitution et exploitation des bases de données de l'AMI PA-PH).

Les résultats de ces travaux soulignent d'abord que le recours au maintien à domicile, en tant que vocable comme en tant que principe d'intervention, fait l'objet de **visions contrastées** de la part des acteurs du champ de l'autonomie.

En cela, les **200 innovations accompagnées** par l'ARS dans le cadre de l'AMI, réparties à parts égales dans les deux secteurs (PA et PH), ont permis de combler les besoins et d'envoyer un signal aux acteurs des territoires tout en clarifiant les priorités de l'ARS, en termes de maintien à domicile comme plus largement en matière d'innovation et de transformation de l'offre.

Premier du genre pour l'ARS, **l'AMI PA-PH constitue une réponse pertinente pour détecter et promouvoir des solutions** dans un contexte de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap, marqué par de multiples problématiques qui se conjuguent et s'aggravent : coûts des prises en charge, multiplication et fragmentation des acteurs intervenant au domicile, manque de considération témoignée aux professionnels, faible attractivité des métiers, invisibilité des solidarités privées...

Les initiatives soutenues s'inscrivent cependant davantage dans une **logique incrémentale de rattrapage que dans une véritable logique d'innovation**. C'est ce dont témoigne par exemple l'importance accordée aux projets de télémédecine, qui constituent l'un des rares type d'option technologique financée au titre de l'innovation technique.

Faute d'animation suffisante, la démarche d'AMI n'a pas toujours été bien comprise par les acteurs locaux, qui confondent notamment les logiques de l'AMI avec celles des appels à projets (AAP). Elle a pu pâtir de lourdeurs liées à la procédure d'instruction et de suivi ainsi que des ressources contraintes de l'ARS.

Par ailleurs, l'AMI n'a **pas eu d'impact en termes de compensation des inégalités territoriales** : en dépit de critères visant un rééquilibrage territorial, les AMI ont d'abord profité aux territoires et aux acteurs, notamment privés, les plus directement à même de mettre en œuvre les procédures de réponse à l'AMI ou les mieux positionnés en matière d'innovation.

Outre les freins financiers, réglementaires, technologiques et comportementaux observés dans la mise en œuvre des innovations sur le terrain, quatre types de failles freinent la portée transformatrice de l'innovation : **le défaut d'évaluation**, le **dialogue insuffisant** entre décideurs, acteurs, porteurs d'innovations et chercheurs, le **manque de visibilité** de l'innovation et la **conception et perception rigide** de l'innovation.

Les trajectoires d'appropriation des innovations sont également beaucoup plus complexes que ne le suppose leur plan de diffusion. **La coordination et la coopération restent les maillons faibles du dispositif** qui, au-delà des enjeux liés à la culture de l'innovation, souffre de la multiplication des structures et des acteurs dans le secteur de l'autonomie, qui rend presque impossible l'alignement des partenaires (soins à domicile, services infirmiers, médecins généralistes...). Le **techno-centrisme** et le **faible crédit accordé aux innovations organisationnelles et managériales** dans les choix de financement n'ont pas permis non plus de produire des effets sur la coopération et l'échange d'information.

Pour nécessaire qu'elle soit, **l'innovation n'est donc pas suffisante pour aborder un virage domiciliaire jalonné d'obstacles en Ile-de-France** : démographie médicale et manque de médecins traitants, spécialité gériatrique encore en cours de structuration, difficultés d'anticipation vis-à-vis du vieillissement de la population, offre professionnelle mal ajustée à la demande et pression sur les aidants...

Afin que l'innovation soit motrice de transformation, plusieurs orientations sont préconisées :

- Encourager **l'animation auprès des acteurs de l'innovation et l'intégration systématique d'une démarche de suivi-évaluation**, à la fois quantitative et compréhensive dans les processus d'innovation.
- Davantage **recourir aux approche *bottom-up* apportant une attention particulière aux innovations co-construites et portées par les acteurs** permettrait de se défaire de la standardisation en pensant dès leur conception l'adaptabilité des innovations, la consolidation du processus expérimental à une décision.
- Œuvrer à **fluidifier les parcours financiers des innovations**, en adaptant les juridictions de l'hébergement collectif et du soin à domicile et en participant à l'acculturation de dispositifs innovants.
- **Renforcer la visibilité des innovations et des bonnes pratiques** du domicile.
- **Identifier des « profils d'innovateurs »** à privilégier sur les territoires et **faire communauté** autour des projets d'innovation dans les territoires.

> Pouvoir d'agir et démocratie sanitaire : une ambition à préserver, un rôle à renforcer

L'axe 4 du PRS avait pour finalité de « permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé ». Cette finalité renvoie à **deux logiques d'intervention** distinctes mais complémentaires : l'une est **collective** et porte sur le développement de la démocratie sanitaire ; l'autre, plus **individuelle**, vise à renforcer le « pouvoir d'agir » (*empowerment*) des patients.

Basée sur une revue de littérature et une cartographie des dispositifs de démocratie sanitaire et des initiatives d'*empowerment* en Ile-de-France, complétées par des entretiens auprès d'acteurs locaux, l'évaluation dresse un **bilan contrasté des avancées des actions de l'axe 4 du PRS**.

La dynamique de développement de la capacité d'agir des patients, **solidement ancrée** en Ile-de-France, s'avère également **bien incarnée au niveau du PRS**, tant par les acteurs qui la portent (pôle démocratie sanitaire et CRSA) que par la définition d'objectifs à atteindre

Quantité d'acteurs se sont emparés, à des échelles diverses, et avec des visions hétérogènes, du concept d'empowerment. Le renforcement de l'implication et de l'autonomie des patients à titre individuel est le plus souvent ciblés sur un type de public (les aidants, les personnes atteintes de cancer, les publics vulnérables...) ou une pathologie (le suivi psychologique, les addictions, le cancer...) et dans un champ d'action assez large, allant de l'éducation thérapeutique et la prévention à la santé jusqu'à l'accompagnement dans la prise en charge médicale et les suites de la maladie. Ce qui peut être perçu, en première analyse, comme le signe d'une vitalité des pratiques, révèle sur le terrain une **triple difficulté**, liée (1) au manque de **reconnaissance et de légitimité de ces dispositifs**, (2) à leur caractère local et peu structurée et (3) à leur faible dynamique de mise en œuvre et de coordination.

L'ensemble conduit à une **incapacité collective** de ces initiatives à **peser sur les décisions** et les interventions publiques pour transformer le système et les politiques de santé. Malgré le soutien apporté par les pouvoirs publics, et en premier lieu par l'ARS, pour sensibiliser, former, animer et renforcer les dispositifs d'*empowerment*, **la faiblesse des dispositifs dans le secteur ambulatoire** et un **manque d'implication des collectivités locales** sur les sujets d'*empowerment* en santé en lien avec les enjeux de prévention et de santé publique, méritent d'être soulignés.

S'agissant des dispositifs collectifs de démocratie sanitaire (commissions d'usagers, conférences thématiques, comités ad hoc...), ceux-ci reposent sur **la présence, dans les établissements, de représentants bénévoles dont le contingent est considérable en Ile-de-France** (aux alentours de 1 500 personnes), du fait de la concentration d'établissements de santé et de structures médico-sociales. Face à la pénurie de volontaires et des relations de dépendance forte à quelques individus militants, liés au tissu associatif local, la présence d'une structure telles que France Assos Santé (dont la délégation régionale d'Ile-de-France apparaît bien dotée financièrement) apparaît comme un gage de stabilité et de continuité.

Dans un contexte régional marqué par les inégalités sociales et territoriales de santé, les capacités de mobilisation des personnes et les ressources associatives dans les zones les plus vulnérables apparaissent comme un point de vigilance. Plus généralement, le **décalage entre les ressources limitées** dont dispose l'ARS pour encadrer et animer la diversité d'initiatives et **l'amplitude des besoins** interroge. Ce décalage situe aujourd'hui l'ARS et le PRS **au milieu du gué**,

entre une volonté de piloter « par le haut » des dispositifs régionaux de démocratie sanitaire (avec des difficultés pour mobiliser localement) et l'impossibilité d'animer « par le bas », faute de moyens d'animation territoriale appropriés, des démarches souvent fragmentées d'*empowerment*.

Imaginer une voie médiane est donc recommandé. Cela n'implique pas de renoncer à une stratégie régionale globale et cohérente de l'*empowerment*, mais nécessite plutôt de s'appuyer sur des réseaux locaux et des acteurs intermédiaires pour qu'ils puissent eux-mêmes favoriser l'émergence d'initiatives. **La priorisation de l'appui de l'agence** sur les initiatives tels que les groupements d'entraide mutuelle (GEM) ou les dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ainsi que les projets locaux répondant directement aux enjeux de réduction des inégalités territoriales de santé, est à privilégier. Dans cette recherche d'un « modèle réticulaire de l'*empowerment* », outre la **consolidation des liens existants entre l'ARS et France Assos Santé**, la montée en puissance prévisible des **réseaux de coordination et des communautés professionnelles** (CPTS, CLS, DAC...) peut aussi offrir un ensemble de relais de dialogue entre professionnels et usagers dans des contextes constructifs, à la fois territoriaux et interdisciplinaires.

Pour peser davantage sur les enjeux liés au pouvoir d'agir, **plusieurs rôles de l'ARS pourraient être renforcés dans le cadre du prochain PRS** : rôle pro-actif d'animation des dispositifs ; rôle de coordination ; rôle d'information et de sensibilisation ; rôle de formation ; rôle de soutien aux représentants des patients ; rôle d'allocation de ressources... En interne, une **plus grande importance transversale accordée à la thématique du pouvoir d'agir** permettrait d'aiguiller l'implication des agents de l'ARS sur le terrain autour d'un fil conducteur et stratégique.

Enfin, au-delà de l'association de la CRSA à l'élaboration du PRS, **les instances régionales de démocratie sanitaire pourraient être davantage mobilisées dans le pilotage des politiques régionales de santé**, par exemple à travers le suivi des indicateurs, une évaluation de certaines actions, la capitalisation et la diffusion des informations ou encore le soutien à l'innovation.

> La santé dans toutes les politiques publiques : une transversalité à incarner, des coopérations à activer

L'évaluation de l'axe 5 du PRS autour de ses trois dimensions principales que sont la diffusion des enjeux, la consolidation des partenariats locaux et le renforcement des capacités internes en matière de santé publique, fournit une bonne illustration des dynamiques à la fois complexes et ambitieuses engagées par l'ARS pour « **inscrire la santé dans toutes les politiques** ».

L'évaluation a été concentrée sur la thématique de la **nutrition et de l'insécurité alimentaire**, complétée, dans une moindre mesure, par un aperçu sur les enjeux d'urbanisme favorable à la santé et d'activité physique et sportives. La méthodologie a été déployée à trois niveaux d'analyse : celui de l'ARS, celui des collectivités territoriales et celui des opérateurs locaux de santé publique (association, CLS, coopérative d'acteurs, etc.) en associant démarches qualitatives (entretiens, monographies territoriales) et méthodes quantitatives (questionnaires auprès de 102 collectivités).

En premier lieu, le PRS2 – peu connu par les acteurs locaux et insuffisamment opérationnel – a eu un **effet d'entraînement très limité dans la diffusion, par ailleurs réelle, des nouvelles thématiques de santé publique** (nutrition, urbanisme). En second lieu, **les leviers de mobilisation des acteurs locaux relèvent d'initiatives nombreuses mais échappant largement à l'échelon régional**. Si les collectivités territoriales d'Ile-de-France s'emparent, de manière au demeurant

disparate, des sujets liées à la santé publique, comme en témoignent les nombreuses actions recensées dans le domaine de la nutrition, de l'urbanisme favorable à la santé ou à l'activité physique, les ressorts de l'intervention des collectivités territoriales dépendent, pour l'essentiel, de leurs propres initiatives ou de la connaissance locale de plans nationaux, dont les logiques dépassent le rôle régional de l'ARS. Ces leviers de mobilisation assurent une double diffusion, « par le bas » et « par le haut », des nouvelles thématiques de santé publique. Ils échappent largement à l'échelon régional.

Ces constats conduisent à insister sur **le rôle clé des agents en DD** quant à la mobilisation des acteurs locaux pour assurer la diffusion des thématiques de santé publique. L'enrôlement de ces agents de proximité, tout comme la clarification de la stratégie territoriale à adopter et la mise en cohérence des dispositifs nationaux/régionaux et des initiatives locales, constituent des rouages essentiels de transmission des enjeux de santé publique dans les programmes d'action locaux. La nécessaire appropriation du projet régional de santé par les agents de l'ARS, particulièrement en DD, apparaît comme un point de départ essentiel du déploiement d'actions s'inscrivant dans la lignée de leurs orientations stratégiques en matière de santé publique. Le partage des priorités, le caractère opérationnel des actions promues et la mise en place d'un système de suivi réaliste et utile aux acteurs locaux doivent pouvoir compléter un processus d'élaboration collégial ayant permis de bien cibler les thématiques prioritaires, qui restent pour la plupart pertinentes.

Plus généralement, il apparaît nécessaire de **clarifier une stratégie territoriale permettant d'enclencher un « cercle vertueux » sur les enjeux de santé publique**. Le degré de développement et la stabilité des réseaux locaux de santé sont des composantes essentielles à la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion en santé publique. Les territoires qui construisent leurs politiques de santé publique à partir de la constitution ou de la consolidation de tels réseaux apparaissent mieux armés que ceux optent pour un développement par projets. Ce constat doit inciter l'ARS à recentrer son action sur l'accompagnement et la structuration de ces dynamiques d'acteurs et à adapter ses modalités d'action (référentiels, contrats, labels, AAP/AMI...) afin de **structurer des réseaux territoriaux cohérents**.

Enfin, même si la position de la santé publique au sein de l'ARS a progressé, dans le contexte de crise sanitaire et du Ségur de la Santé, qui ont renforcé les synergies avec l'organisation de l'offre de soin, la **reconnaissance de la santé publique au sein de l'ARS reste encore insuffisante au regard des ambitions de déclinaison de la santé dans toutes les politiques publiques affichées dans l'axe 5**. Le **renforcement des capacités internes** sur les enjeux de santé publique (notamment dans les DD) et les actions de **valorisation et de décloisonnement de ces enjeux au sein de l'agence** pourraient être développées dans le futur PRS afin de **partager une culture commune de santé publique** sinon, dans un premier temps, avec l'ensemble des acteurs régionaux du moins auprès de l'ensemble des acteurs de l'agence elle-même. Cette action donnerait des bases solides à l'affirmation, en externe, d'une **stratégie proactive de plaidoyer et de recherche d'alliances** avec les acteurs situés en dehors du champ sanitaire (partenariats ciblés, stratégie d'influence, campagnes de communication, diffusion de connaissances...).

> Le PRAPS, un programme à part mais à fort potentiel pour atteindre les objectifs stratégiques du PRS

Dans un contexte d'**aggravation de la pauvreté** particulièrement prégnant en Ile-de-France, et exacerbé par la crise sanitaire, le PRAPS en Ile-de-France se caractérise par **un ciblage sur la « grande pauvreté » voire la « très grande pauvreté »** (personnes « sans chez soi » le plus souvent sans droits, « exclus », aujourd'hui composées de manière très marquée par des personnes étrangères. S'il correspond à d'indéniables besoins, ce ciblage traduit aussi un recentrage « en entonnoir », des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé en général aux seules questions d'exclusion, orientées vers les situations ou populations les plus critiques, au détriment d'autres, qui le sont moins, puis de l'exclusion sociale elle-même vers les situations de très grande pauvreté et de migration. Cette orientation se justifie au regard des besoins à couvrir, parfois en situation d'urgence. Mais elle peut aussi conduire à accorder une moindre importance à des situations moins critiques, à la fois moins couvertes et moins connues.

En tant que dispositif emblématique de la prise en charge des publics les plus démunis, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont constitué l'objet central de l'évaluation du PRAPS 2018-2022. La méthodologie employée a reposé sur une analyse sociologique des PASS hospitalières et ambulatoires (entretiens et études de cas de 10 PASS), centrée sur les conditions de mise en œuvre et sur les pratiques professionnelles au sein des PASS.

L'insertion du dispositif des PASS dans le système de santé constitue aujourd'hui un fait avéré, en Ile-de-France davantage qu'ailleurs, avec actuellement 67 PASS sur le territoire régional (400 au total au niveau national). La montée en charge des dotations dédiées à ces dispositifs (via le dispositif national des MIG-PASS qui est passé, au niveau régional de l'Ile-de-France, de 18 M€ en 2018 à 27 M€ en 2022) et **l'important travail d'organisation des permanences hospitalières engagé par l'ARS** témoignent de la montée en charge des PASS. Historiquement, l'agence a favorisé la structuration des permanences hospitalières, en lien avec les plans gouvernementaux. La création d'une coordination PASS au sein de l'agence ainsi que ses nombreuses interactions avec les responsables médicaux ou sociaux des PASS dans les établissements a facilité leur organisation au tournant des années 2010.

Plus récemment, **le développement des PASS s'est étendu avec le soutien de l'ARS au secteur ambulatoire**, dans des centres municipaux de santé et des réseaux de santé associatifs, ou via des équipes mobiles mises en place par les structures hospitalières. Lancées comme une expérimentation par l'ARS Ile-de-France en 2013, les permanences « de proximité » se sont étoffées au cours des années et ont précisé leur champ et leurs modalités d'intervention. On compte aujourd'hui 18 PASS ambulatoires en Ile-de-France. Les subventions accordées à ces structures par l'ARS au titre de « l'accès aux soins » constituent un **soutien indispensable à leur fonctionnement**, même si ce soutien ne doit pas faire oublier que plusieurs structures porteuses recevaient des patients précaires ou sans droits avant d'être reconnues comme PASS ambulatoires.

À ce jour, les permanences sont **principalement généralistes (75%)**. Mais une particularité des PASS en Ile-de-France tient dans la présence d'une **surreprésentation de personnes étrangères** qui constituent près de 80 % des publics accueillis.

La prise en charge de ces personnes, dont beaucoup ne sont pas francophones, font apparaître **d'importants besoins d'interprétariat**, loin d'être couverts aujourd'hui. Ils laissent apparaître en

creux une absence de politique de santé spécifiquement orientées vers des personnes migrantes, particulièrement nombreuses en Ile de France, et obligent les professionnels à s'adapter localement, tant bien que mal. Pour faire face à l'allophonie, trois modalités d'ajustement sont mises en place la mobilisation de ressources d'interprétariat institutionnel, la présence d'un interprète ou d'un traducteur dédié dans les équipes ; le recours, tant bien que mal, à de la traduction informelle. Ces solutions improvisées ne sont **pas satisfaisantes** sur le plan institutionnel et posent des **questions d'égalité d'accès**. Elles soulèvent des **dilemmes moraux et professionnels** pour les équipes des PASS. Si l'ARS a d'ores et déjà pris conscience de cet enjeu, et intervient dans le financement de postes d'interprètes ou de médiateurs dans le cadre des PASS ambulatoires, les questions d'interprétariat n'ont pas encore fait l'objet d'une coordination au niveau régional et les disparités persistent dans le recours aux interprètes. La **un dispositif régional d'accès à l'interprétariat** et le **renforcement des liens entre les PASS et le dispositif régional « d'aller vers » et de médiation** gagneraient à être inscrits comme des priorités du prochain PRS.

L'évaluation a aussi mis en évidence un **manque d'intérêt et de reconnaissance** persistant pour les PASS au sein de l'hôpital. L'observation des contextes professionnels dans les PASS souligne aussi des **difficultés d'intégration des PASS** au sein de leurs structures de rattachement, comme auprès des acteurs de l'accès aux soins en ville (médecins généralistes, CPAM...).

Les PASS apparaissent pourtant comme des lieux où s'élaborent et se recomposent les relations entre professionnels, à la croisée des secteurs sanitaire et médico-social, entre les établissements de santé et les soins ambulatoires. Il existe en leur sein un nombre important **d'acteurs engagés** et une **diversité de compétences** mobilisées au service des plus défavorisés. Cette mobilisation va au-delà de la seule prise en charge. Elle met aussi en œuvre des capacités d'innovation et d'engagement, quel que soit le type de professionnels considérés. C'est pourquoi l'évaluation des PASS préconise de renforcer l'attractivité des PASS et de valoriser l'engagement des professionnels de l'accès aux soins, en plus de faire du PRAPS **un espace de renouvellement des pratiques professionnels autour d'enjeux émergents** (interprétariat, non recours, « aller vers », médiation, coordination) et **un espace d'expérimentation de réponses à apporter aux situations complexes et de crise**.

A travers la politique de soutien aux PASS deux enjeux principaux se jouent en vue des futurs PRAPS et PRS. **D'une part, celui de la régulation et de la structuration de ces dispositifs** qui pose la question du modèle pertinent à soutenir (développement des PASS l'ambulatoire ou soutien aux actions « d'aller vers ») et la question des logiques de coordination, voire de mutualisation à accompagner (comme par exemple sur l'accès à l'interprétariat). **D'autre part, celui de l'égalité territoriale d'accès aux soins** : la diversité des formes prises par les équipes et les modes de fonctionnement des PASS, qui apparaît justifiée du point de vue de leurs besoins et de leurs ressources au niveau local, semble moins vertueuse au regard des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à l'échelle plus large de la région.

En définitive, dans le sillage des améliorations apportées lors de l'élaboration du PRAPS de 2018, la **clarification des objectifs** des PASS – et plus généralement leur place dans le PRAPS et **la place du PRAPS dans la stratégie plus générale du PRS** – mérite d'être poursuivie dans le cadre de choix structurants en matière de prévention et de prise en charge de certaines pathologies, des populations les plus vulnérables et de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

PARTIE 2

AXE ISTS ET ENSEIGNEMENTS GENERAUX

> Un modèle de réduction des inégalités à consolider, un leadership à affirmer

La région Ile de France bénéficie d'indicateurs globaux de santé plus favorables que la moyenne nationale, mais elle souffre aussi de déterminants de santé négatifs. Elle est considérée comme **la région la plus inégalitaire de métropole** (APUR 2022, Observatoire des inégalités 2020) avec de très fortes disparités sociales et territoriales de santé qui, pour des raisons diverses, touchent la quasi-totalité des territoires d'Ile-de-France.

La crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 a contribué à **exacerber et à rendre plus visibles ces inégalités sociales et territoriales de santé**. Elle a creusé les inégalités sociales et territoriales de santé qui préexistaient et qui touchaient déjà les principales causes de mortalité et de morbidité que sont l'obésité et le diabète, les maladies cardio-neurovasculaires et dans une moindre mesure les cancers.

A ce titre, **les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) composent un champ d'action global, difficile à saisir et en constante évolution**. Alors que le PRS 2018-2022 avait affiché une forte ambition en matière de réduction des inégalités de santé, l'analyse des évolutions se heurte à des difficultés d'ordre conceptuel et méthodologique qui rendent difficile (voire impossible) son évaluation. Dans ce contexte, la méthodologie déployée pour étudier les ISTS s'est attachée à **documenter les enjeux liés aux inégalités** de façon à la fois qualitative (revue de littérature, entretiens, travaux monographiques) et quantitative (exploitation des données, enquête en population générale) et à **les confronter aux actions portées par le PRS** et faisant l'objet de la première partie du rapport. Le consortium d'évaluation a bénéficié de données produites à la fin du cycle d'évaluation, dans les phases de consolidation et de finalisation, parfois à dessein en s'associant, en tant qu'acteurs académiques, à des initiatives conduites par ailleurs (ORS IDF, AMIF, APUR...), et favorisant un renforcement du travail collectif de diagnostic et de connaissance sur ces sujets. Ces **démarches collectives méritent d'être renforcées, d'être associées à des travaux de recherche** et d'être soutenues pour s'inscrire dans la durée et approfondir des thématiques complexes.

L'abondante documentation disponible confirme que les **inégalités sociales de santé ont un impact direct sur l'état de santé des populations**. Les nombreuses études sur les déterminants de santé démontrent que les franciliens présentent des indicateurs de santé plus ou moins bons en fonction de leur positionnement le long du gradient social de santé. Si les franciliens jouissent globalement d'un **bon état de santé**, des **inégalités socio-territoriales importantes** nuancent ce tableau général. A une échelle territoriale plus fine, on observe de nombreuses disparités quant à l'état de santé des populations dans les différents territoires. L'approche par les populations et les territoires est indispensable si l'on veut être à même d'évaluer l'impact des inégalités et déterminants sociaux de santé sur les populations. Cette double approche permettant à la fois de mieux évaluer l'état de santé des populations en fonction de leur position socio-économique : écarts d'espérance de vie à la naissance ou sans incapacité, mortalité, prévalence de certaines pathologies comme le

surpoids ou l'obésité ; mais aussi d'identifier les territoires présentant de mauvais indicateurs de santé.

L'offre de santé et de soin constitue de loin le volet le plus documenté. Il est un bon révélateur des inégalités sociales et territoriales de santé en Ile-de-France. Mais les conditions de vie et l'environnement au sens large, plus difficiles à appréhender, peuvent aussi avoir un impact très significatif sur la santé des personnes. L'examen exploratoire réalisé sur les **enjeux du mal-logement et les conditions de travail** souligne des impacts forts sur la santé des populations concernées et de grandes disparités sociales et territoriales.

Par ailleurs, **les liens entre inégalités de santé et environnement sont multiples.** Les inégalités d'exposition aux pollutions ne sont pas toutes corrélées aux inégalités socio-spatiales, mais les travaux existants montrent que les populations défavorisées vivent plus souvent dans un environnement dégradé. Elles sont aussi plus sensibles aux effets délétères de l'environnement, du fait notamment d'une prévalence plus forte des maladies chroniques et de l'isolement. De plus, les comportements favorables à la santé (alimentation, activité physique) sont affectés tout à la fois par les inégalités sociales et environnementales.

Au total, **les inégalités de santé sont à interpréter dans un contexte plus large d'inégalités de conditions.** Les pistes de recherche sont nombreuses tant le sujet est vaste. L'influence des conditions de vie, l'environnement matériel et social sur l'état de santé et les comportements favorables à la santé sont des champs à investir davantage, au vu de leur importance déterminante sur les inégalités de santé, bien plus que les inégalités d'offre de soin, en général davantage mises en avant.

Points saillants de l'état des lieux des ISTS en Ile-de-France

En dynamique, on observe également une **tendance à l'aggravation de ces inégalités au cours des quinze dernières années** : certaines zones urbaines comptant déjà parmi les plus défavorisées se paupérisent, pendant que les plus aisés continuent de s'installer prioritairement au centre de la métropole. La région présente des situations de très grande précarité qui sont en augmentation. Ces populations restent invisibles dans la statistique publique mais n'en demeurent pas moins très marquées par une forte mortalité prématurée, par des pathologies chroniques aggravées, par la prévalence importante de maladies infectieuses et par une santé mentale fragilisée touchant les plus vulnérables (enfants, femmes et exilés).

L'offre de soins régionale abondante, tant du point de vue des équipements que de la densité de professionnels, d'importantes **inégalités territoriales**, qui touchent particulièrement la Seine Saint-Denis et la Seine et Marne, et par une **accessibilité contrainte**, aux multiples facettes (localisation, infrastructures de transport, mobilité des personnes, délais d'attentes, ressenti...)

Contribuant tout autant qu'illustrant ces inégalités, le logement constitue l'un des enjeux majeurs pour l'amélioration des conditions de vie des Franciliens. Le mal-logement qui touche près de 1,2 millions de personnes en Ile-de-France dans des situations diverses (sans-abris, bidonvilles, habitat indigne/insalubre, sur-occupation...), peut entraîner de lourdes conséquences pour la santé physique et mentale des publics adultes comme des enfants et adolescents.

Un autre déterminant structurel ayant des conséquences sur la santé concerne les conditions de travail. Comme ailleurs en métropoles, différents types d'exposition ont été relevés en Ile-de-France comme facteurs de risques favorisant l'apparition de différentes maladies à caractère

professionnel (MCP), de pathologies en relation avec le travail (PRT) ou d'accidents du travail (AT), notamment l'exposition à des contraintes chimiques et biologiques, les nuisances sonores, les facteurs de pénibilité (port de charges lourdes, postures...), les risques psychosociaux (burnout, borout, stress...) ou l'organisation du travail (durée, horaires décalés...). Les conditions de travail dans la région, du fait des horaires atypiques (travail le soir, la nuit, le week-end...), des temps de trajets importants, du stress et du manque d'épanouissement au travail sont à l'origine de risques pour la santé mentale des travailleurs franciliens favorisant des troubles des cycles activité-repos, des troubles de l'humeur ou des épisodes dépressifs.

Le cadre de vie dégradé en Ile-de-France comparativement aux autres régions est à relever, avec une moindre qualité de l'environnement physique et social en Ile-de-France et des expositions aux risques environnementaux plus forts dans les territoires les moins favorisés. En matière de cadre de vie et d'urbanisme, les principales lignes d'inégalités concerne **l'inégale accessibilité aux espaces verts, l'exposition aux vagues de chaleur et l'influence du cadre de vie sur les modes de vie et l'environnement social.**

Prenant appui sur quatre grands modèles de justice sociale issus de la littérature académique (« utilitariste », « rawlsien », « modèle des 'capabilités' et « Luck égalitarien »), **une enquête originale par questionnaires** a également été conçue dans le cadre de l'évaluation du PRS. Elle a été administrée à 5 000 individus, représentatifs de la population française (âgée de 18 à 80 ans) afin de recueillir leur perception sur les ISTS. L'enjeu de cette enquête en population générale – courante dans plusieurs systèmes de santé à l'étranger, mais inédite en France et a fortiori en Ile de France – était de confronter les objectifs de la politique de lutte contre les ISTS au jugement des individus sur le caractère juste ou injuste des inégalités d'état de santé, de recours aux soins et de financement des soins

Il ressort de cette enquête qu'il existe une **forte aversion aux inégalités sociales de recours aux soins par rapport au revenu**, plus marquée quand elles se traduisent par des inégalités sociales d'état de santé. Cette aversion est encore plus prononcée (**très forte aversion**) **s'agissant des inégalités territoriales d'état de santé** (entre territoires favorisés et défavorisés) ;

Même si la question du financement des soins et des restes à charges (RAC) dépasse les compétences régionales, elle donne accès à des éléments de perception et de jugement plus généraux sur les inégalités sociales de santé, notamment en Ile de France. On observe ainsi **un fort soutien de la population à la prise en compte des inégalités de revenu dans le financement des soins** (avec un soutien à l'égalisation des RAC, égalitarisme substantiel, quand les inégalités sont observées entre territoires, et un soutien à des RAC progressifs en fonction du revenu quand les inégalités sont observées au niveau individuel). Ce **soutien est faible**, en revanche, **pour les stratégies de compensation des états de santé par des RAC différenciés selon la gravité des pathologies** (RAC plus faibles pour les plus malades) au profit d'une adhésion à l'égalitarisme substantiel (égalité des RAC).

Par ailleurs, l'enquête met en évidence une **adhésion importante au principe de responsabilité** : une majorité des individus sondés sont favorables à l'égalitarisme pur (égalité des moyens et non des RAC) quand les différences de coûts ont pour origine un choix du lieu de soins (dans le secteur sanitaire) tandis qu'une minorité importante se déclare prête à rompre avec l'égalité d'accès aux soins quand les besoins sont liés à un comportement à risque pour la santé.

Enfin, les effets des caractéristiques individuelles sur les préférences exprimées apparaissent limités. **En particulier, il n'existe pas de lien entre les préférences estimés et le lieu d'habitation**, ce qui plaide pour une stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé globale, à l'échelle de la région dans son ensemble.

L'analyse transversale des actions étudiées dans le cadre de l'évaluation (DAC, PMT, innovation dans le maintien à domicile, « pouvoir d'agir » et PASS/PRAPS) aboutit enfin à **des conclusions nuancées quant à la prise en compte des inégalités sociales et territoriale de santé au sein du PRS**.

Celle-ci se trouve aujourd'hui **dominée par deux logiques principales** : une logique liée à l'offre de soins et une logique d'accès aux soins des plus démunis. La première logique s'incarne à la fois par la politique des autorisations et de régulation des soins et par l'implication croissante de l'ARS sur les enjeux de RH en santé. Elle a une portée limitée et dépasse les moyens d'action de l'ARS, qui a une capacité à peser relativement réduite. La seconde logique est opérationnalisée à travers le PRAPS, qui peut être considéré comme un outil indispensable pour agir en réaction à l'aggravation de la pauvreté, auprès de publics identifiés, mais s'avère insuffisant ou inadapté pour aborder de manière plus transversale la lutte contre les inégalités dans les déterminants de santé des personnes les plus éloignés de la santé. Le recentrage du PRAPS de la question générale des inégalités sociales de santé à celle de l'exclusion, voire de l'exclusion à la grande exclusion, accroît cette difficulté.

Entre ces deux logiques, **le PRS a aussi matérialisé une volonté d'agir sur les déterminants structurels**, en particulier la sécurité alimentaire et le logement. Cette prise de conscience a été accélérée par la gestion de l'épidémie de Covid-19 qui a mis en évidence l'importance des déterminants sociaux de santé, montrant les incidences sanitaires des inégalités sociales dans les niveaux et conditions de vie, les conditions de travail ou encore dans les lieux de vie des habitants. Elle s'est traduite par un plus grand investissement de l'ARS et de ses partenaires régionaux, notamment les collectivités territoriales et les réseaux associatifs locaux, sur les déterminants structurels de l'état de santé des population tels que le logement, l'urbanisme, l'alimentation, l'activité physique. Reste que la reconnaissance encore insuffisante de la santé publique au sein de l'ARS et la difficile mise en réseau des acteurs locaux dans ces différents domaines pèse sur les moyens de réduction des ISTS.

Deux autres leviers étudiés dans l'évaluation ont en commun de ne pas avoir déployé tout leur potentiel pour contribuer à la réduction des inégalités. Le premier porte sur **les dispositifs d'empowerment des usagers et de démocratie sanitaire** qui, en sus d'être fragmentés sur l'ensemble du territoire et selon les types de thématiques, souffrent des moindres capacités de mobilisation des personnes et de la faiblesse des ressources associatives dans les zones les plus vulnérables. Le second concerne **la stratégie d'innovation dans le PRS**. Les dispositifs analysés sur le champ de l'autonomie illustrent les obstacles à faire du modèle actuel de soutien et de diffusion des innovations – parfois technocentré et accordant de manière marginale des moyens aux porteurs de projets les moins favorisés – un vecteur de compensation des inégalités sociales et territoriales et de transformation de l'offre.

Prolongeant l'enquête par questionnaire, **un corpus de 37 indicateurs de suivi des ISTS** a été identifié. Ces indicateurs ont été conçus par des chercheurs spécialisés dans l'analyse des inégalités sociales de santé afin d'être mobilisables de manière opérationnelle par l'ARS. Ils

s'appuient sur des données en partie déjà existantes et reposent sur une analyse comparée des principaux indicateurs utilisés dans d'autres pays pour évaluer l'action d'autorités en charge de la régulation de l'offre de soins : il s'agit en particulier d'indicateurs de mesure des bénéfices sanitaires (indices QALY et DALY), d'indicateurs dynamiques d'accessibilité (par exemple à des programmes de prévention ou de soins en termes d'horaires ou de km ou en termes de freins linguistiques ou numériques) et d'indicateurs de suivi de pratiques (pratiques discriminatoires, pratiques de non recours et de renoncement aux soins).

En conclusion, les limites inhérentes aux leviers d'action de l'ARS et au « pouvoir d'agir » du PRS plaident pour une affirmation plus marquée du principe de lutte contre les ISTS dans le futur PRS afin de **prioriser les actions pouvant avoir un impact positif** sur leur réduction et susceptibles, **d'engager des dynamiques plus transversales et globales** et de **renforcer le leadership de l'ARS** en la matière.

Pour cela, quatre orientations complémentaires sont proposées à l'issue du diagnostic :

- faire des ISTS un **principe transversal à affirmer et à afficher comme tel** dans le futur PRS
- **améliorer les processus de production, de capitalisation et de diffusion des connaissances** relatives aux ISTS (recherche, liens entre espaces experts, synthèse, boîte à outils...)
- **renforcer du rôle de la CRSA et des instances de la démocratie sanitaire** dans la construction et le portage des enjeux ISTS
- **mieux outiller le PRS et l'ARS sur les enjeux d'ISTS**, tant en termes d'instruments de pilotage (indicateurs proposées dans le cadre de l'évaluation, mise en place de critères de conditionnalité) que de modalités de conception des actions (enjeux émergents, couverture des thématiques orphelines en matière d'ISTS).

> Bilan d'ensemble du PRS 2 : des dynamiques engagées, des transformations à prolonger

A l'issue de l'évaluation, présentée dans la première partie, et du diagnostic portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé, le bilan d'ensemble conforte l'idée selon laquelle le **PRS 2 a bien soutenu des dynamiques de transformation du système sanitaire et médico-social de la région Ile-de-France, en agissant de manière effective sur des points critiques visés par le projet régional**. Sur les actions étudiées dans l'évaluation, certes en nombre limité mais ayant permis de mettre en évidence des mécanismes transversaux du PRS, on constate que celui-ci a accordé une **place plus large à la prévention**, à la **coordination** et à **l'orientation des cas complexes** et a favorisé les **initiatives des acteurs dans les territoires**.

Pour les 5 axes évalués également, **la plupart des réalisations prévues dans le PRS ont été engagées sur le terrain**. La création de dispositifs (comme les DAC ou les PASS ambulatoires), la mise en place d'outils techniques (Terr-e-santé, référentiels) ou d'instruments financiers (MIG PASS) la délivrance d'autorisations (cardiologie), le lancement d'AAP ou d'AMI pour soutenir les innovations (AMI PA-PH) ou encore l'accompagnement de réseaux locaux de santé publique (sur les thématiques de la sécurité alimentaire ou du logement favorable à la santé) sont à porter au crédit du PRS. Les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux agissent en priorité pour rendre effectifs les

engagements concrets inscrits dans le PRS, et ce, dans un contexte fortement contraint par les urgences (gestion de la crise COVID-19) et l'insuffisance de moyens (humains, techniques et financiers).

Le fait que des concepts forts comme le « décloisonnement », « la prévention » ou encore la notion de « parcours complexes » ne font plus question aujourd'hui, démontre que le PRS a touché des actions structurantes, même si **le déploiement complet de ces dernières, jusqu'aux résultats et aux impacts, est forcément long et ne se fait pas encore vraiment sentir**. A l'issue d'un cycle encore court de quatre ans de mise en œuvre du PRS, fortement perturbé par la crise sanitaire, il apparaît que **le PRS a manifesté clairement une volonté de changement** même si sa traduction, encore en cours, est **inégalement et difficile à appréhender**.

La gestion de crise COVID : frein ou accélérateur des actions du PRS ?

Mise en place du repérage, accompagnement des hôpitaux dans la gestion des flux de patients, dépistage et vaccination : la crise COVID a eu un rôle perturbateur particulièrement prononcé pour les actions transversales ainsi que pour les actions liées à l'organisation des soins. La priorisation des actions, les redéploiements des postes, les actions de terrain ont conduit à renforcer l'épuisement professionnel et à suspendre les actions en routine de l'agence et du PRS.

Mais les effets de la gestion de crise recèlent aussi des dimensions positives plus inattendues au regard du PRS et de l'ARS. De manière générale, la crise a contribué au rapprochement des acteurs territoriaux pour répondre aux besoins de la population. Le COVID a également accéléré la mise en œuvre de certaines actions, et a parfois engendré des effets d'apprentissage pour l'ARS. Dans le déploiement des DAC ou le développement des PASS (hospitalières comme ambulatoires), le COVID a eu un rôle de catalyseur en matière d'accueil, d'orientation et de prise en charge de publics exclus.

Près de trois ans après la survenue de la pandémie, les effets à moyen et long terme du Covid restent difficiles à appréhender. De nombreuses incertitudes entourent encore les impacts indirects et de long terme de la pandémie, qu'il s'agisse d'effets négatifs ou positifs, sur l'organisation des soins (effets d'épuisement des professionnels par exemple) ou sur les états de santé de la population (morbi-mortalité directe, effets sur la santé mentale par exemple).

Plus largement, cet épisode est symptomatique des logiques d'apprentissage à l'œuvre au sein d'un programme aussi vaste que le PRS, qui articule des enjeux d'organisation, de pratiques professionnelles, de représentations... dans un contexte politique, institutionnel et social mouvant. Il rappelle la nécessité de prendre en compte les enjeux d'anticipation dans ce type de démarche et de planification. Cette exigence concerne la santé mais pas seulement : enjeux à long terme du changement climatique, des crises sociales et économiques, des enjeux migratoires internationaux... Cette réflexion appelle à porter une attention particulière à la temporalité dans le futur PRS, permettant d'articuler le temps du PRS et la gestion du quotidien sur la durée du quotidien (adaptation sectorielle, temporelle, organisationnelle, des outils...) et de tenir compte de la capacité de réponse et d'adaptation des acteurs en charge de la mise en œuvre des actions.

En conclusion, on peut mettre l'accent sur quelques évolutions marquantes qui caractérisent les quatre années de mise en œuvre du PRS :

- **La consolidation d'une vision partagée de la coordination, de la transversalité et de la subsidiarité** et l'idée d'un PRS légitime à porter une vision régionale commune, qui ne soit pas la simple juxtaposition de visions sectorielles ou populationnelles.
- **La concrétisation du virage ambulatoire** opéré avec le premier PRS mais qui s'est poursuivi notamment à travers la formalisation des CPTS et l'accompagnement des personnes dans leur milieu de vie.
- **Une dynamique de convergence sur les enjeux de prévention en santé** dans tous ses champs mais avec un **début de priorisation** dans certains domaines ciblés comme les politiques de nutrition / sécurité alimentaire ou les politiques du logement, (moins marqué dans les secteurs des politiques de l'emploi, des transports...).
- **Une reconnaissance accrue de l'ARS, au-delà des critiques sur le rôle des ARS, comme un acteur de référence de la politique de santé**, qui est surtout le fait de la gestion de l'épidémie de COVID-19 mais auquel le PRS a sans doute également contribué.

Les attentes restent cependant fortes sur des thématiques transversales de toute première importance à l'échelle des enjeux sanitaires, comme **la lisibilité du système de santé, l'accès aux soins pour tous, la démographie médicale, le soutien aux aidants, l'implication des usagers...** Plus spécifiquement, on peut souligner que l'ARS et le PRS se sont révélés plus fragiles pour agir sur les dimensions suivantes :

- **L'intégration des ISTS** dans la stratégie d'intervention
- Une **participation individuelle et collective des usagers** difficile à soutenir dans la durée
- Une faible capacité à peser sur les modifications de la **perception des usagers** sur le système de santé.
- Une prise en compte croissante mais comparativement encore modeste des **thématiques de santé publique au sein de l'ARS** et des hésitations sur la stratégie de maillage du territoire des intervenants en prévention comme de structuration et de coordination des programmes.

Sur le plan opérationnel, l'évaluation relève de façon transversale **plusieurs limites qui ont affecté la bonne mise des actions du PRS**, en particulier :

- L'existence, voire la persistance de **flottements terminologiques** qui ont nui au partage des enjeux et à la mise en place des actions nouvelles sur le terrain (par exemple, le sens donné au maintien à domicile, à l'autonomie, à l'innovation, à l'*empowerment*...)
- L'inadaptation du recours généralisé aux AAP/AMI lorsqu'ils sont conçus de façon **trop « bureaucratique » et court-termiste**, laissant peu de place à la négociation avec les porteurs de projets (lesquels n'en comprennent pas toujours le sens ni la portée). Le recours à ce type d'instrument de financement s'avère limité pour agir sur les inégalités sociales et territoriales, qu'ils tendent plutôt à reproduire.
- Des instruments de gestion et de régulation (autorisations, télémedecine, plateformes...) privilégiant souvent **une vision technique, voire technologique au détriment d'une prise**

en compte plus large de l'environnement, notamment humain (territoires, pratiques professionnelles, logiques d'acteurs, compétences professionnelles, comportements des patients...)

- Des **difficultés managériales** liées à un contexte de **fort turnover des équipes** (au siège mais aussi en DD), en raison notamment de la crise sanitaire, mais résultant aussi de la non mise en œuvre des propositions RH inscrites dans la partie dédiée du PRS 2 (le PMO communications, l'animation...)
- Un **usage insuffisant des données** au sein de l'Agence et une **culture du pilotage et de l'évaluation (monitoring)** encore peu développée au cours du PRS2 et n'ayant pas permis de partager les acquis du PRS chemin faisant (revue de pilotage, partage des indicateurs, évaluation *in itinere*...)
- Des **outils de partenariats institutionnels encore peu mobilisés** (conventions, protocoles d'alliances, mutualisation de ressources...) pour **affirmer le leadership de l'ARS** avec les principaux partenaires régionaux (AP-HP, CNAM, Région) mais aussi avec les acteurs du social et de l'autonomie (CNSA, Départements et grandes collectivités)

> Trois logiques à discuter, trois défis à relever pour la préparation du futur PRS

L'élaboration du PRS 3 offre l'opportunité de **mettre en discussion trois logiques au cœur de l'action du PRS**.

- La première de ces logiques, qualifiée de **logique d'adaptation**, renvoie à la dimension territoriale du PRS qui recouvre à la fois la question du positionnement et de l'organisation de l'ARS (et de ses antennes départementales) auprès des acteurs de santé, mais aussi la portée territoriale des actions du PRS (conception, diffusion, partenariats avec les acteurs locaux). Elle interroge la conciliation entre le cadrage régional, voire national, du PRS avec la nécessaire adaptation à des besoins plus locaux dans la mise en œuvre. Dans cette même logique, une deuxième ligne de tension interpelle le rôle et le statut du PRS, entre « feuille de route stratégique » et « document de référence » pour les équipes métiers.
- La deuxième grande logique est la **logique de transformation**. Tel qu'il a été élaboré en 2018, le PRS a été décliné en une série de projets de transformation, à même de réaliser les évolutions du système de santé. Or les travaux d'évaluation réalisés conduisent à nuancer cette stratégie du « tout transformatif » du projet régional et à apprécier de façon circonstanciées les formes et les temporalités des changements promus (incrémental / radical). De même, ils invitent à apprécier de façon nuancée l'équilibre entre les approches de transformation basées sur la technique (au sens large) et les approches centrées sur les usagers. Ils laissent envisager des actions de stabilisation d'une part, et d'articulation entre des leviers technologiques et leurs écologies humaines, y compris locales.
- La **logique d'intégration constitue la troisième logique**. Elle interroge la capacité du PRS à intégrer et à coordonner différents instruments, acteurs et approches de l'action publique régionale en matière de santé. L'enjeu est celui de la bonne posture du PRS, lequel est à la fois global et spécialisé, portant des objectifs universels de santé publique (comme la prévention, les inégalités sociales et territoriales de santé) tout en cherchant à prioriser son

intervention sur des enjeux, des organisations ou des publics spécifiques, souvent en interactions les uns avec les autres.

En écho, trois défis de conception sont formulés au regard de l'élaboration du PRS3.

- **Défi n°1 : Rassembler et élargir, assumer le rôle politique du PRS.** L'importance des enjeux et des transformations du système de santé modifie en profondeur les structures, les procédures, les modes de faire et les cultures professionnelles. Si elle veut pouvoir accompagner voire amorcer ces transformations, l'ARS doit pouvoir assumer le rôle politique du PRS. Par rôle politique est entendu la capacité du PRS à porter et à décliner une vision stratégique et à agir comme un document structurant pour les partenaires de l'agence dans l'ensemble des champs d'intervention et des échelles d'action publique, le cas échéant en interaction (voire en contradiction) les unes avec les autres.
- **Défi n°2 : Articuler et intégrer, renforcer la transversalité du PRS.** Le PRS constitue un document « chapeau » coiffant l'ensemble des interventions de l'agence et de ses partenaires au niveau régional. Sa nature hybride – et pas toujours clarifiée – entre « feuille stratégique », « cadre réglementaire » et « plan d'actions », en fait un instrument d'agrégation et de structuration plus que de mise en cohérence et de priorisation. Le processus d'élaboration concertée du PRS et la tentation à l'exhaustivité (effet catalogue) dans un contexte d'extension du champ d'intervention et des demandes adressées aux politiques de santé et médico-sociales risquent d'accroître cette tendance.
- **Défi n°3 : Connaître pour agir, articuler connaissance et action publique de terrain.** L'ARS a une mission de capitalisation et de valorisation des connaissances scientifiques relatives à la santé et de traduction de ces dernières en politiques publiques régionales. Dans le champ de la santé publique, l'une des avancées majeures de la crise sanitaire a été l'appropriation et la mise en débat des données par les acteurs du champ de la santé et au-delà par les personnes voulant s'impliquer dans les actions de prévention et d'accompagnement. Le fait de disposer en Ile-de-France d'une capacité inégalée de production et de valorisation des connaissances, quoique fragmentée dans le domaine académique de la santé publique, a contribué aux liens entre acteurs locaux, au premier rang desquels les élus (surveillance épidémiologique, données de prise en charge, taux d'équipement...). La mise à disposition de données territoriales par l'ORS est de ce point de vue un acquis considérable, qui doit être valorisé, à l'image du bilan des inégalités sociales et territoriales en Ile-de-France produit par l'ORS en 2023 pour la préparation du PRS 3. Enfin, et sans se substituer aux compétences des politiques de recherche et d'enseignement supérieur, l'accent mis sur une politique régionale de santé adossée à des connaissances nécessite de la part de l'ARS en tant qu'acteur pilote au niveau régional, l'établissement de relations construites et soutenues avec des équipes académiques. À l'instar des réflexions et échanges ayant abouti avec l'AMI de 2018 à la constitution du consortium d'évaluation du PRS, cet objectif de renforcement des liens de l'ARS avec le monde de la recherche passe par leur organisation autour d'enjeux sanitaires partagés.

* * *

ANNEXE 1 : COMPOSITION DU CONSORTIUM DE RECHERCHE

Responsables du suivi scientifique

- Daniel Benamouzig (sociologue, CNRS-Sciences Po, CSO et Chaire santé)
- Sonia Emprin (responsable administrative du suivi des projets scientifiques, Chaire santé)

Chercheurs et enseignants-chercheurs

- Régine Bercot (sociologue, PU émérite, U Paris Saint-Denis)
- Henri Bergeron (sociologue, CNRS-Sciences Po, CSO et Chaire santé)
- Marie-Aline Bloch (professeur en sciences de gestion, EHESP)
- Nicolas Duvoux (sociologue, PU, U Saint-Denis, laboratoire)
- Patrick Hassenteufel (politiste, PU, U Paris Saclay, Sc. Po Saint-Germain-en-Laye)
- Florence Jusot (sciences économiques, PU, U Dauphine)
- Etienne Nouguez (sociologue, CNRS-Sciences Po, CSO, 2019-2020)
- Magali Robelet (sociologue, MCF, U Lyon 2)
- Nicolas Sirven (sciences économiques, PU, EHESP)
- Jérôme Wittwer (sciences économiques, PU, U Bordeaux)

Jeunes chercheurs

- Mauricio Aranda (sociologie, post-doc, Chaire santé)
- Marie-Victoire Bouquet (sociologie, post-doc, Chaire santé)
- Clémence Bracq (sociologie, Master, ENS Lyon)
- Sabrina Gasmi (économie, Master, Descartes-U de Paris)
- Clara Jacquot (sociologie, Master, Sciences Po)
- Armelle Klein (sociologie, post-doc, Chaire santé)
- Julia Legrand (sociologie, post-doc, Chaire santé)
- Liz Gabriela Huamani Avalos (économie, Master, Chaire santé)
- Manon Pathier (sociologie, Master, Chaire santé)
- Martin Reiser (sociologie Master, Chaire santé)
- Kevin Walter (économie, Master, Chaire santé)

Groupes d'étudiants

- École Urbaine de Sciences Po (3 étudiants, encadrés par Etienne Nouguez-2019-2020)
- École Urbaine de Sciences Po (5 étudiants, encadrés par Sarah Russeil-2020-2021)
- École Urbaine de Sciences Po (5 étudiants, encadrés par Clément Boisseuil-2020-2021)
- École Urbaine de Sciences Po (4 étudiants, encadrés par Clément Boisseuil-2021-2022)
- École Urbaine de Sciences Po (4 étudiants, encadrés par Régine Bercot-2021-2022)
- Sciences Po Saint Germain-en-Laye (4 étudiants, encadrés par Caroline Massot-2020-2021)
- Sciences Po Saint Germain-en-Laye (4 étudiants, encadrés par Caroline Massot-2021-2022)

Consolidation et valorisation

- Clément Lacouette-Fougère (Chaire santé)

ANNEXE 2 : DÉTAIL DES DOCUMENTS DE TRAVAIL RÉALISÉS

Axe 1 – Évaluation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

- Le dispositif d'appui à la coordination : un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité, Rapport d'évaluation de l'Axe 1 du PRS 2 de l'ARS Ile-de-France, Marie-Aline Bloch, Marie-Victoire Bouquet, Magali Robelet, juillet 2022, 185p.

Axe 2 – Évaluation des plateaux médicotechniques (PMT)

- Plateaux médicaux techniques et endoscopie, Rapport de recherche établi par Julia Legrand (Chaire Santé), en collaboration avec Régine Bercot, sous la direction de Daniel Benamouzig, juillet 2022, 104p.
- État des lieux de la chirurgie robotiques en Ile-de-France, Rapport de stage de recherche établi par Martin Reiser et Manon Pathier, sous la direction de Daniel Benamouzig, octobre 2021, 106p.
- La cardiologie et la chirurgie cardiaque, Rapport final du projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master STU de l'École Urbaine de Sciences Po (Antoine Clavel, Clémentine Guériaux, Louise Lemaire, Lucille Reynaud), encadré par Régine Bercot, juillet 2022, 146p.
- « Les GHT ont-ils mis un terme à « la course aux armes médicales ? », Communication écrite réalisée par Nicolas Sirven (avec Myriam Lescher-Cluzel) pour le séminaire de la Chaire EMES – EHESP, Rennes, avril 2022, 30p.
- Évolution des transferts inter-établissements et conséquence de la loi de modernisation de notre système de santé, projet de publication établi par Nicolas Sirven (avec Loïc Guérin), septembre 2022, 8p.
- Note de synthèse de l'axe 2, volet qualitatif, Les plateaux médicotechniques en Ile-de-France- Enquête 2020-2022, Régine Bercot, octobre 2022, 34p.

Axe 3 – Évaluation de l'innovation dans le maintien à domicile

- Les solutions nouvelles permettant de développer l'autonomie des personnes en situation de handicap en Île-de-France, Évaluation du caractère innovant des dossiers reçus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt de l'ARS Ile-de-France de 2018, Rapport final du projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master MPAPT de Sciences Po Saint-Germain en Laye (Inès Dubois, Nicolas Dupiech, Loïc Jeanne, Clara Le Jeune, Thibaud Lonjon), encadré par Caroline Massot, mars 2021, 72p.
- Innovation et organisation du maintien à domicile des personnes vulnérables en Ile-de-France, Rapport de recherche établi par Armelle Klein, sous la direction de Henri Bergeron, mars 2022, 227p.
- L'offre de biens et services innovants pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, regards croisés entre politiques, universitaires et, acteurs du secteur, Rapport de stage de recherche établi par Clémence Bracq, encadré par Armelle Klein et sous la direction de Daniel Benamouzig, juin 2021, 68p.
- Étude relative au traitement par l'ARS Ile-de-France des propositions de dispositifs innovants dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt- personnes âgées en perte d'autonomie, Rapport de recherche établi pour l'axe 3 du PRS par Pascal Martin, sous la direction d'Henri Bergeron et de Daniel Benamouzig, août 2022, 83p.
- Note de synthèse de l'évaluation de l'axe 3 du PRS établie par Henri Bergeron, février 2023, 14p.

Axe 4 – Évaluation des actions d'empowerment et démocratie sanitaire

- L'empowerment des patient.e.s en Ile-de-France, Rapport final du projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master STU de l'École Urbaine de Sciences Po (Pierre-Henri Besnard Nedjar, Margaux Breheret, Noémie Camblong, Julien Cot, Nicolas Dupuy), encadré par Sarah Russeil, juillet 2021, 115p.
- Inventaire et analyse croisée des dispositifs de représentation des usagers et d'empowerment en Ile de France, 2022, Rapport final du projet collectif réalisé par les étudiants du Master MPAPT de Sciences Po Saint-Germain en Laye (Ambre Bove, Antoine Goussot, Jeanne-Marie Riou et Élise Varlet), encadré par Caroline Massot, mars 2022, 80p.
- Note de synthèse de l'évaluation de l'axe 4 du PRS, établie par Patrick Hassenteufel, février 2022, 36p.

Axe 5 – Évaluation des actions de nutrition et de santé publique

- Les politiques locales de santé, Rapport projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master STU de l'École Urbaine de Sciences Po (Lucile Houdy, Sixtine Rohde, Arnaud Narainin), encadré par Etienne Nouguez, juin 2020, 70p.
- Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France Rapport final du projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master STU de l'École Urbaine de Sciences Po (Louise Barbier, Arthur Frantz, Hélène Hoarau, Marlène Zadrozynski), encadré par Clément Boisseuil, juillet 2021, 119p
- Contraire, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Mémoire de fin d'études du Master de recherche en sociologie de Sciences Po établi par Clara Jacquot, sous la direction de Daniel Benamouzig, 2021, 122 p.
- Rapport consolidé de l'axe 5 (2022), Rapport consolidé de l'axe 5 établi par Jeanne Pahun, juin 2022, 187p.

PRAPS – Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

- Entre sanitaire et social, enquête sociologique sur les PASS en île-de-france, Rapport de recherche pour l'axe PRAPS, établi par Mauricio Aranda, sous la direction de Nicolas Duvoux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), Mars 2022, 232p.

Axe ISTS –Analyse transversale des enjeux d'inégalités sociales et territoriales de santé

- Inégalités sociales et territoriales de santé en Ile-de-France, Rapport de stage réalisé par Gabriela Huamani, sous la direction de Florence Jusot, Jérôme Wittwer et Clémence Thébaud, 77p.
- Inégalités sociales et territoriales de santé en Ile-de-France : état des connaissances et éclairages de terrain, Rapport final du projet collectif réalisé par un groupe d'étudiants du Master STU de l'École Urbaine de Sciences Po (Ely Ciré, Clémentine Conrath, Glé Guy Aimé Junior Touaouon, Matéo Ungerer), encadré par Clément Boisseuil, juin 2022, 109p.
- Perception de l'injustice des inégalités sociales de santé, de recours et d'accès financier aux soins, rapport d'analyse de l'enquête en population générale, réalisé par Florence Jusot, Clémence Thébaud et Jérôme Wittwer, décembre 2022, 29p.
- Rapport Axe ISTS, Rapport final pour l'évaluation de l'axe ISTS, réalisé par Gabriela Huamani, Florence Jusot, Clémence Thébaud et Jérôme Wittwer (avec la participation de Beka Lomidze et Solène Petit), février 2023, 66p.

Rapports d'étapes et documents de consolidation

- Rapport d'étape du programme d'évaluation du PRS d'Ile-de-France, État de la mise en œuvre, réalisé par Daniel Benamouzig, Janvier 2021, 19p
- Note d'avancement programme d'évaluation du PRS, réalisée par Daniel Benamouzig, juin 2021, 7p.

- Document support du point d'avancement, 15 octobre 2021, réalisé par Daniel Benamouzig et Sonia Emprin, 15 p.
- Document support de la présentation à la directrice générale de l'ARS le 25 mars 2022, 15p.
- Document support de la présentation de l'état d'avancement du programme d'évaluation au Comex de l'ARS le 13 juin 2022, 14p.
- Document support de la présentation de l'état d'avancement et présentation de l'axe 1 (DAC) pour la Commission permanente de la CRSA le 14 juin 2022, 28p.
- Document de travail pour le premier séminaire de consolidation, Support de présentation, octobre 2022, 92 p.
- Note d'enjeux : analyse transversale des travaux évaluatifs réalisés pour chacun des axes, document de travail établi par Clément Lacouette-Fougère pour le second séminaire de consolidation, décembre 2022, 20 p.
- Rapport final consolidé de l'évaluation du PRS, établi par Clément Lacouette-Fougère et Daniel Benamouzig, avril 2023, 304p.