

ÉVALUATION DU PRS 2

Synthèse des principaux résultats

Les travaux d'évaluation et leur consolidation

- Un ensemble de travaux évaluatifs (une trentaines de rapports et documents de travail, 2500p.) en cours de valorisation
- Des éléments synthétiques rassemblés dans un rapport de synthèse
- Repris dans une synthèse plus courte (27 p.)



Le pari : évaluer un PRS ?

- L'évaluation d'un PRS, c'est possible !

Une approche interdisciplinaire et par « objets »

Une évaluation peu anticipée et très perturbée

25 chercheurs, 30 rapports, 2500 pages

- Partage des résultats et appropriation

En particulier dans la phase de consolidation, vers une culture de l'évaluation ?

Enjeu de capitalisation des savoirs (observatoires, espaces académiques)

- Difficultés récurrentes et défis méthodologiques

Une démarche pragmatique (« diagnostics »), monographies

Enjeux de données (indicateurs, suivi et évaluation, inégalement disponibles)

Plan du rapport consolidé

SYNTHESE GENERALE	3
INTRODUCTION	4

PARTIE 1 **Evaluation des axes du PRS**

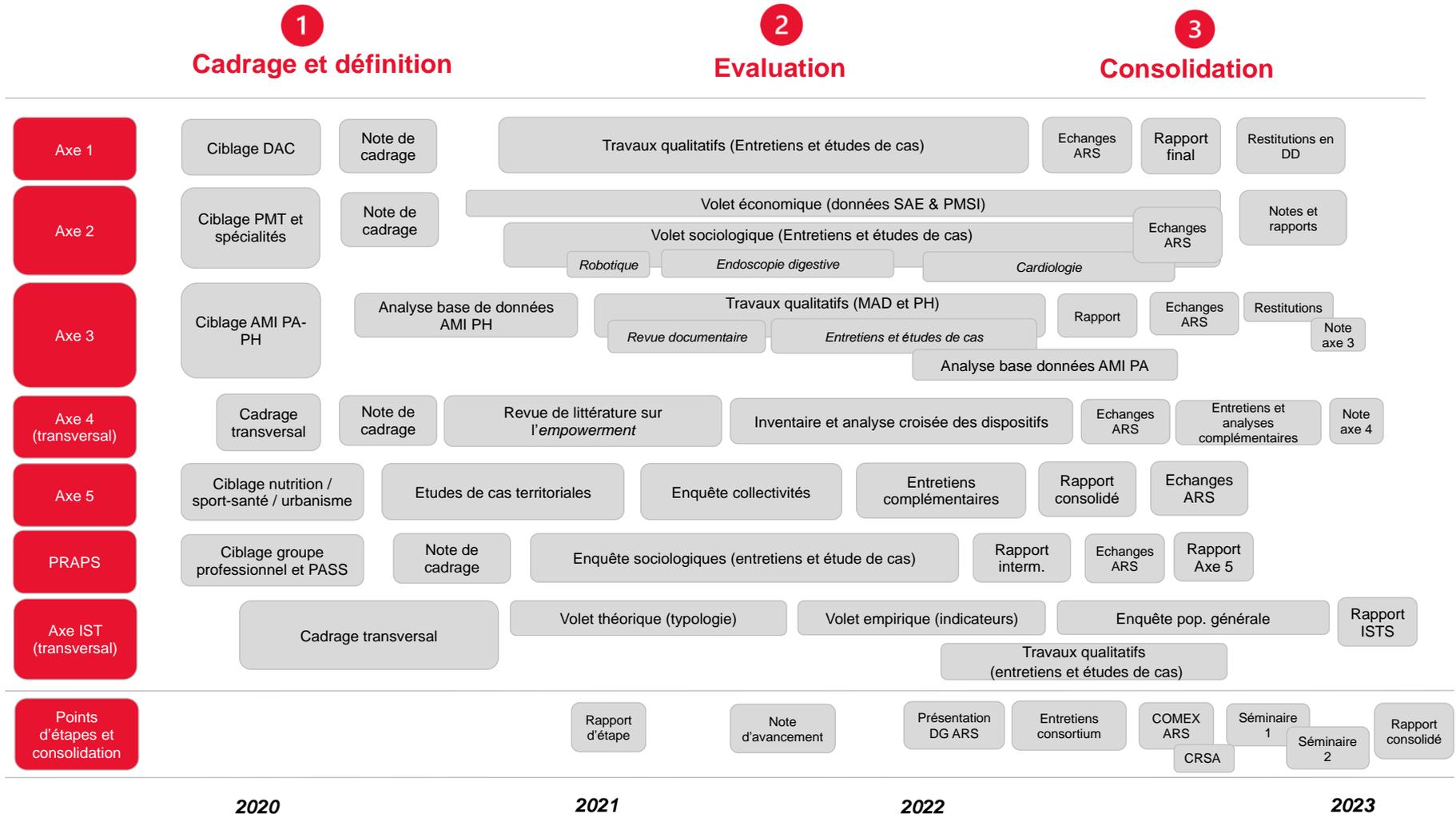
EVALUATION DE L'AXE 1 : LES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION (DAC)	18
EVALUATION DE L'AXE 2 : LES PLATEAUX MEDICOTECHNIQUES.....	48
EVALUATION DE L'AXE 3 : L'INNOVATION DANS LE MAINTIEN A DOMICILE	82
EVALUATION DE L'AXE 4 : EMPOWERMENT ET DEMOCRATIE SANITAIRE	117
EVALUATION DE L'AXE 5 : NUTRITION ET SANTE PUBLIQUE	145
EVALUATION DU PRAPS : LES PASS HOSPITALIERES ET AMBULATOIRES EN ILE DE FRANCE	176

PARTIE 2 **Axe ISTS et enseignements transversaux**

AXE INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE (ISTS)	204
BILAN D'ENSEMBLE DU PRS 2 ET ENSEIGNEMENTS TRANSVERSAUX.....	263
CONCLUSIONS : TENSIONS ET DÉFIS POUR LE PRS.....	274

ANNEXES	288
---------------	-----

Vue d'ensemble de la méthodologie d'évaluation



Présentation synthétique des résultats

<p>Axe 1 – Les DAC : <i>dispositifs prometteurs à accompagner vers un changement d'échelle</i></p>	<p>Déploiement réussi des DAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • tant au niveau de la couverture que des délais et de l'esprit (concertation) • Rééquilibrage des dotations territoriales • Compréhension partagée du rôle des DAC • Des demandes d'appui qui correspondent bien aux volumes et types d'accompagnement visés par la réforme 	<p>mais</p>	<p>Visibilité encore mal assurée dans le territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montée en charge des fonctions de régulation et ouverture prudente à la polyvalence • Des enjeux forts de RH et de pertes de compétences
<p>Axe 2 – Plateaux médicotехniques et gradients, un levier de régulation stratégique insuffisamment exploité</p>	<p>Structuration d'une logique de gradation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'équipement « hors pair » et différenciation initialement faible (course à la technique) • Enjeux de complémentarité : concurrence monopolistique, « coopération » • Triple dynamique : mutualisation, robotisation et développement d'interventions moins invasives 	<p>mais</p>	<p>Politique de gradients incomplète et inégale selon les spécialités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision techniciste des PMT (nouveaux métiers, adressage...) • Des facteurs d'inertie sur lesquels il est difficile de peser au niveau régional • Des enjeux d'attractivité et un risque de sélection de fait, sources d'inégalités d'accès
<p>Axe 3 – Domicile <i>Une approche stratégique du à renforcer, une politique d'innovation à affirmer</i></p>	<p>Foisonnement d'initiatives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamique de soutien à la détection et à la diffusion des innovations (AMI) • 200 innovations soutenues via les AMI PA-PH 	<p>mais</p>	<p>limites du caractère innovant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logique incrémentale de rattrapage • Faible prise en compte des innovations organisationnelles et managériales • Pas d'impact en termes de compensation des inégalités territoriale • Confusion persistante entre AAP et AMI et animation contrainte
<p>Axe 4 – Pouvoir d'agir et démocratie sanitaire : une ambition à préserver, un rôle à renforcer</p>	<p>Une dynamique solidement ancrée</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux dispositifs renvoyant à deux logiques distinctes (collective/individuelle et formels/entraide) avec un fort ciblage (public, pathologie...) • Des acteurs locaux engagés et rôle important de France Assos Santé au niveau régional 	<p>mais</p>	<p>Fragmentation des dispositifs et manques en ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décalage entre les ressources et les besoins considérables de représentants bénévoles dans les instances de démocratie sanitaire • Un positionnement du PRS au milieu du gué entre volonté de pilotage par le haut et impossibilité d'animer par le bas les nombreuses initiatives locales
<p>Axe 5 – Santé dans toutes les politiques transversalité à incarner, des coopérations à activer</p>	<p>Activité réelle et décentralisée dans les territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle des agents des directions départementales de l'ARS dans la mobilisation • Des profils historiques et stables (équipes dédiées, réponses aux AMI...) • Des logiques convergentes (politiques nationales, échanges ..) et des instruments efficaces (labels, contrats, référentiels...) • Une accélération de ces thématiques avec le covid-19 et le Ségur de la santé 	<p>mais</p>	<p>Visibilité modeste de l'ARS sur ces thématiques et peu d'effet d'entraînement du PRS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des leviers de mobilisation des acteurs locaux relèvent d'initiatives nombreuses mais échappant largement à l'échelon régional. • Des réseaux et des alliances encore peu structurés avec les territoires
<p>Axe PRAPS –programme à part mais à fort potentiel pour atteindre les objectifs stratégiques du PRS</p>	<p>Ciblage sur la très grande précarité</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans un contexte d'aggravation de la pauvreté • Fort engagement des professionnels dans les PASS • Montée en charge des PASS ambulatoire sous l'impulsion de l'ARS • Un espace d'expérimentation et d'innovation à la croisée du sanitaire et du social 	<p>mais</p>	<p>Enjeux d'intégration</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec les structures de rattachement et avec la ville • Surreprésentation des personnes étrangères et besoins d'interprétariat non couverts • Un manque de reconnaissance du rôle des PASS notamment avec les enjeux de prévention et de santé publique

Bilan d'ensemble de la mise en œuvre du PRS

- **De nombreuses réalisations et une concrétisation d'évolutions marquantes**
Une vision plus partagée sur coordination, transversalité et subsidiarité
Concrétisation du virage ambulatoire (DAC, CPTS, PASS-ambulatoire...)
Convergence sur des enjeux de prévention santé publique (effet Covid)
Visibilité de l'ARS comme acteur de référence régionale en santé
- **Des transformations inabouties et des facteurs d'inertie**
Des « doctrines » à consolider (sur l'innovation, le domicile, les gradients,...)
Difficulté à capter les initiatives issues des territoires
Faible capacité à agir sur les perceptions et comportements des acteurs
Difficultés managériales: contraintes de moyens humains et organisationnels

Quelques enjeux transversaux et défis pour la suite

- Santé publique : prise en compte croissante, mais insuffisamment partagée au sein de l'ARS
- Hésitations sur le niveau d'intervention territorial / partenarial à privilégier pour répondre aux enjeux de la santé dans toutes les politiques publiques
- Un modèle d'intervention sur les inégalités sociales et territoriales de santé à consolider (connaissances – logique d'action – partenariats – évaluations)
- Des enjeux d'empowerment des patients et de démocratie sanitaire qui appellent une stratégie régionale rapprochant le cadre réglementaire des initiatives locales (rôle des élus ?)

Merci !