

CONFERENCE DE TERRITOIRE DE L'ESSONNE

COMPTE-RENDU

En application du décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 et de l'Arrêté n° 10-679 du 22 décembre 2010 modifié par les arrêtés n° 11-003 du 10 janvier 2011 et n° 11-007 du 11 janvier 2011 de Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, le 12 janvier 2011 s'est déroulée la séance d'installation de la Conférence de territoire de l'Essonne.

Les membres de la commission (titulaires et suppléants) ainsi que les invités ont été accueillis à 9h00 à l'Institut de formation de soins infirmiers 59 boulevard Henri DUNANT à CORBEIL ESSONNES (91100).

Avec 44 titulaires et 20 suppléants présents, la Conférence a débuté à 9h30 par une introduction présentée par Monsieur Claude EVIN Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et Madame Emmanuelle BURGEI, Déléguée territoriale du département de l'Essonne.

1 – Désignation du Doyen d'âge

Après une présentation des modalités provisoires d'organisation et de fonctionnement de la Conférence de Territoire (décret n°2010-347 du 31 mars 2010 – article D.1434-13) par Madame E. BURGEI, Monsieur Bernard DUPORTET, membre titulaire du collège 8 «Représentants des usagers» doyen d'âge des présents a été désigné président transitoire.

2 – Adoption du règlement intérieur provisoire

Sur proposition du Président transitoire de séance, le règlement intérieur provisoire a été adopté à l'unanimité.

3 – Elections du Président et du Vice-Président de la Conférence

❖ Election du Président :

⇒ Les Candidatures

Quatre candidats se sont présentés à l'élection :

- Madame Nicole LAMOTH : titulaire du collège 9 (représentant des communautés de communes), représentante de la communauté d'agglomération Val d'Yerres,
- Monsieur Charles RIVET : titulaire du collège 2 (représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes

handicapées), Directeur de l'ESAT Paul BESSON, représentant de l'URIOPSS,

- Monsieur Marc PULIK : titulaire du collège 1 (représentant des personnes morales gestionnaires), Directeur du Centre médical de Bligny,
- Monsieur le Docteur Marc BRAY : titulaire du collège 1 (représentant des présidents de Commission Médicale ou Conférence Médicale d'Établissement), Président de CME de l'établissement d'Evry.

L'opportunité a été accordée à chaque candidat de présenter leurs motivations à cette élection.

⇒ Les votes :

45 membres ont pris part au vote à bulletin secret. A l'issue du scrutin les résultats ont été les suivants :

- Madame LAMOTH : 6
- Monsieur RIVET : 2
- Monsieur PULIK : 22
- Monsieur BRAY : 12
- Bulletins blancs ou nuls : 3

Monsieur PULIK a été élu président de la Conférence de Territoire de l'Essonne (22/42). En quelques mots il a remercié les membres présents de l'avoir élu et a rappelé son souhait d'œuvrer au sein de cette nouvelle organisation.

❖ Election du Vice-président :

⇒ Les Candidatures :

Quatre candidats ont proposé leur candidature :

- Madame Nicole LAMOTH (candidate à l'élection du Président),
- Monsieur le Docteur Claude CHASSELOUP : titulaire du collège 1 (représentant des présidents de commission médicale ou conférence médicale d'établissement), Président de CME de l'Institut Jacques CARTIER,
- Monsieur le Docteur Jean-Christophe PAQUET : titulaire du collège 1 (représentant des présidents de commission médicale ou conférence médicale d'établissement), Président de CME de l'établissement de Longjumeau,
- Monsieur Daniel LEBOUBE : titulaire du collège 8 (représentant des usagers), représentant l'Association des diabétiques – CISS Ile-de-France.

⇒ Les votes :

Après une courte présentation de leurs motivations à l'élection, 44 membres de la conférence ont pris part au vote à bulletin secret. A l'issue du scrutin les résultats ont été les suivants :

- ⇒ Madame LAMOTH : 10
- ⇒ Monsieur LEBOUBE : 16
- ⇒ Monsieur PAQUET : 10
- ⇒ Monsieur CHASSELOUP : 8
- ⇒ Bulletins blancs ou nuls : 0

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés au premier tour, un deuxième tour a eu lieu.

⇒ Candidats et résultats des votes :

- 44 votants :
 - ⇒ Madame LAMOTH : 12
 - ⇒ Monsieur LEBOUBE : 18
 - ⇒ Monsieur PAQUET : 14

Monsieur LEBOUBE a été élu vice-président de la Conférence.

4 – Elaboration du Projet Régional de Santé

Madame Marie-Renée BABEL, Directrice générale adjointe de l'ARS Ile-de-France a présenté le Projet Régional de Santé.

Le Projet Régional de Santé (PRS) a une double vocation :

- ❖ **simplifier et clarifier** la situation actuelle, qui voit coexister de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux et ne permettent donc pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé;
- ❖ assurer la **transversalité** de la politique conduite par l'ARS, en donnant une lisibilité à son action, et donner un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs.

Le décret n°2010-514 du 18 mai 2010 fixe les trois éléments qui composent le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et définit les orientations et les objectifs de santé pour la Région à travers des schémas régionaux (organisation des soins, Prévention, Médico-social) et des programmes (PRIAC, PRAPS, PPRGDR, Programme de la Télémédecine et par des programmes territoriaux).

Selon ce décret, le PSRS comporte :

- Une évaluation des besoins de santé et de leur évolution
- Une analyse de l'offre de santé et de son évolution
- Des objectifs fixés en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de qualité et d'efficacité des prises en charge et de respect des droits des usagers
- Des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

En mettant en œuvre le PSRS, l'ARS Ile-de-France vise cinq objectifs :

- organiser la stratégie de l'Agence,
- décliner ensuite cette stratégie en actions ciblées et territorialisées dans les schémas et programmes,
- permettre au PRS d'être piloté comme un tout,
- constituer un outil mobilisateur et pédagogique :
 - ⇒ en interne,
 - ⇒ pour nos partenaires,
 - ⇒ auprès du public, citoyens et usagers.
- articuler :
 - ⇒ la stratégie d'intervention sur les problèmes spécifiques de santé en Ile-de-France,
 - ⇒ les autres politiques publiques régionales liées à la santé,
 - ⇒ la cohérence avec le niveau national.

Calendrier Général du PSRS :

- ❖ Janvier et Février 2011 : Envoi aux Conférences de Territoire des éléments de diagnostics et des premières orientations du PSRS,
- ❖ le 28 Mars 2011 : Diffusion du PSRS pour concertation,
- ❖ juin 2011 : Version du PSRS mise à jour des propositions des Conférences de territoire diffusée à l'ensemble des instances,
- ❖ 18 juillet : Signature de l'Arrêté du Directeur Général de l'ARS Ile-de-France.

5 - Diagnostic régional et local

Monsieur Gilles ECHARDOUR a présenté un diaporama mettant l'accent sur certains indicateurs propres à la Région Ile de France :

- une répartition inégalitaire des habitants sur la région,
- l'âge des habitants. C'est une région jeune mais qui vieillit,
- inégalités économiques majeures,
- inégalités dans le développement humain (santé, éducation, niveau de vie),
- présence de populations vulnérables (une population immigrée importante),
- conditions de vie et de travail inégalitaires,
- chômage et précarité,
- logement : impact de la crise et insalubrité en progression,
- transports : temps de transport long d'où un impact sur la santé,
- pollution et bruit importants.

Tous ces indicateurs permettent de dégager les points négatifs et les risques pour la santé en Ile-de-France à savoir :

- l'inégalité territoriale entraîne des contrastes pour l'espérance de vie entre les départements, entre les hommes et les femmes,
- une mortalité infantile avec un taux inégal entre les différents départements,
- présence importante des pathologies infectieuses, l'Ile-de-France étant la région la plus touchée par le VIH et la tuberculose,
- nutrition : obésité et surpoids des jeunes,
- personnes âgées et maladie d'Alzheimer : coût élevé de la prise en charge,
- la santé mentale en Ile de France : difficulté d'apprécier la demande et inégalité de l'offre de soins sur la Région.

Des éléments de diagnostic du territoire essonnien ont été présentés par Monsieur Philippe BARGMAN (Responsable du Pôle Offre de soins et Médico-social à la Délégation territoriale de l'Essonne - ARS)

L'Essonne représente un territoire avec des indicateurs socio-démographiques plus favorables que la moyenne francilienne mais avec des zones de fragilité, un environnement hétérogène et une opposition nord /sud.

L'offre en structures est quantitativement satisfaisante mais est insuffisante en professionnels médicaux de ville.

L'offre dans l'Essonne :

- Une offre libérale généraliste et spécialiste supérieure à la moyenne régionale en secteur 1 mais en deçà de la moyenne régionale (23% d'omnipraticiens et 43% de spécialistes),
- Une offre médico-sociale relativement conséquente pour les personnes âgées (avec des inégalités intra départementales) et les personnes handicapées (taux plus élevé en Ile-de-France en ce qui concerne leur équipement),
- Une offre hospitalière correspondant au poids du département avec de multiples réorganisations en cours.

Offre de prévention :

- Six centres départementaux de prévention (dépistage anonyme du Sida et des IST, vaccinations)
- Un dépistage organisé des cancers du sein et du colon (ADMC 91)
- 4 Ateliers santé ville (Evry, Courcouronnes, Grigny-Viry-Châtillon, Palaiseau)
- Des actions diverses de prévention des risques (addictions, accès à la culture des femmes migrantes etc...).

Quelques exemples de la dynamique essonnienne :

- Pour l'ambulatoire :
 - ⇒ 2 maisons de santé pluridisciplinaires (Grigny) dont une à Grigny (17 professionnels) et une en projet à Saint-Chéron.

- Pour les réseaux :
 - ⇒ Toutes les thématiques majeures sont couvertes
- Pour le secteur médico-social :
 - ⇒ initiative relative à l'autisme
- De multiples évolutions en cours ou attendues pour l'hospitalier :
 - ⇒ Fusion des CH de Dourdan et d'Etampes effective au 1^{er} janvier 2011
 - ⇒ Mise en œuvre d'une coopération intégrée :
 - CHT et GCS entre les CH d'Orsay, Longjumeau et Juvisy
 - ⇒ Ouverture prochaine du nouvel établissement du sud francilien à Evry

Les objectifs :

- ❖ Réduire l'éclatement de l'offre et mettre en œuvre les réorganisations en cours
- ❖ Consolider le premier recours et retrouver une attractivité pour l'installation de nouveaux professionnels de santé
- ❖ Définir des approches adaptées pour les zones spécifiques,
- ❖ Améliorer l'équilibre territorial pour les structures de personnes âgées et favoriser le maintien à domicile,
- ❖ Développer les actions de prévention.

A l'issue de cette présentation la parole a été donnée à l'assemblée :

- Un des représentants de l'hôpital de Villeneuve Saint-Georges, s'est exprimé en rappelant que 50% des urgences reçues dans cette structure proviennent de l'Essonne, et a souligné l'importance d'un partenariat pour les contrats locaux.
- Monsieur Eric ZOLLA, suppléant du Collège 2 (Représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées) a fait part de son ressenti à savoir que l'ARS pense à la prise en charge sanitaire mais que le secteur médico-social (personnes handicapées) a été oublié. Il a formulé le souhait que ce secteur ne soit pas oublié dans le programme de travail de l'ARS et que le mot «Handicap» soit repensé au niveau de la Conférence de territoire.
- Monsieur LE BOURGEOIS représentant de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale a souligné que l'accès aux soins est doit être étudié avec les deux organismes (ARS et DDCS). Il a ainsi évoqué le problème de l'accès aux soins des publics défavorisés notamment des sans domicile fixe et des personnes handicapées.
- Docteur VARROUD-VIAL Michel, titulaire du collège 5 (représentant des réseaux de santé) a mis l'accent sur le lien entre les structures de santé et le secteur médico-social. Il a également souligné la notion de promotion de la santé et la nécessité de l'implication des usagers. Il est utile de faire le lien entre l'hôpital et la ville particulièrement en ce qui concerne les sorties d'hôpitaux.
- Monsieur Didier BECHUE, représentant de l'association CHEMEA 91 (invité) a regretté l'absence de présentation portant sur la prise en charge de l'enfance en situation d'handicap, ainsi que le manque d'équipement pour l'Adulte Handicapé.

- Mme MOUTE, suppléante du collège 9, représentant l'association des maires de France, après son interrogation concernant la méthode et le mode de calcul utilisés pour mener les enquêtes réalisées dont les résultats ont été diffusés via les diaporamas, a soulevé les problèmes suivants : l'accès aux soins pour les plus pauvres et l'accès à un professionnel de santé au moment du besoin, par exemple la maternité, l'accouchement à domicile des personnes sans papiers, des personnes non motorisées. Elle a souhaité une enquête qui prenne en compte les besoins sanitaires en Essonne ainsi que l'organisation des soins.
- Mme Hella KRIBI-ROMDHANE, titulaire du collège 9, représentant des conseillers régionaux, s'est exprimé sur trois points : replacer l'utilisateur et non le client dans la demande, définir la manière d'impacter le public dans la distribution de l'offre et analyser les résultats sur un plan qualitatif.
- Docteur Jean-Pierre BATARD, titulaire du collège 4, représentant des médecins libéraux s'est exprimé sur l'inégalité d'accès aux soins pour les personnes handicapées au sud d'Etampes ainsi que sur son souhait de voir l'ARS se pencher sur ce problème.

En réponse à tous ses intervenants et en guise de conclusion, Monsieur Claude EVIN a pris la parole en proposant son aide au bureau de la conférence de territoire.

Il poursuit avec un bref exposé sur le contexte auquel est confronté le monde de la santé notamment en Ile-de-France, les évolutions démographiques et épidémiologiques, les transformations sociales, ainsi que les enjeux de financements.

Monsieur EVIN a ensuite développé les principes qui vont guider l'ARS dans les prochaines années ainsi que les moyens d'action dont elle dispose pour la mise en œuvre du PSRS.

Les principes qui vont guider l'ARS :

❖ La prévention est préférable au soin

Notre système de santé a longtemps réservé une place prédominante aux soins, sans réellement considérer la prévention comme prioritaire. La démarche préventive, incluant la promotion de la santé, existe bien, mais elle n'est pas valorisée et est souvent totalement coupée de la réflexion sur les services de soins.

L'ARS souhaite promouvoir une approche intégrée qui, à chaque fois que c'est utile et nécessaire, privilégiera le préventif au curatif.

❖ La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs

Le principe est simple, et décisif : «mettre la santé dans toutes les politiques en région». L'ARS ne peut ni même ne doit être l'unique acteur de cette politique. Elle doit en revanche être l'«aiguillon» d'une prise de conscience collective et le promoteur d'un effort global de décloisonnement. Le leadership régional et la coordination des politiques publiques sont un principe d'action cardinal de l'ARS afin que les inégalités de santé soient à l'avenir prises en compte dans toutes les politiques conduites en région.

❖ La protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires

Face aux crises sanitaires, aux risques environnementaux ou liés aux milieux, aux risques iatrogènes, l'ARS réunit des compétences qui font l'objet d'attentes fortes de la part des

citoyens. Elle doit renforcer la lisibilité, l'unité d'action et la «force de frappe» des pouvoirs publics pour mieux prévenir les risques sanitaires.

❖ *La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins*

La création des ARS marque la volonté politique de renforcer résolument le pilotage régional de notre système de santé pour lui permettre de mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire.

L'ARS doit constamment rechercher la meilleure adaptation possible de ces services aux problèmes identifiés, aux besoins manifestés.

Outre qu'elle impose de disposer de diagnostics locaux pertinents grâce au développement d'une faculté d'observation renforcée, cette ambition implique de porter une particulière attention aux préférences et aux attentes des usagers : souhait de rester à domicile pour les personnes en situation de perte d'autonomie, besoin d'une offre de soins alliant proximité et qualité, exigence d'excellence sur certains segments spécialisés du soin requérant des compétences et des plateaux techniques centralisés, sont autant de préférences des usagers que l'ARS doit chercher à honorer.

❖ *La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale*

Devant le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé, véritables «parcours du combattant», la volonté politique qui a porté les ARS avait pour mot d'ordre le décroisement.

La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et, quand c'est utile, une coopération avec les acteurs du champ social. L'organisation de complémentarités fortes est ici un impératif pour l'ARS.

L'un des défis majeurs que doit relever l'ARS est donc de promouvoir une approche intégrée des parcours de santé, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social.

❖ *L'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair*

De nombreuses conditions sont aujourd'hui réunies pour réussir un bond en avant en matière d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficacité du système de santé.

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour donner corps à cette conviction, dès lors qu'il existe désormais un fort consensus sur les faiblesses de notre système de santé, dont certaines sont particulièrement vérifiées en Ile-de-France : une inadéquation à la prise en charge des pathologies chroniques (dont le poids est prépondérant dans les dépenses et en forte croissance), une faiblesse du préventif par rapport au curatif, une hypertrophie du secteur hospitalier au détriment de l'offre de premier recours ou des offres alternatives, un manque de coordination, des incitatifs financiers pas toujours bien orientés...

Le concept d'efficacité dispose dorénavant d'un haut niveau d'acceptabilité, qui s'explique par la maturité des démarches et des outils de régulation : les mesures comptables ont cédé la place à une régulation plus médicalisée, mettant l'accent sur la pertinence des pratiques et cherchant une réconciliation permanente entre les enjeux financiers, les enjeux de qualité, et les enjeux économiques.

❖ *Une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé*

L'ARS considère surtout que la production d'informations transparentes sur le système de santé est un impératif de la démocratie sanitaire.

En effet, le partage de l'information est un préalable à une réelle inclusion des acteurs institutionnels, élus ou professionnels, dans la gouvernance démocratique de la santé en région. De même, les usagers, citoyens et contribuables, ont le droit de connaître et de comprendre l'organisation du système de santé et de pouvoir analyser ses atouts et ses faiblesses, en termes de coordination, de sécurité ou de qualité.

❖ *La créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement*

Dans un environnement en mutation, l'ARS a un rôle majeur pour impulser et accompagner les évolutions rendues nécessaires.

En effet, attentive à la rigueur scientifique comme à l'efficacité économique, l'ARS veillera à l'évaluation de ces nouvelles pratiques et développera ses liens avec les institutions de recherche, afin de promouvoir des pratiques reconnues efficaces et efficientes.

La région Ile-de-France est ici favorisée par la présence d'acteurs déjà fortement impliqués et novateurs.

Incarnant une rénovation profonde du système de santé, elle doit s'allier, en les encourageant et en les soutenant, les capacités d'innovation des acteurs de santé sur le terrain. Elle doit faire émerger la créativité, l'expérimentation et favoriser des comportements adaptatifs de la part des professionnels dans les territoires.

Huit moyens d'action pour mettre en œuvre ces principes :

1) Une gouvernance territorialisée pour une action graduée

La nouvelle gouvernance de la santé portée par l'ARS doit permettre de répondre aux besoins des populations au plus près des spécificités de chaque territoire. La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. Les efforts récents pour structurer une offre de santé cohérente au niveau des territoires ont conduit à proposer de nombreux découpages successifs. L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, et enfin l'échelle des territoires de proximité au niveau desquels se joue la structuration d'une offre de santé de proximité.

Cette construction doit être sous-tendue par une gouvernance territoriale qui, dans le but de mobiliser réellement les acteurs locaux autour de projets territoriaux, pourrait se traduire par des « contrats de territoire ». Fondée sur des diagnostics territorialisés de l'adéquation de l'offre de santé avec les besoins, cette contractualisation avec les acteurs locaux de la prévention, du soin et du secteur médico-social, qui devrait être associée à une gestion transversale des financements, permettrait de bâtir une gouvernance de l'offre de santé au plus près des populations. Ce dispositif contractuel autour d'un projet de santé territorialisé permettrait en outre d'expérimenter plusieurs outils mis à disposition par la loi HPST : nouveaux modes de rémunérations, pôles de santé multi-sites, centres de santé, unités légères de premier recours reliées entre elles, réseaux de santé de proximité, pluri-thématiques, développement de projets de coordination (case et disease management). Le législateur a en outre souhaité mettre à la disposition des ARS des outils renforcés au service de la territorialité, y compris en matière de contractualisation avec les offreurs de santé (contrats locaux de santé, communautés hospitalières de territoires...).

C'est grâce à la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à l'échelle des territoires de proximité que l'ARS sera en capacité d'une part de structurer une offre de santé de proximité

véritablement intégrée, et d'autre part de s'allier l'engagement des acteurs de terrain et d'encourager leur créativité et leur capacité d'adaptation aux évolutions.

- 2) Une offre de services de premier recours structurée pour assurer cohérence et transversalité des parcours de santé

La notion de premier recours recouvre la question de la porte d'entrée dans le système de santé, l'enjeu du suivi des patients et de leur parcours de santé, et le relais auprès des usagers de l'ensemble des politiques de prévention et de santé publique. Les acteurs de l'offre de soins de premier recours sont nombreux, du généraliste au pharmacien en passant par certains spécialistes, les dentistes, etc.

La loi HPST traduit la volonté politique de faire de l'organisation d'un premier niveau de recours un axe de rénovation du système de santé. Cette volonté partagée par l'ensemble des acteurs va permettre de renforcer l'offre préventive, curative et d'accompagnement des personnes dépendantes dans des territoires de proximité. L'objectif ici est de permettre à la population un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine.

- 3) Un rééquilibrage entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale

La prééminence des aspects curatifs, longtemps structurelle dans notre système de santé, appelle aujourd'hui un déplacement du curseur dans la structuration de l'offre et, au regard des limites du décloisonnement des financements, dans l'allocation des ressources. Prise en charge médico-sociale accompagnée au domicile, médicalisation des établissements médico-sociaux, organisation de la sortie d'hôpital, coordination des soins autour du médecin traitant, intégration de la prévention dans les pratiques cliniques... alors que la segmentation de l'offre de santé ne permet pas aujourd'hui de répondre de façon globale aux besoins des usagers, l'organisation de passerelles voire de zones de porosité entre les différents segments d'une prise en charge est un impératif clé pour l'ARS.

L'équilibre à rechercher réside aujourd'hui dans la capacité du système de santé d'attribuer là où il faut et quand il faut la juste ressource au besoin. Il s'agit de repenser les différents moments d'une prise en charge en fonction du parcours de santé mais aussi du parcours de vie de chaque usager.

- 4) Des articulations nécessaires avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire 1 et les autres volets des politiques publiques qui ont un impact déterminant sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé

L'articulation avec les différents acteurs des politiques publiques ayant un impact sur la santé en région doit en premier lieu permettre d'agir de façon globale au service de la santé des Franciliens en incluant dans une approche unifiée les risques spécifiques des différents secteurs (risques professionnels, dépistages spécifiques du parcours scolaire, etc.).

La coordination des acteurs est également un gage de la capacité à intervenir de façon précoce sur les environnements de vie, en lien notamment avec les acteurs de l'urbanisme, du logement et des transports mais aussi les PMI, de façon à assurer aux enfants et aux jeunes franciliens une équité dès le départ en matière de santé.

- 5) Une démocratie sanitaire nourrie par le débat public

Avec la loi du 4 mars 2002, les principes essentiels de la démocratie sanitaire ont été consacrés et ces fondements ne paraissent plus aujourd'hui contestés. Pour autant, la construction reste inachevée à certains égards. Au-delà de sa mission de faire vivre les nouvelles instances de la démocratie sanitaire en région voulues par le législateur, l'ARS a l'ambition de rendre effective cette démocratie sanitaire en permettant aux citoyens de se saisir réellement de la parole sur les enjeux du système de santé et sur ses défis à venir. Informer les usagers sur l'organisation du système de santé et publier les indicateurs relatifs

à la qualité des services offerts sont un préalable nécessaire pour permettre cette prise de parole. Au-delà, l'ARS, en lien étroit avec les conférences de territoire et la CRSA à laquelle le législateur a confié une mission en la matière, provoquera le débat public pour susciter l'émergence d'une démocratie sanitaire en actes.

6) Un accompagnement renforcé des ressources humaines de la santé en région

Le système de santé est confronté aujourd'hui à d'importants défis en matière de gestion de ses ressources humaines, défis qui concernent aussi bien les perspectives démographiques que l'enjeu de la mobilité des ressources dans un contexte de restructuration de l'offre et leur capacité à construire de nouvelles formes d'exercice collectif et de coopérations. En outre, l'évolution des parcours de formation, en cours de mise en œuvre, impose de disposer d'une vraie capacité d'adaptation.

Ces différentes perspectives d'évolutions requièrent une mutualisation des moyens d'accompagnement des ressources humaines du secteur hospitalier, sous la forme d'une plateforme unique d'accompagnement et de soutien dont l'ARS entend se doter afin d'accompagner la restructuration des carrières, des modes d'exercice et des pratiques. En parallèle, l'ARS renforcera le soutien proposé aux professionnels de santé libéraux, sous la forme notamment d'un guichet unique d'aide à l'installation, et pourra s'appuyer en la matière sur des capacités d'observation renforcées par la mise en place d'un comité régional de l'observatoire national des professionnels de santé.

7) Une prise en compte résolue de la qualité des pratiques professionnelles dans le pilotage de l'offre de santé

L'ARS a vocation à s'assurer de la qualité des services que les offreurs de santé rendent aux Franciliens. En coordination avec les acteurs compétents en la matière, elle peut s'attacher à promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans ses différents champs de compétences.

L'optimisation de la qualité de l'offre de santé passe par le soutien à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé, dans le domaine du soin mais aussi de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, à l'échelle des individus mais aussi à l'échelle des structures de prise en charge. Si l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles, au travers notamment des différents dispositifs existants d'évaluation et de certification, fait désormais mieux partie de la culture commune des offreurs de santé, l'ambition de l'ARS est que cette évaluation devienne effectivement un levier du changement et de l'amélioration des services offerts. Il s'agit donc pour l'ARS de faire de la qualité des prises en charge un critère clé dans les décisions de régulation et de pilotage de l'offre de santé, qu'il s'agisse de décisions d'allocation de ressources, de décisions d'autorisation, de procédures de contractualisation ou de la conduite des restructurations de l'offre.

8) Un développement régional fondé sur les technologies de l'information

Le développement des technologies de l'information constitue un moyen puissant au service de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge. Outre la dématérialisation de la prise en charge permise par la télémédecine, les nouvelles technologies de l'information sont susceptibles d'améliorer les services rendus aux acteurs et aux usagers. Par ailleurs, l'amélioration des systèmes d'information est le gage d'une meilleure pertinence de la prise de décision.

Le développement des systèmes d'information est également un impératif pour permettre à l'ARS d'assurer un suivi de ses interventions et d'évaluer la pertinence, l'efficacité et l'efficacité de son action et du Projet régional de santé.

La séance s'est achevée avec les remerciements du Président de la Conférence.