

**Avis de la conférence régionale de santé : Les conditions de réussite des territoires de santé en Ile de France**

La Conférence régionale de santé Ile de France, consciente de l'enjeu politique et d'organisation que les territoires représentent avec l'application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et soucieuse de l'amélioration de la qualité de vie des habitants de la région, formule ce jour un avis sur les conditions de réussite des territoires de santé en Ile de France.

Elle s'appuie pour rédiger le présent avis sur un cycle de quatre conférences qu'elle a organisé de mars à décembre 2009 et portant sur le thème « Territoires et inégalités de santé ». <sup>1</sup> Elle se fonde également sur son avis en date du 21 octobre 2009 intitulé « Réduire les inégalités de santé en Ile de France ». (<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante-publique/conference-regionale-de-sante/index.html>).

La préoccupation de la Conférence a été de déterminer les conditions de réussite des territoires de santé, et non d'en tracer les limites géographiques. Ce n'est que dans quelques mois que la future Conférence régionale de santé et de l'autonomie sera amenée à donner son avis sur les projets de territoires qui lui seront présentés concrètement par l'Agence.

C'est dans cette perspective que la CRS IDF conditionne la réussite d'un territoire de santé aux éléments suivants :

1. **Porter des principes et des valeurs.** Tout projet territorial doit porter des principes et des valeurs auxquels adhèrent les personnes qui y participent. En Ile de France les territoires doivent avoir pour buts principaux de réduire les inégalités sociales de santé, diminuer la mortalité évitable, favoriser l'équité dans l'accès aux soins et aux services médico-sociaux et améliorer la qualité de vie de la population. Ces principes doivent pouvoir s'appliquer sur des territoires suffisamment circonscrits pour élaborer un diagnostic local fin et permettre la mise en œuvre de mesures correctrices.
2. **Etre connu de tous.** Toutes les personnes qui participent aux actions de santé (prévention, soin et « médico-social ») doivent savoir dans quel(s) territoire(s) elles se situent, ce qu'on attend d'elles et quels sont les moyens mis à leur disposition. L'adhésion des professionnels de santé, des associations et de la population, des financeurs et des élus autour d'un projet de santé territorial est non seulement indispensable mais ne peut avoir lieu qu'à cette condition.
3. **S'inscrire dans un environnement de responsabilités claires et partagées.** Le territoire doit s'immiscer dans le contexte des populations présentes et des dispositifs locaux existants, notamment les plus prioritaires (comme les Contrats Urbains de Cohésion Sociale). Il doit répondre à des enjeux de santé connus et déclarés et tenir compte des déterminants sociaux locaux. L'articulation avec les services des collectivités locales intervenant sur ces déterminants (habitat, urbanisme, Politique de la Ville...) est à prioriser. Il n'existe donc pas de territoire type.

---

*1 Cf annexe CR des CRS IDF 2009*

Dans le même temps, c'est au niveau d'un territoire précis que doivent être définis en matière de santé des populations les plus précaires et a fortiori pour celles qui sont sans ancrage territorial (comme les populations roms) les niveaux de responsabilité les plus adaptés et les coopérations indispensables entre l'Etat, la Région et les autres collectivités locales.

Bien plus, les populations ont rarement un seul problème de santé : santé et social sont souvent en jeu. Ainsi, le territoire doit pouvoir répondre à ce défi de l'accompagnement des personnes. Le territoire doit faire évoluer les structures existantes sans les détruire. Il prend en effet corps par des outils de travail à disposition comme les contrats locaux de santé, ateliers santé ville, réseaux, agenda 21 etc...

4. **Etre observé de manière indépendante.** Le corollaire de ce qui précède est que l'observation de la santé de la population ainsi que du système de santé doit être indépendante, régulière, partagée et publique. Cette observation doit permettre une analyse des dysfonctionnements et des bonnes pratiques<sup>2</sup>.
5. **Se placer dans la proximité.** Le niveau du territoire à privilégier doit être celui de la proximité réaliste et inscrite dans une graduation des soins. C'est le niveau du premier recours qui doit être la priorité aujourd'hui et qui doit être mieux organisé. La proximité c'est celle de la prévention, de l'éducation pour la santé dès la petite enfance, de la prise en charge de la santé mentale, des personnes âgées en perte d'autonomie et des handicapés. C'est encore celle qui permet d'articuler hôpital et premier recours (notamment avec les professionnels de santé libéraux) au sein des permanences de soins. C'est enfin celle qui permet de créer les conditions d'un niveau infra départemental d'intervention en santé et qui est à l'origine de nombreux projets (ateliers santé ville, ville santé OMS, réseaux de santé...) qui peuvent se traduire en contrats locaux de santé au plus près des besoins des populations.
6. **Etre orienté vers une population informée.** Le territoire et les actions de santé qui y sont promues doivent être visibles et compréhensibles pour la population qui doit en être très largement informée (notamment en matière de qualité et de sécurité des soins). Bien plus, la population doit être intégrée aux débats publics en santé.

Ces 6 recommandations sont soumises à des contraintes qu'il ne faut pas négliger mais qui ne sont pas insurmontables :

1. **Le temps.** La mise en place des territoires s'inscrit dans la durée, c'est un projet à 5, 10 ans. C'est sans doute le temps nécessaire pour que s'harmonisent les différents zonages de la région par les autorités publiques et parapubliques (ARS, Caisse d'Allocations Familiales, conseils généraux, MSA,...) et se mettent en place de réelles conférences de territoires, lieux de responsabilités, d'actions et de rencontres transdisciplinaires des décideurs, des financeurs et des promoteurs de projets locaux de santé.

---

<sup>2</sup> notamment sous forme de transmission à l'agence de « fiches d'événement »

**2. Les habitudes de fonctionnement.** Face à des dispositifs éclatés et fragmentés ayant peu de liens entre eux, et qui surtout segmentent les approches de soins (secteur hospitalier et médecine de ville), médico-sociales et de santé publique, même si chacun de ces dispositifs peut avoir sa pertinence pris isolément, il s'agit d'aller au delà.

Concrètement, l'organisation interne de l'ARS devra permettre de créer suffisamment de transversalité pour participer à ce décloisonnement. La Conférence régionale de santé et de l'autonomie et les conférences de territoires devront également y contribuer. Au sein des conférences de territoire devront être associés les représentants des élus, des usagers, des institutionnels et des professionnels de santé afin de confronter les observations et impasses rencontrées et d'œuvrer ainsi à créer des conditions renouvelées de « penser la santé ».

Les conférences auront à faire travailler ensemble les acteurs des territoires de pouvoir politique (région, département, commune) et professionnel (AP-HP et centres hospitaliers publics et privés), des territoires de savoirs professionnels (sociétés savantes, syndicats professionnels, universités...) et des territoires de vécu par la population (les usagers et professionnels de santé de proximité)<sup>3</sup>.

**3. La région capitale.** Il faut tenir compte de la spécificité de la région capitale, caractérisée par une occupation différenciée de l'espace entre zones urbaines, périurbaines, et rurales (desservie ou non par des lignes de RER) avec de nombreux flux entre les lieux de travail et d'habitation souvent dans des territoires différents. De surcroît, existent aux franges du territoire francilien, certaines zones d'influence (comme Beauvais, Troyes, Orléans, Chartres). Ceci nécessitera d'avoir une approche complémentaire de la géographie de la santé et de l'aménagement du territoire et de réfléchir à des territoires cohérents avec les bassins de vie.

**4. Décentralisation et déconcentration.** La CRS Ile de France, devant la difficulté de ces définitions n'a pas souhaité trancher le débat entre « déconcentration » et « décentralisation » des pouvoirs, considérant néanmoins que le système français s'apparente plus à un système déconcentré, et que cela a finalement une incidence sur les compétences accordées aux territoires et l'allocation des moyens qui en découle.

En conclusion, la démarche territoriale ne peut être que pragmatique et doit être perçue comme un moyen et non comme une fin. Les territoires doivent ainsi être déterminés à partir des réalités locales, permettre une action commune entre l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social, et favoriser le développement des actions de santé publique. Les territoires doivent tenir compte des besoins mesurés et actuels de la population : la lutte contre les déserts de santé devra être une priorité. S'il n'y a pas de territoire type, il peut y avoir des organisations territoriales plus performantes que d'autres et le territoire en tout état de cause doit permettre aux acteurs d'avoir une capacité d'agir, d'instaurer une dynamique de coopération et à la population de participer largement au débat.

### **CRS IDF- février 2010**

---

<sup>3</sup> cf *Coexistence des 22 territoires du SROS construits autour des centres hospitaliers d'une part, des schémas médico-sociaux, établis sur une base départementale d'autre part et les besoins de la population qui évoluent dans le temps et l'espace.*