



Conférence de Territoire

Contribution Seine Saint Denis au SROS Ambulatoire

Seine-Saint-Denis

Un constat : sans doute essentiellement pour des raisons de délais et d'horaire, le groupe ne comprenait que quatre médecins.

La conférence territoriale du 93 n'a pas voulu faire des propositions avec une méthodologie d'amendements au texte proposé .Cela d'autant plus que les textes successifs qui nous sont parvenus depuis un mois ont montré une évolution positive sans doute liée à des débats au niveau régional .Le texte apparaît comme globalement équilibré entre les différents partenaires qu'ils soient associatifs ou professionnels de santé salariés ou libéraux, élus ou représentatifs ...

Cependant, un certain nombre de spécificités de la Seine Saint Denis nous semblent mériter d'être citées en préambule afin d'enrichir ce document .

A /POUR CE QUI CONCERNE LES THEMATIQUES

1/Les généralistes libéraux représentent 88% des praticiens du premier recours du Département.Ils réalisent 90% des actes médicaux et sont dans leur quasi totalité adhérents du secteur I au tarif conventionnel. Si l'on ajoute les praticiens salariés des centres de santé (10% des actes), on peut considérer que 95% des actes médicaux du premier recours se font au tarif conventionnel.

Dans ce Département le problème n'est donc pas tellement l'accès au soins, mais il est essentiellement un accès au droits sociaux.La connaissance de ces derniers n'est pas suffisamment connue ou facile à exercer par la population la plus démunie ou isolée par la maladie ou le handicap.

Un élément doit cependant être pris en compte ; Il s'agit du problème de la frange de la population trop riche pour bénéficier de la CMU C et trop pauvre pour bénéficier d'une mutuelle. Il est habituel de considérer que cette part de la population représente 10 à15% de la population.

Une action spécifique devrait être proposée sur ces deux difficultés.Dans les deux cas, il s'agit de la responsabilité directe des pouvoirs publics, que ce soit pour simplifier les démarches administratives d'accès aux droits ou pour gommer l'effet de seuil. Même si la responsabilité d'information et de prise en charge peut être partagée.

2/ La méthodologie du zonage (zones déficitaires ou fragiles) nous semble incomplète, inadaptée à la définition des besoins, dans la mesure où elle n'intègre pas des éléments tels que les hôpitaux ou les cliniques par exemple.On ne perçoit pas que l'ensemble des données existantes ait été utilisé pour cette définition. Des données complémentaires auraient pu être

l'Assurance Maladie, le Conseil Général, les Conseils de l'Ordre etc...

Plus généralement, la segmentation par commune de ce zonage ne reflète pas l'hétérogénéité des situations sanitaires à l'intérieur des communes, qu'elles soient déficitaires ou pas.

La méthodologie de zonage proposée dans une combinaison de quatre indicateurs mérite donc d'être complétée et plus fine.

Pour mieux apprécier la pertinence de la définition des zones déficitaires et des zones fragiles, le groupe recommande de croiser les données avec plus de précisions :

l'offre de santé et de soins, avec non pas la densité moyenne des professionnels de santé par canton ou commune, mais avec le temps de travail effectif, le nombre d'actes pratiqués en précisant le périmètre géographique d'amplitude de ces actes.

les données concernant les hôpitaux et les cliniques

il en est de même pour les données complémentaires que pourraient fournir des partenaires tels que l'Assurance Maladie, le Conseil Général, les Conseils de l'Ordre, etc.

l'accès aux soins, avec les données de la CMU et CMUC

les besoins de santé des habitants en ne se limitant pas à l'indice de développement humain

les projections démographiques des professionnels de santé sur au moins 10 ans

les projets d'aménagement urbain : transports, habitats, bureau...

l'analyse infra communale de ces données

l'implication des acteurs locaux dans le diagnostic les concernant

3/Il y a contradiction entre la volonté exprimée de soutien aux transversalités et la baisse continue et inexorable des crédits dédiés aux réseaux. Même si la solution du tout réseau n'est à l'évidence pas pertinente, leurs difficultés financières récentes rendent la poursuite du soutien aux transversalités plus complexes surtout dans les zones déficitaires. Les coordinations ambulatoires du territoire semblent être une notion nouvelle qu'il convient de clarifier pour comprendre leur place dans le dispositif existant des réseaux.

4/La contractualisation des activités de soins préconisée est elle vraiment une solution pérenne ? Il s'agit là d'une approche essentiellement quantitative (par exemple importance de la file active sans garantie mesurable de qualité) et non pas qualitative plus difficile à mettre en place et à évaluer. Les indicateurs utilisés ne doivent donc pas renvoyer uniquement à des objectifs quantifiés mais également à des objectifs qualitatifs, dans une démarche de santé et de promotion de la santé où les usagers sont acteurs de leur santé

5/ La prévention (Une seule page sur 164) nous paraît mal exposée et les fiches actions relatives à ce sujet crucial incomplètes

Quel contenu donner notamment à la participation des professionnels aux programmes de dépistage ? L'échec aujourd'hui patent de ces programmes

en terme de mortalité ne semble pas dans le document orienter vers un changement de stratégie voire de méthodes .

B/ POUR CE QUI CONCERNE LES FICHES ACTIONS

Nous ne détaillerons pas chacune de ces fiches actions nous nous limiterons à la fiche 5/4 concernant la fluidité du parcours de soins

Les relations ville/hôpital sont rarement satisfaisantes ; Les difficultés d'accès aux plateaux techniques ou aux consultations spécialisées hospitalières sont heureusement compensées par une activité libérale qui reste riche et facile d'accès dans le 93 mais dont la démographie est inquiétante.

On ne voit pas clairement comment mettre en place des « coordinations ambulatoires » par territoires dans ce contexte :

coordinations formalisées ? Non formalisées ??

Par ailleurs la mise en place en ville de consultations hospitalières spécialisées nous semble soit inappropriées soit totalement impossibles... De même l'installation de cabinets médicaux libéraux à l'intérieur des locaux hospitaliers ne nous paraît pas une solution pertinente au désengorgement des urgences ou des consultations hospitalières .

Les fiches action liées à l'installation des médecins appellent quelques remarques :

La fiche action 1.5 (*Engager une réflexion sur l'impact de la formation des internes de médecine générale sur leur installation en ambulatoire*) devrait, pour être opérante, s'accompagner d'une réforme en profondeur des études médicales.

Les fiches action 1.6 (*Mise en place du site internet PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé)*)

1.7 (*Informier et conseiller les professionnels de santé dans leurs choix et les premières démarches d'installation en libéral : Mettre en place une permanence locale dans chaque département d'Ile-de-France*),

1.8 (*Sensibiliser les professionnels de santé à l'exercice en Ile-de-France : Organiser des « journées découvertes » interprofessionnelles dans chaque département d'Ile-de-France*),

1.9 (*Promouvoir le CESP et faciliter l'installation des médecins en zones sous denses*) et 1.10 (*Accroître significativement le nombre de lieux de stage ambulatoire proposés aux étudiants et aux internes de médecine générale*) auront d'autant plus de chance d'être (peut-être) efficaces si elles sont complémentaires et cette complémentarité devrait être soulignée. De même, les indicateurs d'évaluation de ces fiches ne rendent pas compte du caractère multifactoriel de l'installation des professionnels.

C/ D'autres éléments ont également attiré l'attention du groupe : Le bucco dentaire, le handicap, la prise en charge de patients cancéreux, le VIH...

Les contrats locaux de santé permettront peut être d'avancer sur ces dossiers si des moyens sont dégagés pour l'ensemble de ces priorités

