

RESUME : LES 12 PROPOSITIONS DE LA CONFERENCE DE TERRITOIRE DE L'ESSONNE

- ➔ *Lorsque le PSRS aura été adopté dans sa forme définitive, il faudra en faire une synthèse en quelques pages, accessible à tous, comportant uniquement les orientations stratégiques*
- ➔ *Il est indispensable de hiérarchiser et de prioriser les objectifs stratégiques*
- ➔ *Lorsque le document aura été hiérarchisé, les axes retenus comme prioritaires devront faire l'objet d'une déclinaison concrète de leur mise en œuvre*
- ➔ *Le calendrier global de la concertation (du PSRS aux schémas et aux projets de territoire) doit être déserré pour permettre une concertation réelle et éviter ainsi une concertation alibi*
- ➔ *Une étude sur les lieux de soins en fonction des lieux de domicile et de travail est nécessaire et doit prendre en compte l'avis des usagers et non pas être une photographie de l'existant*
- ➔ *Développer la fonction de coordination en appui aux médecins de premier recours, particulièrement autour de la sortie d'hospitalisation et des cas complexes ; élargir cette mission, en fonction des pathologies, à des non médecins, voire des non professionnels de santé ; expérimenter de nouveaux modes de financement*
- ➔ *Une étude sur le modèle d'organisation de la santé mentale et sa transposition possible dans les autres champs mérite d'être conduite ; elle pourrait s'avérer riche d'enseignements*
- ➔ *Prendre en compte la notion de handicap psychique, qui est un élément différent du handicap lié à la déficience mentale*
- ➔ *Sélectionner des projets innovants de parcours de soins ; proposer des modes de financement expérimentaux (« financement au parcours ») permettant d'atteindre l'objectif du décroisement*
- ➔ *Préciser la définition du territoire d'intervention ; en faire un levier de réduction des inégalités ; adapter la taille des territoires en fonction du niveau de difficultés*
- ➔ *Réfléchir aux conséquences des textes sur l'accessibilité aux soins des populations les plus fragiles*
- ➔ *Définir les rôles de chacun dans l'éducation thérapeutique et aboutir à un engagement de coordination des différents intervenants, permettant une mutualisation des moyens et l'harmonisation de l'offre pour la rendre plus lisible aux usagers et aux professionnels*

Avis de la conférence de territoire de l'Essonne sur le Projet Stratégique Régional de Santé

Lors de sa séance plénière du 19 mai 2011 la conférence de territoire de l'Essonne a émis les avis ci-dessous sur le PSRS

Remarques d'ordre général

Globalement le document est bien présenté mais les points suivants sont à souligner :

CONSTAT 1

Le volume du document (100 pages) est inadapté à une communication large auprès de l'ensemble des acteurs du monde de la santé, communication indispensable si on veut obtenir l'adhésion, facteur clef de succès évident.

PROPOSITION 1

➔ ***Lorsque le PSRS aura été adopté dans sa forme définitive, il faudra en faire une synthèse en quelques pages, accessible à tous, comportant uniquement les orientations stratégiques***

CONSTAT 2

Le caractère « catalogue » du document : toutes les mesures sont envisagées, dans tous les axes, et ne pourront à l'évidence être réalisées en totalité, ceci ne permet pas de délimiter des objectifs stratégiques clairs

PROPOSITION 2

➔ ***Il est indispensable de hiérarchiser et de prioriser les objectifs stratégiques***

CONSTAT 3

Les mesures évoquées sont souvent des mesures de bon sens, d'ordre très général, avec des intentions louables, qui ne peuvent qu'entraîner l'adhésion,

mais la façon dont elles vont être concrètement déclinées et mises en œuvre n'est pas perceptible

PROPOSITION 3

- ➔ ***Lorsque le document aura été hiérarchisé, les axes retenus comme prioritaires devront faire l'objet d'une déclinaison concrète de leur mise en œuvre***

Remarques sur la démocratie sanitaire

CONSTAT 4

La démocratie sanitaire est placée au centre du processus de concertation sur le PSRS. Or cette ambition affichée est en contradiction avec un calendrier contraint et une multiplicité de réunions auxquelles il est difficile de concilier présence et activité professionnelle. Elle ne peut s'exercer pleinement dans un tel cadre.

PROPOSITION 4

- ➔ ***Le calendrier global de la concertation (du PSRS aux schémas et aux projets de territoire) doit être déserré pour permettre une concertation réelle et éviter ainsi une concertation alibi***

Remarques sur le diagnostic de l'offre de santé

Globalement ce chapitre est bien documenté et complet. On peut noter toutefois :

Au delà de la carence en IDE qui est bien documentée, la carence d'autres professionnels de santé paramédicaux en Ile de France, tels les orthophonistes, n'est pas évoquée.

CONSTAT 5

Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont présentées en termes de densité de professionnels, rapportée à la densité géographique de la population. Cela ne tient compte que des lieux d'habitations qui peuvent différer des lieux de soins. Ceci pose deux questions :

L'accès aux soins se fait-il préférentiellement sur la zone d'activité professionnelle ou sur la zone de résidence ?

L'orientation se fait-elle en fonction d'un réel choix des usagers ? où est elle la conséquence de l'inégalité de répartition de l'offre, des horaires d'ouverture, de l'accessibilité ?

PROPOSITION 5

- ➔ ***Une étude sur les lieux de soins en fonction des lieux de domicile et de travail est nécessaire et doit prendre en compte l'avis des usagers et non pas être une photographie de l'existant***

Remarques sur les orientations stratégiques

CONSTAT 6

La coordination : le développement de la fonction de coordination est un axe essentiel et le préalable incontournable à la mise en place de parcours de soins efficaces. Cet axe n'est pas suffisamment abordé dans les orientations stratégiques. La Loi HPST confie cette mission au médecin traitant mais cela suppose de lui fournir un appui, au moins pour les parcours de santé faisant intervenir plusieurs professionnels de santé (complexes) et la coopération avec les établissements hospitaliers (problématique de la sortie d'hospitalisation). L'utilisation de structures existantes, notamment à partir des réseaux, peut mieux répondre à ce besoin

PROPOSITION 6

- ➔ ***Développer la fonction de coordination en appui aux médecins de premier recours, particulièrement autour de la sortie d'hospitalisation et des cas complexes ; élargir cette mission, en fonction des pathologies, à des non médecins, voire des non professionnels de santé ; expérimenter de nouveaux modes de financement***

CONSTAT 7

La Santé mentale : Le paragraphe sur la santé mentale est réduit à la portion congrue. Or l'organisation des soins en psychiatrie (développement des alternatives à l'hospitalisation, décloisonnement sanitaire, médico-social, social, relocalisation des lieux de soins à proximité des lieux de domicile) aboutissant à un réel parcours de soins du patient, pourrait servir de modèle de réflexion, dans le cadre de l'évolution d'un schéma traditionnel de type « soins », vers un schéma élargi de type « santé ».

PROPOSITION 7

- ➔ ***Une étude sur le modèle d'organisation de la santé mentale et sa transposition possible dans les autres champs mérite d'être conduite ; elle pourrait s'avérer riche d'enseignements***

CONSTAT 8

Le handicap psychique n'est pas pris en compte. Or à côté du handicap moteur ou sensoriel, le handicap psychique représente une problématique différente. Les associations d'usagers en santé mentale sont vigilantes sur ce point.

PROPOSITION 8

- ➔ ***Prendre en compte la notion de handicap psychique, qui est un élément différent du handicap lié à la déficience mentale***

CONSTAT 9

Le parcours de soins : La notion de parcours de soins du patient semble en effet une orientation stratégique intéressante. Toutefois les parcours de soins sont nombreux et ne peuvent être abordés de façon simultanée, compte tenu de la complexité de ce champ. Par ailleurs il semble difficile de décloisonner l'organisation du parcours de soins (sanitaire, médico social, en établissement, en ambulatoire, éducation thérapeutique) sans, dans le même temps, assurer un décloisonnement financier. En effet, dans le mode de financement actuel, totalement segmenté en silos, les partenaires du parcours de soins restent de fait en position concurrentielle les uns par rapport aux autres.

PROPOSITION 9

- ➔ ***Sélectionner des projets innovants de parcours de soins ; proposer des modes de financement expérimentaux (« financement au parcours ») permettant d'atteindre l'objectif du décloisonnement***

Par exemple un parcours de soins sur l'asthme pourrait être testé (éducation thérapeutique, prise en charge ambulatoire, réduction du recours aux urgences, interface ville hôpital, ...); d'autres thèmes pourraient être retenus en raison de leur transversalité ville – hôpital et des enjeux dans ce domaine : le parcours de santé des patients justifiant une chirurgie métabolique ou une prise en charge pour lésion des pieds diabétiques.

CONSTAT 10

La définition des Infra territoires : elle mérite d'être mieux précisée pour que la notion de territoire d'intervention puisse répondre à l'objectif de réduction des inégalités. Elle pourrait se faire au niveau de l'intercommunalité. La taille des territoires d'intervention pourrait être modulée en fonction du caractère plus ou moins défavorisé du territoire ; un territoire en zone défavorisée serait plus petit permettant de focaliser les efforts sur une telle zone (effet loupe)

PROPOSITION 10

- ➔ ***Préciser la définition du territoire d'intervention ; en faire un levier de réduction des inégalités ; adapter la taille des territoires en fonction du niveau de difficultés***

CONSTAT 11

L'accessibilité aux soins : elle doit permettre d'entrer dans le système de soins au bon moment et de ne pas retarder des prises en charge, ce qui peut se révéler néfaste et coûteux ; les textes restreignant l'accès à l'AME peuvent être un frein à cette accessibilité.

PROPOSITION 11

➔ ***Réfléchir aux conséquences des textes sur l'accessibilité aux soins des populations les plus fragiles***

CONSTAT 12

L'éducation thérapeutique : les rôles des différents intervenants n'est pas clair : que fait la ville ? que fait l'hôpital ? Les autorisations sont en cours alors que cette réflexion n'a pas eu lieu. La coordination entre les différents intervenants n'est pas à ce jour en place. Le rôle des aidants n'est pas évoqué.

PROPOSITION 12

➔ ***Définir les rôles de chacun dans l'éducation thérapeutique et aboutir à un engagement de coordination des différents intervenants, permettant une mutualisation des moyens et l'harmonisation de l'offre pour la rendre plus lisible aux usagers et aux professionnels***

Dr Marc PULIK
Président de la conférence de territoire de l'Essonne