

Contribution de la conférence de territoire de santé de Seine-Saint-Denis au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Observations et propositions

1 – La psychiatrie

Le champ de la psychiatrie n'apparaît pas en terme de population et de ses spécificités en terme post-hospitalier / soins de suite / suivi ambulatoire. Il est par ailleurs primordial de souligner l'importance de la politique de secteur. Le groupe souligne les difficultés actuelles liées au projet de loi qui comporte des risques de retour vers une politique d'enfermement en privilégiant la sécurité par rapport au soin.

Le PSRS fait référence à la santé mentale (page 29) mais la psychiatrie et la pédopsychiatrie sont absentes du projet.

2 – Le handicap

Le champ du handicap n'est pas intégré dans la trajectoire hôpital / ambulatoire / suite.

Le handicap (enfant – adolescent – adulte) est peu abordé, ou de manière générique, ne distinguant pas les multiples types de handicap.

La Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés de mortalité infantile et néonatale entraînant une interrogation sur le devenir des enfants prématurés en termes de handicap.

3 – Le lien entre sanitaire, social et médico-social

Il y a une difficulté de lien, et donc d'état des lieux, entre les pôles sanitaires, médico-social et social. Cette absence de transversalité entre les pôles participe aux difficultés d'un état des lieux cohérent et est aggravé par la mise en place de schémas (plans ou programmes) à thème spécifique (tel le PRIAC).

4 – La prise en compte de la précarité

La prise en charge des personnes en situation de précarité nécessite un accès aux soins à renforcer et une offre d'hébergement spécifique. Un recensement de ces populations précaires est nécessaire.

Cette problématique est particulièrement prégnante en Seine-Saint-Denis avec des pathologies liées à la pauvreté et à la précarité, des pathologies frappant fortement des

étrangers en situation précaire (séropositivité, tuberculose,...) et la question des troubles psychiques des personnes sans chez soi.

5 – Offre sanitaire et démographie médicale

La description de l'offre se fait essentiellement au travers de projets financés qui portent surtout sur des actions visant à modifier les comportements individuels mais qui ne comportent rien vis-à-vis des déterminants sociaux de la santé. (La démographie médicale est développée au point 16).

6 – Observations sur les huit principes d'action

1) Investir sur la prévention pour éviter les soins inutiles.

L'approche de la thématique est présentée ici de manière plutôt négative.

La prévention n'est vue que sous un angle économique (« éviter les soins inutiles ») et non comme une démarche positive : la prévention améliore l'état de santé de la population, permet de diminuer les inégalités de santé, diminue les souffrances,...

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

Les inégalités en Ile-de-France, et particulièrement en Seine-Saint-Denis, sont certes pour partie liées au système de soins mais surtout aux déterminants sociaux de la santé.

Il convient de déterminer qui sont les acteurs, dans " la mobilisation de tous les acteurs" en veillant tout particulièrement à la représentation des usagers et des habitants. On ne trouve pas par la suite dans ce plan d'objectifs stratégiques sur la réduction des inégalités.

3) La protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires.

Idée assez générale sur la notion de risques sanitaires.

La sécurisation du parcours de santé se fait en lien avec les professionnels et les usagers.

4) La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonné aux besoins.

Revoir le terme de "offre de santé" par « offre de soin ». Il y a une confusion permanente entre santé et soins dans tout le document PSRS.

La question de qui définit les besoins n'est que posée.

Il est proposé la mise en place d'indicateur dans le parcours de soins.

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

La prévention se résume dans ce chapitre au dépistage précoce, les inégalités de santé n'apparaissent plus et ne sont pas/plus mises en avant.

Il serait également préférable ici de parler de "la cohérence des parcours de soins » et non de santé.

6) L'amélioration de l'efficience et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair.

Difficulté d'accès pour les patients des libéraux à l'hôpital au niveau des admissions (disponibilité de place, de planning, de calendrier ...).

Au demeurant la prévention est noyée dans ce principe.

Tout dépend de la manière dont est calculée l'efficacité.

7) Une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé.

L'information doit également être créée par les usagers (usagers, habitants) et il est important que ces derniers soient pris en compte et formés à l'analyse de cette information.

8) La créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement.

Il y a de nouveau ici une importance de prendre en compte les besoins, la créativité et les compétences des personnes (habitants, usagers et associations).

7 – Confusion « parcours de soins » et « parcours de santé »

Tout au long du document PSRS, on constate une confusion permanente de la formulation entre « parcours de soins » et « parcours de santé ».

8 – Le développement des filières

Les parcours thérapeutiques que suivent les patients du département, sur une prescription initiale de leur médecin de proximité, sont mal expliqués et justifiés.

Il est nécessaire que soient développées des filières clairement identifiables entre établissements et réseaux.

Pour cela, au-delà de la conviction partagée des praticiens et responsables des structures, il faut disposer des investissements et du temps nécessaire et régler des questions fondamentales (secret professionnel, partenariat ville/hôpital, liberté de choix des patients dûment informés...).

9 – L'impact des conditions de vie des populations sur l'état sanitaire

L'impact des conditions de vie des populations est peu traité, même s'il est évoqué, alors que cette question tant sur le plan du logement, que de l'environnement, des conditions de travail, de scolarité et de transport est particulièrement importante dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Les déterminants sociaux influent sur l'état sanitaire des séquanais-dyonisiens et sur les inégalités de santé.

Aucun objectif stratégique ne porte sur la réduction des inégalités.

10 – Une formation des professionnels de santé et du grand public sur les comportements de vie

L'aide à apporter à la population sur les comportements de vie d'un point de vue « santé » nécessite à la fois une formation et du temps disponibles des professionnels mais aussi une formation « grand public » sur le décryptage de l'information.

Cette question de l'éducation du public à une lecture critique de sources d'informations multiples, et non vérifiées, pourrait être un objectif prioritaire d'actions d'éducation pour la santé.

11 – La pratique de l'évaluation

Toute stratégie et organisation sanitaire doit viser à l'utilité sociale et non à la recherche de la seule rentabilité économique.

Aussi les pratiques d'évaluation ne doivent pas être développées dans un souci d'autojustification voire de sanctions mais de recherche permanente d'amélioration des prestations.

12 – Le développement de la démocratie sanitaire

Toute référence au concept de démocratie sanitaire doit impliquer l'avis du patient. La participation des usagers a été développée avec les conseils de vie sociale et les CRUCQ dans les établissements et services. Elle doit encore être renforcée.

De plus, au niveau de la ville, il serait nécessaire de promouvoir des rencontres de quartier associant professionnels de santé, habitants, élus et associations au plus près des réalités de chaque territoire (démarche de santé communautaire).

13 – Contrats locaux de santé et contrats de territoire

Il faut expliciter les objectifs des « contrats de territoire » par rapport aux « contrats locaux de santé ».

14 – Respect des contractualisations des acteurs pour la modernisation du système de santé

Les professionnels de santé libéraux exercent dans le cadre d'un contrat national (convention avec l'assurance maladie) avec des principes forts comme le libre choix des malades.

Les orientations du PSRS d'Ile-de-France doivent respecter :

- la confidentialité des systèmes informatiques,
- le volontariat des partenaires,
- la liberté de choix des patients,
- le cadre conventionnel national, ce qui permet des expérimentations au niveau local si elles ne sont pas en contradiction avec ce cadre.

15 – Préservation des acquis du fonctionnement actuel

L'offre de soins de la Seine-Saint-Denis comporte des acquis importants : importance des réseaux, ... sans oublier les structures mal identifiées (cabinets de groupe ou professionnels libéraux individuels, ...) qui réalisent des actions de santé publique.

Ces acquis doivent être préservés. La diminution récente des subventions des réseaux existants est inquiétante.

16 – Prise en compte de l'ensemble des facteurs entraînant la désaffection des professionnels de santé vis-à-vis du mode d'exercice classique

Le soutien aux nouvelles formes d'exercice par les tutelles compte tenu des aspirations des jeunes professionnels est compréhensible. Pour autant, la même attention doit être portée au cabinet de groupes existants qui souvent réalisent une tâche de santé publique.

La désaffection pour l'exercice libéral n'a pas une cause mono factorielle mais de nombreuses causes. Toutes ces causes doivent être prises en compte (complexités médico-administratives, environnement familial, origine géographique et sociale des étudiants, transports, sécurité, ...).

17 – Prise en compte des populations les plus précaires

Pour un département comme la Seine-Saint-Denis, il est essentiel de traiter la question des personnes en situation de grande précarité en travaillant avec eux à la résolution de leurs problèmes. On ne peut pas détacher la question de la santé départementale de celle de l'accès aux soins des « sans-papiers ».

18 – Amélioration du système d'information pour une meilleure coordination ville et/ou hôpital.

L'amélioration des systèmes d'information facilitant la circulation du DMP est un élément clé pour une meilleure coordination ville/hôpital. Pour cela, il faut non seulement une sécurisation des circuits informatiques mais aussi le maintien de la garantie du libre choix des patients dans leur prise en charge.

Cette amélioration du système d'information doit permettre de favoriser l'éducation thérapeutique, actuellement centrée sur l'hôpital, avec des professionnels de santé, en réseau avec l'hôpital, s'assurant de l'efficacité de cette éducation dans la «vrai vie».

19 – Créer des outils d'évaluation des résultats de l'agence régionale de santé avec la participation des usagers et des professionnels de santé.

Le PSRS ne prévoit pas de mise en place d'outils d'évaluation de l'ensemble des activités et des résultats de l'agence.

Alors que des outils d'évaluation des différentes activités des professionnels de santé sont prônés, il serait paradoxal que l'activité de l'agence ne fasse pas l'objet d'une évaluation avec la participation des associations de patients et des unions professionnelles. C'est un élément important de la démocratie sanitaire.

20 – Développer la prévention.

Il faut prendre en compte le rôle majeur d'acteurs importants comme la PMI, la santé scolaire, la médecine du travail, ...

Il faudrait mettre l'accent sur l'importance d'actions portant sur les déterminants sociaux et environnementaux de santé (logement, transports, environnement, conditions de travail, éducation, ...), notamment par l'adoption d'objectifs évaluable pour le rôle de coordination annoncé de l'ARS comme chef d'orchestre.

En conclusion, on peut dire qu'il existe un accord général sur les ambitions du projet mais il demeure des inquiétudes quant aux moyens disponibles, les priorités retenues et au faible rôle donné aux déterminants sociaux.

Bobigny, Le 20 mai 2011