



## Elaboration du Projet de Santé Réunion – Mayotte

2<sup>e</sup> vague de groupes de travail – Schéma Régional de Santé

16 Mai 2017

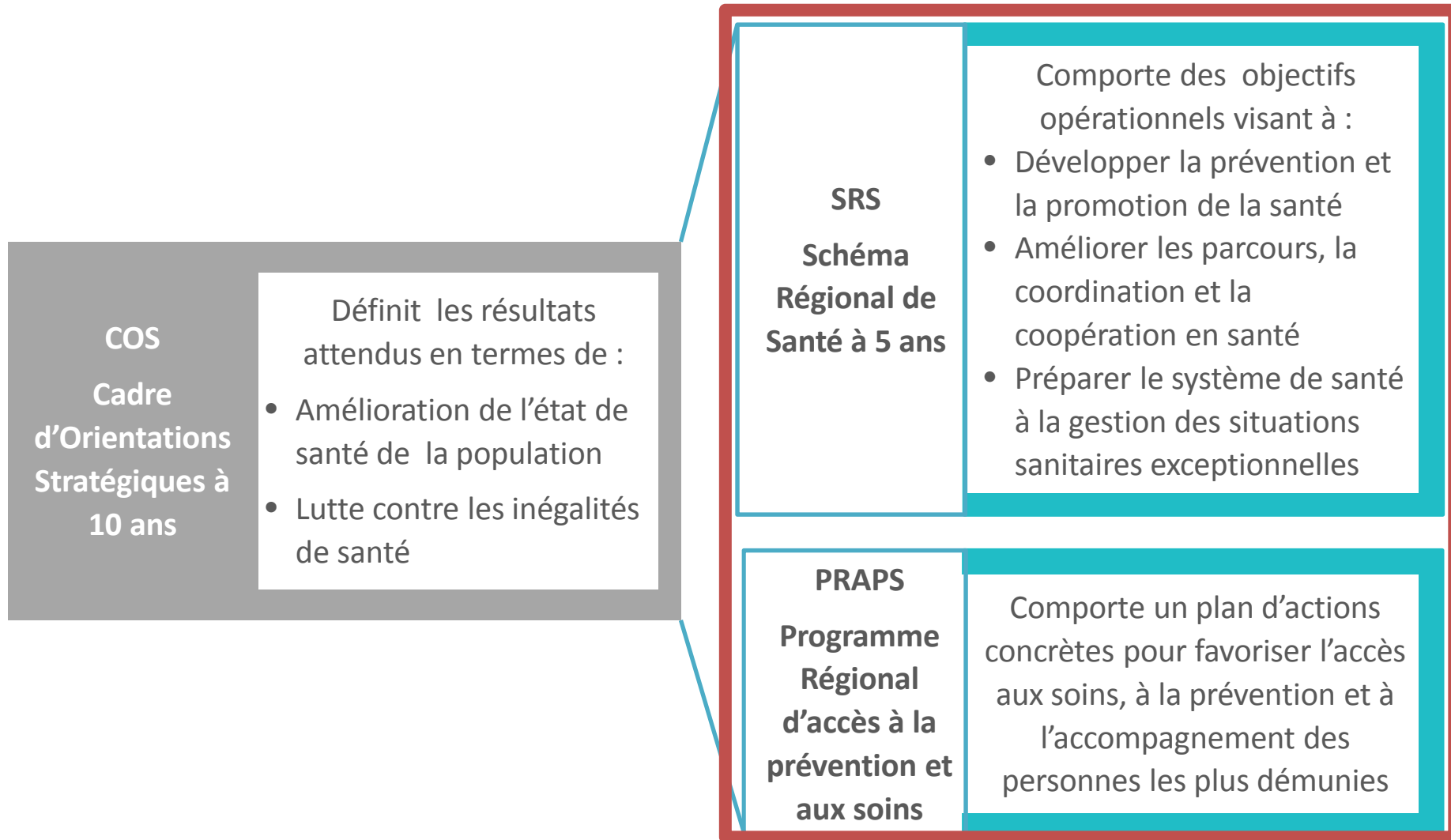
### Organisation des soins primaires à Mayotte

Les éléments repris dans cette présentation sont issus d'un atelier ouvert à l'ensemble des acteurs intéressés; ils ne constituent pas un engagement d'inscription par l'ARS Océan Indien au futur PRS.

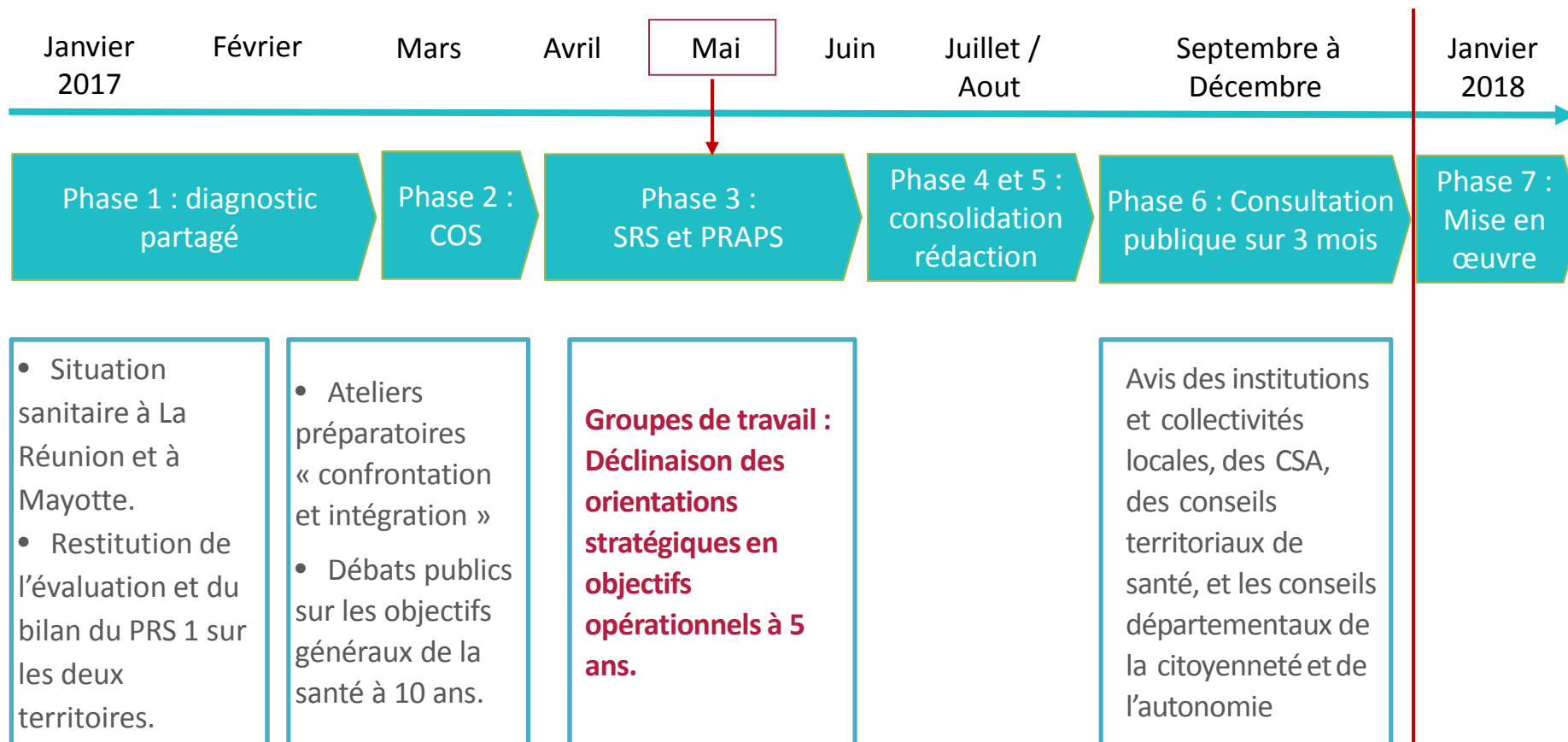


# Introduction

# La loi définit trois volets constitutifs du futur Projet de Santé 2018 - 2027



# L'élaboration du Projet de Santé se déroule en 6 phases pour être adopté au 1<sup>er</sup> janvier 2018



# Le Projet de Santé « nouvelle génération » a vocation à être partagé, opérationnel et évolutif

Les trois principes d'élaboration sont :



Un projet de santé commun à La Réunion et à Mayotte mais qui tient compte des spécificités de chaque île à travers des objectifs propres à chaque territoire

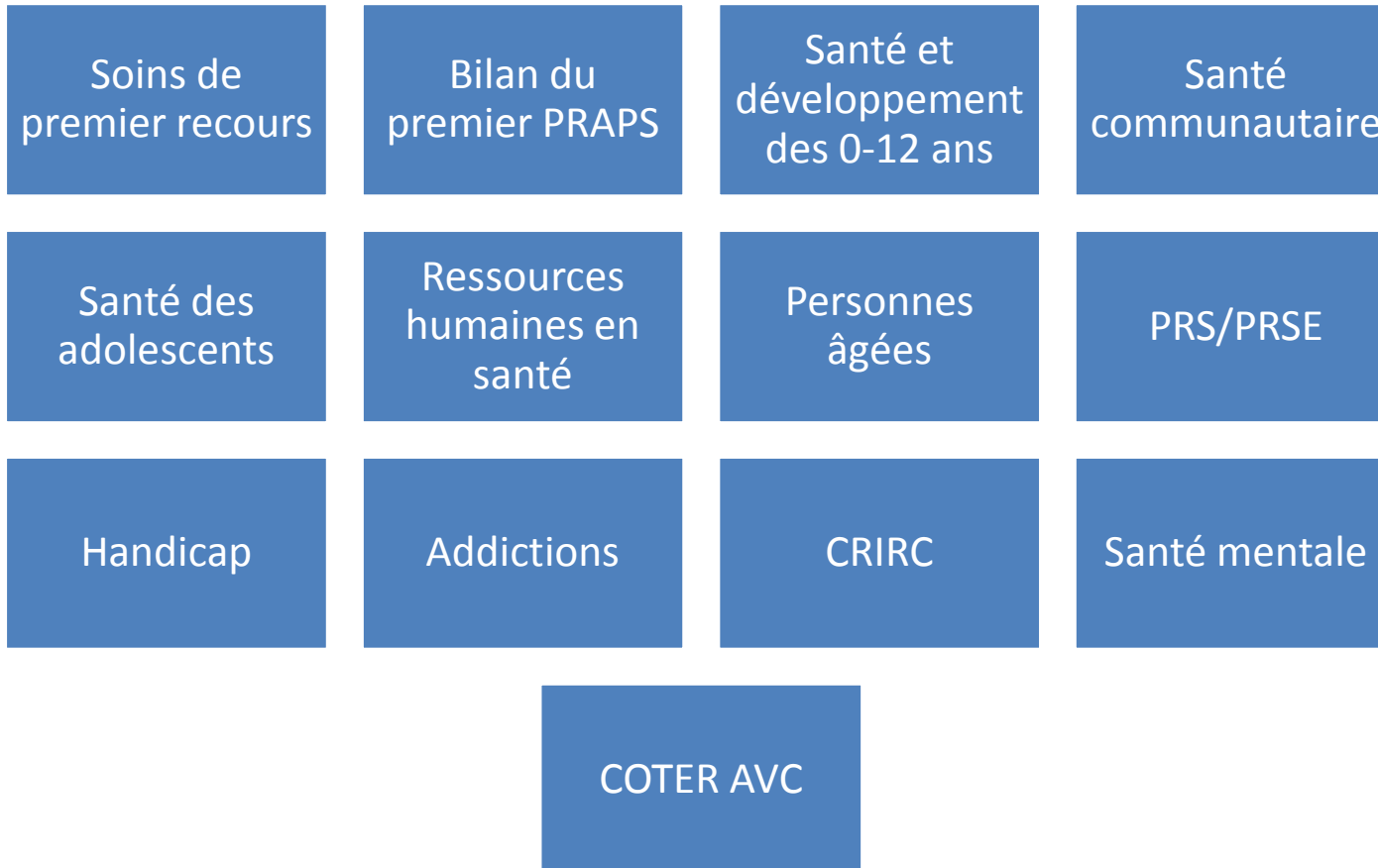


Un projet de santé **opérationnel** qui **priorise** les actions, et qui a vocation à être un outil de référence pour les acteurs de santé



Un projet de santé **évolutif** ayant vocation à s'adapter à une réalité et à des besoins en mouvement

# Les thématiques de la 2<sup>ème</sup> vague d'ateliers SRS pour Mayotte



# Les objectifs de cet atelier de travail

---

- ✓ Faire la synthèse du premier atelier de travail
- ✓ Consolider les résultats du précédent groupe de travail : prioriser entre les propositions et identifier les projets structurant existants ou à développer
- ✓ Approfondir la réflexion sur certains sujets identifiés lors du premier atelier

# Organisation des soins primaires

Éléments de diagnostic et enjeux



# Les soins primaires : cadre réglementaire

**Définition des soins primaires par l'OMS (1978) :** « *des soins de santé **essentiels universellement accessibles à tous les individus** et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un cout abordable pour la communauté du pays* »

**American Institute of Médecine (1996) :** « *les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de **satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé**, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté* ».

En France, une définition des soins de premiers recours a été actée en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires : « *Les soins de premier recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et un accent mis sur l'éducation pour la santé* »

## **3 missions principales :**

1. Porte d'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement
2. Suivi des patients et coordination de leurs parcours (y compris dans le secteur médico-social)
3. Relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation de la santé

Les acteurs des soins de premier recours sont, par exemple, les médecins généralistes, certains médecins spécialistes d'accès direct (gynécologues, pédiatres, ophtalmologistes), les dentistes, les biologistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les psychologues, les orthophonistes, les orthoptistes, les opticiens, les audioprothésistes, les diététiciens, les aides-soignants travaillant dans les services à domicile, les travailleurs sociaux, les auxiliaires de vie travaillant à domicile, les ambulanciers...

# Organisation des soins primaires

## Offre de soins de proximité

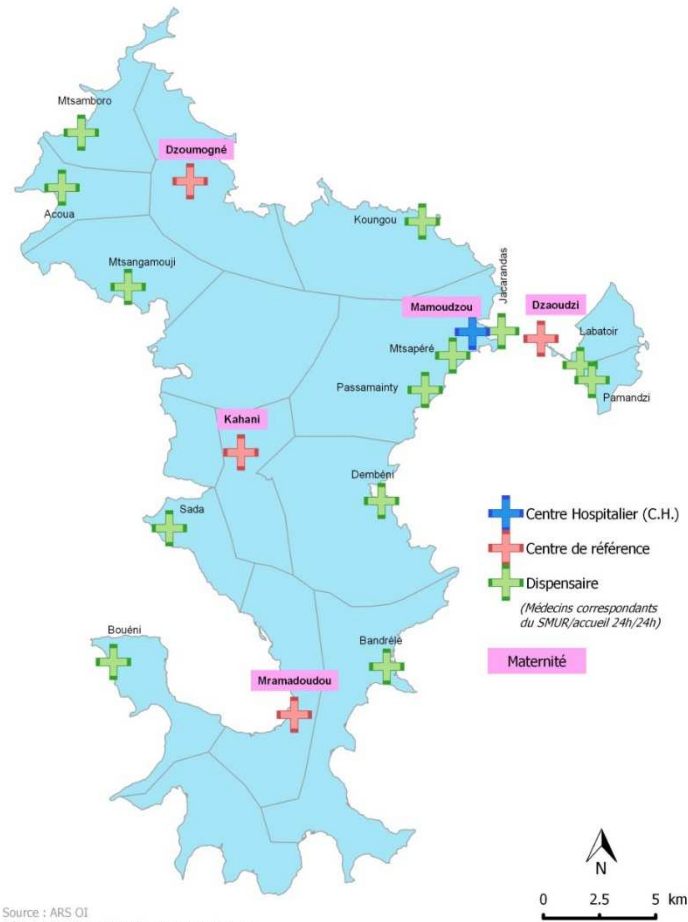
### Diagnostic de la situation sanitaire – offre publique

- Le CHM est le principal offreur de soins. Il prend également en charge les soins de ville au travers des centres de référence et centres de consultation.
- Cette organisation permet de répondre à la demande de soins des nombreuses personnes non affiliées à l'assurance maladie.
- Il existe à Mayotte 4 centres de référence et 13 centres de consultation faisant office d'offre de premier recours. Des activités de planification familiale y sont également développées.
- L'offre de soins publique comprend également l'activité de la PMI qui suit environ 70% des grossesses et la majorité des enfants de 0-6 ans (vaccination, suivi,...), mais dont le fonctionnement présente des limites.
- Il n'existe pas d'HAD à Mayotte et le secteur de SSR est en cours de création.

# Organisation des soins primaires

## Offre de soins de proximité

Les établissements sanitaires à Mayotte au 1er janvier 2016



# Organisation des soins primaires

## Médecine libérale

### Diagnostic de la situation sanitaire – offre libérale

- Une offre libérale qui reste faible et très inférieure aux densités de la métropole.
- Un ticket modérateur souvent à la charge des affiliés sociaux (pas d'application de la CMU-C) pour les soins de ville
- Des non-affiliés sociaux qui n'ont que peu accès aux soins de ville (absence d'aide médicale d'Etat)
- La Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) du Lagon et des projets en cours (MSP, Centre de l'ouïe et la vision)
- 18 officines présentes à Mayotte

# Organisation des soins primaires

## Médecine libérale

Densité totale et densité des libéraux des différentes professions de santé à Mayotte et en France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (pour 100 000 habitants).

Professions de santé	Densité totale Mayotte	Densité des libéraux Mayotte	Densité totale métropole	Densité des libéraux métropole
Médecins généralistes	61	9	143	92
Médecins spécialistes	45	4	176	nd
Chirurgiens-dentistes	7	7,5	63	53
Sages-femmes	328	30	143	24
Pharmaciens	30	9	113	47
Infirmiers	378	79	967	139
Masseur-kinésithérapeutes	36	32	123	nd
Psychologues	18	2	88	nd

# Organisation des soins primaires

## Prévention

### Diagnostic de la situation sanitaire

- Une **évolution des modes de consommation des mahorais**, avec des comportements alimentaires préjudiciables à la santé
- Une **prévalence de maladies infectieuses** et vectorielles, et l'apparition de **maladies chroniques**
- Des **associations œuvrant sur le champ de la prévention** : santé bucco-dentaire, activité physique et alimentation saine, santé sexuelle. Trois **réseaux** actifs sur l'île (périnatalité, diabète, cancers)
- **Trois Contrats Locaux de Santé** à Mamoudzou, Pamandzi et M'Tsamboro, visant à mettre en place des projets territoriaux liés à la prévention, et des Contrats de ville prévus pour 17 communes.

# Organisation des soins primaires

Compte-rendu du précédent groupe de travail

# Organisation des soins primaires

## Quelle offre de soins et de prévention en proximité à 5 ans ?

- Quelle gradation du soin (articulation 1er recours/2nd recours) ?
- Quelle offre de prévention en proximité ? (dépistage précoce, repérage pour les maladies chroniques, éducation thérapeutique)
- Quel développement pour la médecine libérale ?

## Constats partagés

### Structuration de l'offre de soins de proximité

- Une soixantaine de cabinets d'infirmiers libéraux qui couvrent l'ensemble du territoire (entre 2000 et 4000 personnes concernées) – cf. CSSM
- L'insuffisance de l'offre de médecine libérale est due essentiellement à un problème d'attractivité de l'île.
- Quels sont les chiffres de la population ? Estimation de l'INSEE 2012 : 240 000 habitants. Le chiffre impacte les ratios de PS dans le secteur public : adéquation nombre de généralistes/nombre d'habitants. A noter la réalisation d'un nouveau recensement général de population par l'INSEE en 2017
- **La densité de médecins généralistes est extrêmement basse** pour répondre aux besoins, notamment en termes de prévention primaire.
- Augmentation considérable de la natalité : de 7 000 à 9 500 naissances entre 2014 et 2017 (situation qui accentue le déficit de réponse de la PMI, avec notamment 5 postes médicaux pourvus pour 12 postes budgétés)
- Centres de consultations : 45 postes de médecins généralistes (effectif stable depuis plusieurs années) => offre insuffisante, refus de prise en charge, zones éloignées, centres sans médecins, zones blanches (Kani-Kéli, Bandréle ouvert 1 jour par semaine, etc.)
- Choix de concentrer les visites médicales et la délivrance des médicaments sur certains centres : tendance à la concentration des demandes sur les mêmes centres de consultation.



# Organisation des soins primaires

## Quelle offre de soins et de prévention en proximité à 5 ans ?

- Quelle gradation du soin (articulation 1er recours/2nd recours) ?
- Quelle offre de prévention en proximité ? (dépistage précoce, repérage pour les maladies chroniques, éducation thérapeutique)
- Quel développement pour la médecine libérale ?

Constats partagés	Leviers d'actions identifiés
<p><u>Structuration de l'offre de soins de proximité</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hôpitaux encombrés car ne se dégagent pas sur de la médecine de ville. Les soins de ville sont comblés par les infirmiers libéraux.</li><li>• Plateau technique centralisé à Mamoudzou. Les transports sont coûteux.</li><li>• La zone de Koungou est déficitaire du point de vue de la densité de population et notamment de la densité des enfants. Vétusté du dispensaire : projet d'adossement du dispensaire à la PMI sur Koungou et projets de construction d'une PMI sur Mamoudzou (étude de couverture des besoins par zones de population).</li><li>• Missions PMI : vaccination, suivi grossesses, contraception et planification familiale, etc. La distinction PMI/Centres Consultations recouvre celle des missions de l'offre de soins hospitalières et de ambulatoire d'une part et de la collectivité départementale d'autre part. Le projet de santé de la MSP pourrait prévoir un axe de partenariat avec la PMI.</li><li>• Les médecins généralistes demandent des zones franches défiscalisées, sans que ceci constitue le seul et principal levier de l'attractivité à Mayotte. Le secteur public serait plus attractif du point de vue des salaires. Profil du recrutement de médecins pérennes : souhait d'indépendance, médecins à la carrière avancée, etc.</li><li>• Stages de médecine générale en libéral peu développés =&gt; faire connaître l'exercice médical.</li><li>• La coordination via les MSP crée de la visibilité. Mais l'enjeu est la sécurité dans les cabinets privés.</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Renforcement du maillage territorial de l'offre de premier recours (étude de couverture des besoins par zones de population).</li><li>2. Renforcement des centres de consultations en termes de ressources humaines et réaffirmation de la place du CHM dans l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours</li><li>3. Renforcement de la politique d'accueil des internes en médecine libérale et promotion de l'offre de stages</li></ol>

# Organisation des soins primaires

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<p><u>Structuration de l'offre de soins de proximité</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La profession libérale a vocation à travailler dans les cabinets et dans les domiciles mais a besoin d'interlocuteurs de référence à l'hôpital.</li><li>• Enjeu d'éducation à la santé : les personnes ne savent pas où s'adresser, glissements de tâches au niveau des infirmiers libéraux (exemple : évaluations cliniques)</li><li>• Le carnet de santé est approprié par le secteur libéral mais manque de partage de données public/libéral.</li><li>• Le service social de l'hôpital est saturé par les problématiques d'ouverture et de régularisation des droits à la protection sociale.</li><li>• Déficit de spécialistes et absence de diagnostic et d'offre pour les troubles cognitifs : les familles se chargent de l'accompagnement – enjeu de l'articulation avec le médico-social. Absence de consultations mémoires pour les personnes âgées.</li><li>• Absence d'équipes mobiles sur Mayotte et absence de visites à domiciles, à l'exception des infirmiers libéraux</li><li>• La télémédecine est nécessaire à Mayotte. Emergence de la télémédecine sur les domaines cardio, AVC. Projet de cabine de consultation de médecine à distance (MGEN).</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Amélioration du lien ambulatoire/hôpital notamment pour préparer les sorties d'hospitalisation</li><li>2. Développement des interventions à domicile, des équipes mobiles sur Mayotte et des VAD par les dispensaires et les PMI.</li><li>3. Développement des pratiques avancées, accompagnement et développement des compétences par la formation et montée en compétence es associations locales (troubles cognitifs, maladies chroniques)</li><li>4. Accélération et renforcement de la télémédecine</li></ol>

# Organisation des soins primaires

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<p><u>Attractivité des professionnels de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il y a des réticences de la part des PSL à se mobiliser dans les MSP : peur des contraintes et de l'administratif. Méconnaissance de ce que peut apporter une MSP : financements, moyens administratifs</li><li>• Il existe déjà des coopérations médecins/paramédicaux mais non formalisées donc non financées.</li><li>• Les libéraux et la PMI perdent de la compétitivité en recrutement par rapport à l'hôpital (salaires, conditions, avantages, etc.)</li><li>• Le manque d'attractivité est surtout lié aux questions de sécurité et éducation. L'attractivité doit être portée au niveau politique. L'attractivité doit également être vue du point de vue du développement de l'offre.</li><li>• Projets de MSP universitaires</li><li>• Absence de temps dédiés à la coordination et au montage de projets chez les libéraux.</li><li>• MSP, Equipes de soins primaires, Maisons médicales, Centres de santé, la CPTS qui serait la méta-organisation (réflexion territoriale de la coordination). La CPTS permet une approche en termes de communautés de pratiques professionnelles territorialisées. La CPTS intègre dans un même ensemble des organisations contraintes (CH) et plus informelles (PSL).</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Structuration d'espaces de coordination autour de la prise en charge des patients (notamment dans le cadre de la CPTS et de la PTA) pour générer des synergies des échanges de pratiques et éventuellement un projet commun pour Mayotte</li><li>2. Définition du rôle des dispensaires dans la coordination des soins</li><li>3. Amorce d'une démarche de communication autour de l'attractivité des professionnels de santé à Mayotte</li></ol>

# Organisation des soins primaires

Quelle organisation/coordination de l'offre de soins de 1er recours ?

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<p>Renforcement des équipements du 1<sup>er</sup> recours</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Besoins : Lieux de proximité, un prélèvement sanguin est facturé 7,50 € (temps de facturation : 15 minutes de charge administrative par facture). Le tube de prélèvement est acheminé dans un centre de référence. Les délais de rdv sont longs (scanners, échographie, etc.).</li><li>• Enjeu à avoir une imagerie proche dans les dispensaires. Echographes partagés entre les sages-femmes.</li><li>• La PMI a le projet de développer le parc des échographes pour les SF,</li><li>• Mais quid de la prise en charge suite aux dépistages ?</li><li>• La disposition par les assurés sociaux de la cartes vitales est de l'ordre de 3 sur 8 à Mayotte</li><li>• Enjeu d'informatisation des centres de consultation</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Amélioration de l'attractivité à travers le développement de l'offre et l'innovation</li><li>2. Renforcement des équipements et l'offre de proximité sur certaines spécialités à Mayotte (radiologie, laboratoires, informatisation des centres de PMI et des centres de consultation)</li></ol>

# Organisation des soins primaires

Orientations de l'atelier

# Organisation des soins primaires

## Approfondissements techniques

Enjeux identifiés	Constats	Evolutions à 5 ans
<p>Quelles modalités de renforcement de l'offre existante : centres de consultations, offre libérale, exercices coordonnés, HAD, équipes mobiles ?</p> <p>Quelle structuration de l'offre de 1<sup>er</sup> recours ? Quelle coordination de l'offre sur le territoire (CPTS, PTA) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion en cours autour de la Permanence des soins ambulatoires</li> <li>• Problématique autour de la dispensation des médicaments</li> <li>• Difficultés pour les PS à obtenir les informations sur l'offre de santé au niveau des territoires, notamment sur la planification familiale.</li> <li>• Permettre l'accès à une consultation de 1<sup>er</sup> recours sur la santé sexuelle et reproductive dans tous les centres de consultation ?</li> <li>• Pour les affiliés, l'accès aux soins est très limité.</li> <li>• Le travail de rapprochement et de coordination PMI/Dispensaires facilite les orientations : enjeu à résoudre au niveau de l'accueil pour pouvoir mieux coordonner les actions, synergie Hôpital/PMI permettra d'améliorer les coordinations de terrain</li> <li>• 5 médecins au niveau de l'ensemble de la PMI donc difficulté à avoir une fonction de coordonnateur.</li> <li>• La CPTS permettrait une coordination unique pour l'ensemble des acteurs sur l'ensemble du territoire ou par secteur.</li> <li>• Anticiper le départ des généralistes pour transmettre les données.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer des projets territoriaux (dans le cadre de CPTS) par secteur réunissant l'ensemble des acteurs (CHM, PMI, secteur médico-social, secteur libéral, etc.) : organisation d'une collecte de données par secteur sur l'offre et les besoins, analyse des rapports d'activités des centres de consultation, analyse des modalités d'activités au niveau du libéral, élaboration d'une cartographie de l'offre de santé sur Mayotte à destination de l'ensemble des professionnels, positionnement de référents-coordonnateurs au niveau du CHM, pour réactualiser la cartographie et piloter les projets.</li> </ol>