



## Contribution des 10 URPS Hauts-de-France :

- Chirurgiens-Dentistes,
- Infirmiers,
- Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs,
- Médecins,
- Orthophonistes,
- Orthoptistes,
- Pédicures-Podologues,
- Pharmaciens,
- Biologistes,
- Sages-Femmes.

Relative au Programme Régional de Santé 2 (PRS2) Hauts-de-France

23/11/2017

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs au PRS2 (Programme Régional de Santé), 1<sup>er</sup> PRS à dimension Hauts-de-France, les 10 URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) Hauts-de-France, à savoir les URPS Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédiatres-Podologues, Pharmaciens, Biologistes et Sages-Femmes, souhaitent apporter leur contribution au débat et faire part de leurs points de vigilance.

Cette contribution n'est pas limitative et chaque URPS pourra être amenée à faire des contributions propres aux enjeux de sa profession.

### **Sur la méthode d'élaboration du PRS 2 et la concertation avec les acteurs**

- Si nous reconnaissons l'exercice de style de n'avoir fait que 2 réunions par chantier ayant malgré tout permis une programmation, nous regrettons que certains chantiers n'aient pas pu se réunir davantage ou dans des conditions ne favorisant pas la participation des professionnels de santé libéraux (association tardive au groupe de travail, réunions fixées en pleine journée, plusieurs réunions de chantiers intéressant les libéraux en même temps pour des URPS aux ressources limitées etc.).

Les URPS ont malgré tout montré leur bonne volonté en tentant de se rendre aussi disponibles et proactives que possible.

- Nous tenons également à saluer les points d'étape réalisés par la Directrice Générale de l'ARS, Mme Ricomes, et son équipe, qui nous ont permis de nous sentir reconnus.
- Nous regrettons cependant que des actions n'aient pas été retenues car non évaluables (en l'état), faute d'indicateurs immédiats disponibles, quand la nécessité de ces actions était partagée par les participants, notamment dans les chantiers relatifs à l'axe « Promouvoir un environnement favorable à la santé et favoriser des bons comportements dès le plus jeune âge ». Si la nécessité de l'évaluation est indéniable, peut-être eut-il été préférable de valider les actions envisagées et de prévoir de réfléchir à la construction de leur évaluation, que de les éliminer alors qu'elles semblaient pertinentes. Les indicateurs d'évaluation ne devraient pas présider au choix de la pertinence d'une action à conduire.

### **Sur le PRS 2 en cours de consultation**

- De manière générale, nous avons eu l'impression que les professionnels de santé libéraux, sont sous-entendus mais pas inclus comme dans les chantiers « soins palliatifs », « cancers » ou encore « transfrontalier ».

Si, pour l'ARS, leur association est implicite, nous préfererions qu'il en soit fait mention explicitement afin de respecter l'activité réalisée par les professionnels de santé libéraux (chimiothérapie à domicile également réalisée par les infirmiers libéraux, éducation thérapeutique post-cancers en libéral à ne pas réserver qu'aux établissements, implication des orthophonistes dans les troubles du langage, des apprentissages ou encore à la sortie d'hospitalisation post-AVC, etc.), parfois supérieure à l'activité réalisée par les autres acteurs mentionnés (les infirmiers libéraux ne sont pas cités dans « améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires » du chantier « vieillissement » alors qu'ils réalisent 75% de soins liés à la dépendance, etc.).

Les professionnels de premier recours et soins en ville ont ainsi été « omis » des acteurs concernés (des objectifs 2 et 4 du chantier « obésité-diabète », de l'objectif 4 du chantier « promouvoir la santé des comportements favorables à la santé », de l'objectif 3 du

chantier « handicaps », objectifs 2 et 5 du chantier « santé mentale » etc.) et globalement en tant qu'acteurs du champ de la prévention.

La révision des chantiers de manière à inclure l'ensemble des professionnels de santé libéraux concernés permettrait d'éviter tout malentendu et de permettre une reconnaissance de toutes les professions libérales de santé dont certaines peuvent être méconnues ou « oubliées » (les orthophonistes généralement oubliés dans les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, mais aussi les prescripteurs dans l'objectif 5 relatif à la Maladie Rénale Chronique, les biologistes dans l'objectif 1 relatif aux inégalités d'accès du chantier « cancer », les infirmiers libéraux dans l'objectif 2 visant à structurer les parcours de santé des femmes en les adaptant aux facteurs de risque pouvant avoir un impact négatif sur la femme autour de la naissance ou de son enfant, etc.). Cette remarque permet ainsi de manifester le souhait de ces professions de prendre une part active dans l'effection de ce PRS2, sous réserve d'y trouver une reconnaissance de leur rôle dans le paysage de santé régional.

- Bon nombre de chantiers abordent la nécessaire coordination entre les acteurs du champs sanitaire et, plus largement, du champs social et médico-social. Il convient de rappeler la place de coordination du médecin traitant et, plus généralement, de l'ensemble des professionnels de santé libéraux qui pourraient être valorisés/renforcés dans ces missions de coordination, quand l'approche choisie est souvent une coordination « institutionnalisée » dans laquelle se retrouvent peu les professionnels de santé libéraux.
- Il semble également y avoir une incompréhension quant à la problématique des formations des professionnels de santé libéraux qui a été quasi-systématiquement rebasculée sur un financement DPC (Développement Professionnel Continu). Or, nous tenons à insister sur le fait que, non seulement les moyens dévolus à ce DPC au vu de ses nouvelles règles (1 DPC obligatoire par professionnel tous les 3 ans par exemple) sont clairement insuffisants compte tenu des enjeux régionaux mentionnés. De plus, les actions envisagées relèvent davantage de l'ordre de la sensibilisation à des problèmes de santé publique et à la création de réseaux informels que de formations à proprement parler. Il serait dommageable que, pour des questions de sémantique, il soit impossible de mettre en place cette typologie d'action reconnue nécessaire dans de nombreux chantiers et concernant de nombreux acteurs.
- Nous souhaiterions également pouvoir conduire des dynamiques novatrices et ne pas se limiter à des déclinaisons de plans nationaux (soins palliatifs, cancers, insuffisance rénale chronique notamment). En l'état, ces chantiers nous semblent peu exigeants et nous regrettons de ne pas être entendus sur notre souhait de pouvoir développer des actions complémentaires œuvrant dans le sens de ces programmes. Il pourrait tout-à-fait être envisagé de développer des alternatives de proximité dans le suivi des maladies rénales chroniques, et ce, dès le repérage, en amplifiant des dynamiques déjà soutenues en région mais non mentionnées.

Cette position nous semble d'autant plus surprenante que d'autres chantiers se sont soustraits de certaines recommandations HAS comme l'objectif 2 du chantier « mère-enfant » qui précise que « l'amélioration de l'orientation passe par la mise en place, **au sein des établissements de santé**, de consultation d'orientation, basées sur un cadre régional » quand les recommandations HAS invitent également les professionnels de santé libéraux à la réaliser.

- Enfin, certains chantiers spécifiques ont insuffisamment associé les URPS qui seraient pourtant des contributeurs actifs de solutions :
  - « Diversification de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale (chirurgie et médecine ambulatoire et HAD) » :  
Si nous avons pu être entendus lors de ce chantier, cela n'est pas le cas dans bon nombre de chantiers qui abordent l'HAD comme une solution unique des problématiques souvent plus complexes. Les URPS souhaitent rappeler que, si l'HAD est un dispositif qui a toute sa place, dans le respect des compétences des autres professionnels de santé libéraux et de son cahier des charges (respect du libre choix du patient et son consentement écrit, accord du médecin traitant, respect des critères d'inclusion, conditions particulières du domicile, etc.), elles seront extrêmement vigilantes à ce que chacun reste dans son champ de compétences. S'il existe une nécessité de travailler avec les professionnels de santé libéraux en direct, notamment les patients chroniques, l'HAD n'a pas à réaliser une activité d'ETP par exemple. Pour améliorer cette coordination et lever toutes réticences, il pourrait être utile d'inscrire un objectif visant une concertation obligatoire avec les professionnels de santé libéraux avant et au cours de toute prise en charge HAD.
  - « Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues » :  
Les professionnels de santé libéraux n'ont pas été associés alors qu'il y aurait des sujets (téléconsultation, sorties de prison, gestion des patients sous bracelet électronique etc.) et une réelle volonté de développer des articulations. Nous ne pouvons que regretter cet état de fait.
  - « Transfrontalier » :  
Il a été particulièrement porté peu d'attention aux remarques formulées lors de ce groupe qui se limite à travailler sur la dimension hospitalière des données quand les libéraux sont également concernés par certaines thématiques (publicité d'offre de soins en Belgique précisant que l'accord du médecin traitant n'est pas nécessaire etc.). Pourtant les objectifs mentionnés pourraient concerner les libéraux mais aucune donnée de « fuite » ou d'accueil de patients hors hôpital n'a pu être fournie quand la problématique est réelle.
  - « Se préparer à la gestion des situations exceptionnelles (interface ORSAN) » :  
Nous rappelons la nécessité de s'assurer que les libéraux soient associés aux schémas d'intervention proposés pour être adaptés au monde libéral. Or, nous regrettons l'absence de retour suite à la réunion réalisée et ce, malgré nos relances.
  - Nous déplorons que les chantiers relatifs à l'axe « Renforcer les synergies territoriales et fonctionnement en réseau (PTA, GHT, Projets de Territoires, ...) » comprenant « Communauté de professionnels, PTA, réseaux », « GHT », « Projets de contrats de territoires (dont psychiatrie) et « Politique de la ville et CLS » n'aient donné lieu qu'à une concertation limitée alors que les problématiques mentionnées sont des enjeux majeurs pour les années à venir où l'articulation avec les professionnels de santé libéraux sera essentielle. Il est toujours étonnant de constater que le virage ambulatoire peut être réfléchi sans concertation avec les principaux professionnels de santé concernés, les libéraux...
  - « promouvoir des comportements favorables à la santé » :  
Les professionnels de santé libéraux ne sont pas cités dans les acteurs concernés par cet objectif, y compris dans la télémédecine et la e-santé qui sont identifiées comme des leviers.

- « lutter contre la désertification des professionnels de santé » :  
Il nous semble important de conduire une réflexion plus large sur la pertinence des indicateurs de répartition des professionnels de santé afin de dépasser la seule comparaison des moyennes inter-territoires et définir un seuil pour lequel la couverture de santé serait considérée comme assurée.  
De plus, nous regrettons que seul le « guichet unique » soit mentionné dans les « services de proximité offerts aux professionnels de santé au travers de guichets territoriaux d'aide à l'installation », quand nous plaitions pour une évaluation régionale approfondie et une concertation avant de valider ce dispositif et qu'aucun autre type de service n'a été mentionné. Les URPS sont tout-à-fait disposées à conduire une réflexion complémentaire sur ce sujet.  
Enfin, « l'accompagnement des transferts de compétences entre professionnels de santé » **uniquement via** « la mise en place de protocoles de coopérations », n'est pas une solution plébiscitée par les URPS, nous nous étonnons de la voir mentionnée en l'état, tout comme « le déploiement de consultations avancées de 1er et 2nd recours en cabinet de ville, par des professionnels de santé libéraux et des praticiens hospitaliers, est valorisé ». Il nous semble essentiel que ces deux points fassent l'objet de concertations spécifiques au vu des enjeux majeurs associés.
- De manière plus anecdotique mais néanmoins symbolique, certaines formulations mériteraient d'être modifiées comme « les professionnels de santé se sentent démunis face aux différentes situations de handicaps et au manque d'informations relatives aux dispositifs de prise en charge existante » figurant dans les problématiques prioritaires du chantier « handicaps ». Si la situation est évidemment perfectible, des prises en charge existent déjà et se font malgré tout dans de bonnes conditions. Il en est de même pour « une démographie des professionnels de santé et sociaux inéquitable, une insuffisance d'effectifs et turn-over important en établissements et services, manque de libéraux ; désertification de certains territoires et/ou profession, **avec des visites à domicile des médecins traitants et des kinésithérapeutes trop rares** » alors que cela correspond à une volonté politique et que ces visites sont insuffisamment valorisées.  
De la même manière certains états des lieux régionaux ne mentionnent pas des actions conduites par les URPS et contribuant à une meilleure offre de soins (dépistage de l'insuffisance rénale chronique, repérage de la crise suicidaire de l'adolescent et du jeune adulte, de la dépression chez la personne âgée etc.) quand d'autres opérateurs sont mentionnés sur ces mêmes thématiques.

## Sur les suites du PRS 2

- Les URPS souhaitent partager leurs craintes quant au fait de voir des moyens alloués pour faire monter en charge les compétences des seuls professionnels de santé en structures d'exercice coordonnées, notamment sur les questions de prévention et de promotion de la santé, quand nous plaitions pour que cette montée en compétence se fasse également hors maisons et pôles de santé pluridisciplinaires pour ne pas exclure ces professionnels de santé, des campagnes et dispositifs de culture de prévention.  
Il en est de même, par exemple, du chantier « Systèmes d'Information / télésanté » dont l'attendu de l'objectif 1 est « l'utilisation du numérique de manière sécurisée pour le partage d'informations pour les établissements sanitaires, les GHT **et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) sous financements ARS** ». Qu'en est-il des professionnels

de santé libéraux hors MSP qui doivent également être soutenus dans leurs échanges et partages d'informations sécurisés ?

Il y aurait alors un risque de créer des inégalités entre les structures d'exercice coordonnées et les autres, ce qui pourrait être une perte de chance, à terme, pour les patients.

S'il est tout-à-fait légitime de travailler avec ces structures et leur représentation, les URPS souhaitent rappeler qu'elles représentent l'ensemble des professionnels de santé libéraux et que figurent bien dans leur mission la contribution « à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4 ».

- De plus, s'il a été constaté un « retard » important des anciens territoires picards en termes de couverture et d'équipements, voire d'actions globales, l'annonce récurrente de la non visibilité des moyens et de l'impossibilité de généraliser d'ores et déjà des dispositifs ou actions qui fonctionnent sur certains territoires, à l'échelle de notre grande région, nous laisse soucieux. Si nous entendons bien que les moyens seront constants, le fait d'avoir des objectifs resserrés devrait signifier d'avoir des moyens renforcés sur les objectifs retenus...
- Nous nous inquiétons également de la concrétisation de chantiers transversaux comme le « sport-santé », « l'éducation thérapeutique », voire « le cancer du col de l'utérus » qui, censés être traités par plusieurs chantiers, ne figurent pas ou peu dans le PRS. A force de les mentionner dans de nombreux « chantiers », il faudrait se prémunir qu'ils ne soient pas traités du tout...
- Enfin, s'il est souvent question d'amélioration de la coordination comme solution à bien des chantiers du PRS, les URPS souhaitent rappeler que cette dernière ne pourra être effective sans temps dédié et reconnu, et donc sans moyens complémentaires dévolus et ce, quel que soit le mode d'exercice.

#### **La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a défini 4 priorités :**

- **la prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux ;**
- **la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;**
- **la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins ;**
- **l'innovation.**

**De par leurs missions confiées par le législateur<sup>1</sup>, les URPS sont légitimes pour se faire un relais actif de cette ambition. A l'image de notre implication passée, nous souhaitons**

---

<sup>1</sup> Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 : Les URPS ont pour mission principale de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional (notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre).

Elles participent entre autres :

- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires,
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins mais aussi de nouveaux modes d'exercice,
- à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients,
- aux actions de prévention, de veille sanitaire, de gestion de crises sanitaires, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique,

- que les chantiers soient revus pour donner leur juste place aux professionnels de santé libéraux ainsi qu'à certaines de leurs propositions d'orientation générale trop rapidement balayées,
- être associés sur la phase opérationnelle avec des actions véritablement concertées avec les professionnels de santé libéraux qui seront parmi les premiers impactés par ces nouvelles orientations.

Plus encore, les URPS sont volontaires pour porter des actions ambitieuses permettant ainsi de contribuer à un mieux-être de la population des Hauts-de-France.

Pour envisager ces suites et entamer des échanges constructifs, les URPS invitent l'ARS et les pilotes de chantier à participer à ses comités de liaison qui se déroulent régulièrement, dans des modalités compatibles avec leur exercice libéral, et permettraient ainsi une représentativité complète des professions libérales de santé nécessaire pour élaborer un PRS2, investi par les professionnels de santé libéraux.

Mme Nathalie Colard  
Présidente de l'URPS Biologistes



M. Thomas Balbi  
Président de l'URPS Chirurgiens Dentistes



Mme Marie-Odile Guillon  
Présidente de l'URPS Infirmiers



M. Jean-Marc Lascar  
Président de l'URPS Masseurs-  
Kinésithérapeutes



M. Philippe Chazelle  
Président de l'URPS Médecins



Mme Anne-Christine Dupont  
Présidente de l'URPS Orthophonistes



M. Grégoire Verhaegen  
Président de l'URPS Orthoptistes



M. Gérard Peyrac  
Président de l'URPS Pédiatres-Podologues



M. Grégory Tempremant  
Président de l'URPS Pharmaciens



M. Caroline Mazal  
Présidente de l'URPS Sages-Femmes



- 
- à la mise en œuvre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens avec les réseaux, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L.4135-4,
  - au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés,
  - au programme régional de gestion du risque,
  - à la mise en œuvre du développement professionnel continu.