MÉDECINS LIBÉRAUX
HAUTS-DE-FRANCE
NORD-PAS DE CALAIS / PICARDIE

Contribution de l'URPS Médecins libéraux

Relative au Schéma Régional de Santé (SRS) et au Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Hauts-de-France

RÉALISÉE PAR LE PÔLE STRATEGIE & FONCTIONNEMENT
URPS MÉDECINS LIBÉRAUX HDF

Septembre 2023

SOMMAIRE

1. Avant-propos 1

2. Sur la méthode de révision et la concertation des acteurs régionaux 4

3. Sur le SRS et le PRAPS en cours de consultation 6

4. Propositions opérationnelles de l'URPS Médecins relatives au PRAPS et SRS révisés ... 9

5. Propositions opérationnelles associée à l'orientation stratégique 1 : renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé 11

6. Orientation stratégique 2 : assurer la veille et la gestion des risques sanitaires 20

7. Orientation stratégique 3 : favoriser la santé tout au long de la vie 21

8. Orientation stratégique 4 : assurer l'accès à la santé dans les territoires 24

9. Orientation stratégique 5 : mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé 33

10. Orientation stratégique 6 : mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé 35

11. Annexes 36

Annexe 1 : Contribution de l'URPS Médecins au Conseil National de Refondation (CNR) Santé, novembre 2022

Annexe 2 : Contribution de l'URPS Médecins Hauts-de-France relative à la doctrine numérique en santé, 30/12/2019

1. Avant-propos

Dans le cadre du PRS2 (Programme Régional de Santé) 2018-2028, 1er PRS à dimension Hauts-de-France, une consultation a été ouverte pour réviser à 5 ans le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), l'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite donc, conformément à ses missions, amener sa contribution dans le cadre de cette consultation.

Afin d'être le plus constructif possible, cette contribution abordera :

- la manière dont cette révision a été conduite et l'association de notre URPS aux différents travaux engagés par l'ARS dans ce cadre ;
- un avis relatif aux évolutions apportées entre les anciens SRS et PRAPS et ces mêmes programmations révisées ;
- enfin, des pistes d'actions opérationnelles sur les chantiers envisagés pour lesquelles l'URPS Médecins souhaite être proactive et pleinement associée.

Avant de commencer ces différentes parties, il nous semble important de rappeler des éléments fondateurs de l'importance de l'association des URPS, dont l'URPS Médecins. Notre participation active aux travaux de révision du PRS mais également dans d'autres instances ou concertations telles que le CNR (Conseil National de Refondation) Santé, la CRSA (Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie), les CTS (Conférences Territoriales de Santé), les CLS/CLSM/PTSM (Contrats Locaux de Santé / Contrats Locaux de Santé Mentale / Programmes Territoriaux de Santé Mentale), et bien sûr PRS et autres chantiers portés par l'ARS, mais également auprès d'autres partenaires institutionnels nous montre combien nos missions ne sont connues que partiellement et, de ce fait, peuvent pénaliser les échanges et le partenariat par des incompréhensions.

- 1er élément à préciser, le législateur a souhaité que **l'URPS Médecins libéraux représente tous les médecins libéraux et pas uniquement les médecins généralistes mais bien l'ensemble des spécialités.** Nous travaillons donc ardemment pour faire entendre les réalités de l'ensemble des spécialités. Il est pénible d'entendre régulièrement que nous devons proposer des médecins pour représenter la médecine générale, et non pas pour les autres spécialités qui seraient représentées via d'autres représentations non encadrées par le législateur.
- 2ème élément à préciser, **l'URPS Médecins représente l'ensemble des modes d'exercice des médecins libéraux, toutes spécialités certes, mais également toutes conditions** : rural, urbain, en cabinet individuel, de groupe, en exercices coordonnés formels (MSP, CPTS, ESS), informels, etc. La médecine libérale n'est pas une simple transposition de la médecine hospitalière sur une échelle plus petite. L'analogie avec la pédiatrie est alors intéressante : plus personne aujourd'hui n'ose penser qu'un enfant est « juste » un adulte en format réduit mais a bien des fonctionnements et besoins spécifiques à prendre en compte. Il en est de même pour la médecine libérale qui n'est pas « juste » un petit service hospitalier. La richesse des spécialités et des multiplicités d'exercice permettent ainsi de développer une culture professionnelle spécifique à prendre en compte, dont les finesses et les richesses permettent d'apporter des réponses variées correspondant aussi à la variabilité des territoires et des personnes à soigner. Nous tenions également à préciser que la notion d'exercice isolé est impropre, certains médecins ont fait le choix d'exercer en cabinet individuel mais ils ne travaillent pas seuls, tous ont un carnet d'adresses qui leur permet de travailler avec les autres professionnels de santé pour

coordonner la prise en soin de leurs patients. Si les établisssements de santé, et particulièrement l'hôpital sont au cœur du débat public, il est nécessaire de s'intéresser à la médecine libérale en rappelant le carré de white qui démontre que, sur 1 000 adultes exposés à un problème de santé, 250 iront consulter un médecin au moins 1 fois, 5 seront adressés à un autre médecin et 1 sera hospitalisé (https://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/798/fichier_carre_de_white_2cd52.pdf), il est donc particulièrement important de s'intéresser à la richesse de leurs pratiques en terme d'impact populationnel.

Lors de notre contribution en 2018, les 10 URPS avaient souhaité « 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 plaidons 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 ». Cette crainte peut être tout-à-fait transposée aujourd'hui aux CPTS avec un risque de créer des inégalités entre les professionnels de santé adhérents aux CPTS et les autres, ce qui pourrait être une perte de chance, à terme, pour les patients. Si les URPS accompagnent les dynamiques de CPTS, quel que soit leur degré de maturité, pour les professionnels de santé volontaires, il y a cependant une crainte à identifier ces organisations comme « l'alpha et l'oméga » de décennies de dysfonctionnement d'organisation sanitaire. Si elles contribuent, en fonction de leurs possibilités, à améliorer les prises en soin sur leurs territoires, ces nouvelles organisations ne doivent pas être pour les décideurs politiques l'occasion de se défausser de leurs responsabilités en matière d'accès aux soins et à la santé, et dans la la gestion de crises sanitaires. Le risque d'essoufflement des énergies mobilisées est alors grand et il sera alors difficile de dynamiser les territoires si on laisse à ces seules organisations la responsabilité de « tout prendre en charge ».

- 3ème élément à préciser, le législateur a prévu 10 URPS par région (Biologistes, Chirurgiens-dentistes, Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures-podologues, Pharmaciens et Sages-Femmes). **Si nous travaillons, en Hauts-de-France, régulièrement en inter-URPS, il n'est pas envisageable de fondre cette diversité et de demander une représentation unique de l'URPS.** Chacune de ces professions a ses spécificités qu'il est nécessaire d'intégrer à la réflexion. Si le parcours de soins et la coordination par le médecin nous semble indispensable, l'implication des autres professions libérales de santé est essentielle pour connaître leurs réalités de terrain et leurs champs de compétences. De la même façon, au vu des enjeux organisationnels particulièrement forts pour ces différentes professions, il n'est pas envisageable qu'une URPS non médecins puisse s'exprimer au nom des médecins libéraux de la région.
- 4ème élément à préciser, **l'URPS Médecins n'est pas là pour faire contre les politiques publiques ou les acteurs de terrain mais avec**. Nous sommes trop souvent tardivement sollicités une fois que les projets souhaitant associer les médecins libéraux ont commencé, nous mettant alors dans une position difficile de devoir jouer les « rabat-joie » en rappelant des contraintes existantes et qui peuvent décourager des personnes qui se sont investies. L'URPS Médecins n'est pas une structure de mise en relation avec les médecins libéraux, une « boîte aux lettres », mais possède bien **une expertise permettant de participer aux réflexions pour élaborer des stratégies, novatrices sans**

doute, mais cohérentes avec les réalités de terrain. Elle est également là pour mettre en place des actions sur ces mêmes champs d'expertise qui sont très larges puisqu'ils vont de *« l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins (…), 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 (…), (ou encore) au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés* » (décret n°2010-585 du 2 juin 2010 / Article R4031-2), modifié par Décret n°2021-1796 du 23 décembre 2021-Art. 1) …
Le climat actuel est peu favorable à l'association des corps intermédiaires comme les URPS avec une sensation de suspicion, voire de défiance vis-à-vis de la médecine libérale dans le discours public, parfois repris de la part de nos partenaires institutionnels « naturels ». Cette situation nous semble liée notamment à la méconnaissance, voire à la non reconnaissance des missions de ces mêmes corps intermédiaires et nous comptons sur notre partenaire privilégié qu'est l'ARS pour nous permettre de les diffuser et de de les reconnaître dans toutes ses composantes.
Sans être un gage de réussite systématique, l'association des corps intermédiaires aux projets dès leur création permet d'anticiper bien des écueils et vise à limiter le risque de disjonction entre des organisations proposées (CPTS, accès MT, ESS, numérique, consultations de prévention, exercices coordonnés etc.) et des professionnels de santé de terrain, « la base », qui pourraient les rejeter en masse.

Les URPS, et notamment l'URPS Médecins Hauts-de-France ont donc toute légitimité pour être des partenaires actifs de l'ambition de ce PRS2 révisé pour les 5 prochaines années.
La crise covid a montré l'utilité et l'agilité dont pouvait faire preuve nos structures pour associer la médecine libérale.
Le partenariat historique avec l'ARS traduit par des CPOM ambitieux, le plus souvent réalisés en inter-professionnalité, est également un élément précieux à maintenir.
De plus, contrairement à nos 2 dernières contributions (notamment celle du CNR datant de novembre 2022, mais aussi celle relative à l'élaboration du PRS précédent) qui n'ont bénéficié d'aucun retour, nous espérons que celle-ci sera prise en considération et intégrée dans le PRS.
Nous pouvons ainsi redire que nous souhaitons 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, nous continuons d'être volontaires pour porter des actions ambitieuses permettant ainsi de contribuer à un mieux-être de la population des Hauts-de-France. Nous souhaitons transmettre les souhaits du terrain, à savoir les médecins libéraux, quant aux solutions concrètes pour améliorer le système de santé.

Dr Bruno STACH
Président URPS Médecins Hauts-de-France
pour l'ensemble du Bureau, des élus de l'Union et des permanents qui sont mobilisés pour contribuer à l'amélioration de la santé des habitants des Hauts-de-France

2. Sur la méthode de révision et la concertation des acteurs régionaux

Nous tenons à saluer les points d'étape réalisés par la Direction Générale de l'ARS et ses équipes via les réunions de concertations en direction des fédérations et représentants des professionnels de santé et usagers mais également l'association à certaines réunions de concertations des chantiers spécifiques et ou encore la proposition de faire des réunions dédiées si nous le souhaitions.

Cependant, il ne peut être passé sous silence le calendrier insoutenable qui a été subi, tant par les équipes de l'ARS que par ses partenaires souhaités autour de la table, dont l'URPS Médecins libéraux : 6 orientations stratégiques, 24 objectifs généraux déclinés en 2 à 6 objectifs opérationnels, tous d'ampleur et la plupart impliquant la médecine libérale…
Certains chantiers nécessitent de passer bien plus de temps qu'une unique réunion, deux si le calendrier le permettait, à l'image de la santé mentale et de l'association des psychiatres libéraux, ou encore de la maladie rénale chronique et des néphrologues libéraux par exemple dont il serait nécessaire d'ouvrir une discussion beaucoup plus large pour leur implication pleine et entière. La disparition des COTER (comités techniques régionaux par spécialité médicale) et l'absence de concertation au long cours des différentes spécialités médicales libérales entraîne une mise en distance croissante des médecins libéraux vis-à-vis des programmations et réorganisations sanitaires qui leur paraissent de plus en plus déconnectées de leurs réalités quotidiennes.
Nous avons ainsi payé l'insuffisante concertation de ces différents chantiers sur les 5 dernières années qui aurait permis une révision plus sereine dans le calendrier imposé.
Nous regrettons également et sommes très inquiets sur le nombre important de décrets impactant la médecine libérale et notamment le régime des autorisations qui ont été préparés par les corps administratifs nationaux pendant la période covid instrumentalisant cette concertation pour en permettre l'application et la mise en place cette année. Certains d'entre eux mettent clairement en danger l'exercice libéral et l'indépendance des médecins pour exercer et la négociation ne semblait pas possible bien que préparée dans un calendrier où les médecins s'étaient mobilisés, à juste titre, dans la lutte contre la pandémie…

Enfin, nous regrettons des méthodes qui avaient déjà été dénoncées il y a 5 ans car ne permettant d'associer sereinement la médecine libérale aux travaux à savoir prévenance bien trop tardive des calendriers des groupes de travail, réunions fixées en pleine journée, plusieurs réunions de chantiers intéressant les libéraux en même temps etc.
Nous regrettons également que l'ARS ne nous ait pas sollicité pour réaliser son état de lieux/bilan/évaluation des 5 premières années du PRS, y compris sur la dimension du PRAPS dont une des problématiques est le renoncement et les retards aux soins. Nous aurions ainsi pu faire part de l'engagement des médecins libéraux, et plus globalement des professionnels de santé libéraux, y compris des CPTS, pour traduire les dynamiques engagés et résultats obtenus, ce qui n'est pas visible dans les résultats qui ont été élaborés.
Nous regrettons également que la concertation portant sur les activités de soins, présentée dans les annexes, se soit basée avec des données uniquement hospitalières quand un travail avec l'ARS aurait pu être réalisé avec des données libérales pouvant inclure des enquêtes en ville.
L'URPS Médecins a malgré tout montré sa bonne volonté en tentant de se rendre aussi disponible et proactive que possible et en organisant, si cela était possible, des concertations utiles en inter-URPS Hauts-de-France.

L’URPS Médecins espère que la concertation sera maintenue au cours des 5 prochaines années, avec des temporalités compatibles avec la concertation des acteurs libéraux non salariés (soirée ou encore pause méridienne pour ne pas pénaliser les patients par exemple), pour permettre des infléchissements ou évolutions salutaires visant à dégager un consensus sur des sujets majeurs d’évolution du système de santé. Le risque de désaffection des professionnels de santé est grand vis-à-vis de systèmes organisationnels dont il est souhaité des mises en place dans des temps incompatibles avec des changements de culture professionnelle pourtant nécessaire pour s’assurer une adhésion sur le long terme de l’ensemble des acteurs.

3. Sur le SRS et le PRAPS en cours de consultation

Il est toujours difficile d'être en désaccord sur des orientations stratégiques et objectifs généraux suffisamment larges pour qu'on puisse y mettre un périmètre conséquent. L'URPS Médecins fait cependant part de son incompréhension vis-à-vis de la prise en compte insuffisante de 2 dimensions essentielles suite au passage de 7 à 6 orientations stratégiques, y compris dans les pages dédiées aux problématiques régionales dans le PRAPS :

- Insuffisante prise en compte de l'impact environnemental et du changement climatique qui ne sont visibles qu'au travers d'un seul objectif général (Objectif général 2 : promouvoir un environnement favorable à la santé). Noyé dans les 24 objectifs généraux quand l'enjeu associé à cette dimension est majeur et retentit dans l'ensemble des mesures à prendre. On aurait pu s'attendre a minima à le voir apparaître en orientation stratégique, voire même en préambule avec une considération obligatoire pour l'ensemble des orientations stratégiques et objectifs généraux. Il nous semble que ce choix est une erreur stratégique importante pour les enjeux de santé des 5 prochaines années. La révision actuelle du PRSE ne peut être une réponse suffisante sur le sujet au vu des orientations en cours d'élaboration. L'approche « one health » semble être importante à figurer dans cette révision.
- Insuffisante prise en compte de la santé mentale et de la souffrance psychologique alors que « *une personne sur cinq est touchée chaque année par un trouble psychique, soit 13 millions de Français. Le taux de suicide en France est l'un des plus élevés des pays européens de développement comparable. Avec plus de 23 milliards d'euros par an, les dépenses remboursées au titre de la détresse psychique et des maladies psychiatriques sont le premier poste de dépenses de l'assurance maladie, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires*[1] ». Relégué à un simple objectif général et non à une orientation stratégique majeure, avec le passif d'un pilotage institutionnel critique durant ces 5 dernières années et une absence de pilotage pérenne durant cette révision, ce manque de visibilité nous laisse très inquiets sur la suite à donner à ce PRS tel qu'il nous est actuellement proposé quand l'enjeu est majeur non seulement pour les usagers mais aussi pour les soignants.

Par ailleurs, le lien avec la recherche semble nettement insuffisant dans les objectifs généraux. L'insuffisante exploitation des données existantes en ville (détenues par l'Assurance Maladie, l'ARS, ou encore les médecins eux-mêmes via leurs logiciels) et l'absence de coordination et de développement des données de ville sont incompréhensibles. L'extrapolation fréquente des connaissances construites majoritairement en milieu hospitalier aboutit à des diagnostics et des plans d'actions ne correspondant pas aux réalités du secteur libéral et conduit à un risque d'échec important des politiques mises en place.

De plus, la question des moyens est complètement éludée de ce plan quand de nombreuses mesures en sont dépendantes. Il n'est pas concevable d'ajouter des missions aux acteurs sans une reconnaissance juste, y compris financière, de ces nouvelles missions mises en place. La confusion est souvent importante de croire que les acteurs ne veulent pas mettre en place de nouvelles pratiques ou faire évoluer leurs missions quand la rémunération proposée est indécente et ne permet pas de vivre correctement du fruit de son travail (suivi psychologique des enfants et adolescents, Infirmières de Pratique Avancée en libéral, etc.). Les jugements de

1

valeur sont fréquents dans les discours sur ce sujet par manque de connaissance des systèmes de rémunération des professionnels de santé libéraux. Nous nous tenons à disposition pour permettre d'augmenter les compétences de nos partenaires sur ce sujet.

Le SRS et le PRAPS révisés continuent d'être ambitieux, ce dont nous nous félicitons. Nous pouvons cependant d'ores et déjà émettre des réserves quant à la capacité de réaliser certains objectifs, non par manque de volonté des acteurs régionaux mais parce que dépendants d'autres partenaires. Ainsi, si le financement des établissements de santé dépend de l'ARS, les rémunérations des professionnels de santé libéraux sont en grande partie associées aux négociations conventionnelles syndicales. Il nous semble d'ailleurs important que les acteurs régionaux, notamment les services de l'ARS, soient informés des échanges qui s'y déroulent, non pour politiser les débats mais pour comprendre les répercussions que ces situations peuvent avoir sur le terrain.

Par ailleurs, nous aurions aimé voir davantage des principes d'intervention consolidés et éthiquement recevables comme la nécessité de l'absence de lien d'intérêt avec les industriels, quels que soient leur secteur d'activité.
Dans ces statuts types obligatoires transmis par le législateur (Décret n° 2017-886 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions relatives aux unions régionales des professionnels de santé, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634425), « ni l'assemblée, ni le bureau, ni aucun des membres d'une union régionale ne peuvent solliciter ou accepter pour le compte de celle-ci des concours qui, par leur nature ou leur importance, seraient susceptibles de mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement des missions de l'union ». Dans cette droite ligne, l'URPS Médecins Hauts-de-France est exempte de tout conflit d'intérêts et a réaffirmé son indépendance vis-à-vis des industriels à l'unanimité de ses élus.
Il nous semble que ces conditions devraient être également demandées par l'ARS dans le cadre des financements qu'elle octroie. La santé n'est pas un objet marchand et nombre sont aujourd'hui les industriels pharmaceutiques, du numérique, prestataires de services, qui identifient bien l'effet d'aubaine que peuvent constituer les nouvelles politiques publiques comme les exercices coordonnés ou encore la prévention avec une recherche lucrative qui n'est pas blâmable intrinsèquement mais le devient quand les modèles organisationnels proposés mettent en péril l'indépendance et l'autonomie médicale pour gagner des parts de marché, voire sont non bienveillantes pour les patients en les surmédicalisant avec une plus-value pas toujours démontrée.
Nous aimerions également que soit faite une transparence quant au recours de plus en plus nombreux par l'ARS à des « cabinets conseils » pour mettre en place des politiques publiques telles que le PRSE, le dispositif d'expertise régional d'endométriose, les réflexions sur les plans d'actions à mettre en œuvre sur l'obésité de l'adulte, etc. Au-delà du fait que ces recours génèrent la plupart du temps des « auditions » individuelles, empêchant la mise en place de consensus régionaux grâce aux échanges, ils génèrent une frustration de ne pas se sentir pleinement partenaires de démarches pour lesquelles les cabinets conseil maîtrisent rarement les enjeux et dynamiques territoriales, voire de la thématique qu'ils accompagnent, méconnaissent le plus souvent le fonctionnement des soins de ville et proposent des plans d'actions uniformisés, mutualisés avec les accompagnements conduits dans d'autres régions et n'ont de cesse de respecter les termes de leur contrat, notamment de fin de mission même si la temporalité est incompatible avec les partenaires. De plus, il serait utile que la CRSA

puisse avoir la liste des structures, motifs et montants des recours à ces cabinets conseils qui semblent exponentiels, et s'assure que les crédits dévolus ne soient pas pris sur les crédits d'intervention comme le FIR quand ces services devraient théoriquement être assurés par l'ARS elle-même.

Enfin, si de nombreux objectifs concernent la médecine libérale, l'accès aux soins, il nous semble essentiel que les médecins libéraux sentent que leurs partenaires comprennent leurs réalités quotidiennes et, surtout, qu'ils sont épaulés pour faire face aux nombreuses structures et initiatives qui se développent en promettant de l'accès aux soins sans attente et surtout sans coordination et parfois sans respect de la législation existante. Aucune mesure ne figure pour permettre, par exemple, de rassurer les médecins installés et qui se mobilisent pour leurs patients, en prennent de nouveau, prennent des urgences, réfléchissent à de nouvelles organisations de soins au bénéfice de tous. C'est ainsi le cas du périmètre de la téléconsultation dont la réglementation nécessite d'être renforcée, ou tout simplement d'être appliquée car des initiatives fleurissent indépendamment des médecins installés et peuvent se faire avec une perte de chance pour le patient, une démotivation pour le médecin installé qui doit « rattraper » la situation, mais aussi de l'Assurance Maladie qui finance le système. C'est le cas aussi des nouvelles réglementations sur les autorisations d'activités de soins où les médecins sont de plus en plus en difficultés pour être entendus et impliqués dans les processus décisionnels qui se font de plus en plus en direct avec les directions de groupe d'établissements ou encore à des niveaux nationaux. Voici deux exemples qui montrent le découragement parfois des médecins qui voient se mettre en place de nouvelles organisations qui sont censées être « pour » eux mais qui se réfléchissent et se mettent en place de plus en plus souvent « sans » eux ou leurs représentants, ce qui finit par donner le sentiment que cela est fait « contre » eux, générant une source de démotivation importante pour les installés actuels mais également pour les vocations à l'installation, toutes spécialités confondues… Nulle part nous n'avons trouvé un objectif relatif à la prévention des soignants ou à l'accompagnement de leur souffrance psychologique. Cet objectif était pourtant central dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et a complètement disparu au bénéfice d'une approche exclusivement organisationnelle dans « ma santé 2022 ». Cette nouvelle approche nie le fait que la médecine, les soins, la santé, sont d'abord prodigués par des hommes et des femmes et qu'il est essentiel que ces derniers aillent bien pour pouvoir soigner et accompagner les gens, s'inscrire dans de nouvelles organisations. Nous espérons que cette dimension pourra être réintégrée dans les priorités pour assurer l'accès à la santé dans les territoires.

4. Propositions opérationnelles de l'URPS Médecins relatives au PRAPS et SRS révisés

Avant de présenter ses propositions l'URPS Médecins souhaite partager quelques points de vigilance en vue d'avoir des évolutions favorables pour la santé des habitants des Hauts-de-France.

Il est essentiel de simplifier et de rendre lisible les instances (portées par l'ARS, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales et locales et dispositifs financés) traitant du champ de la santé et qui sont très (trop ?) nombreuses, avec des impressions (légitimes ?) de chevauchement d'interventions, des démultiplications de réunions etc. Cette situation entraîne des difficultés de compréhension et de mobilisation de ressources humaines pour contribuer activement aux travaux. Ce problème d'intelligibilité, déjà présent pour les corps intermédiaires est encore plus marqué pour les acteurs de terrain, comme les médecins libéraux, dont le scepticisme est grandissant sur la capacité de ces dispositifs à faire bouger les lignes.

De plus, nous partageons complètement l'approche d'universalisme proportionné promue par l'ARS. Nous tenons cependant à rappeler que, dans cette approche, *« les populations en situation de très grande précarité nécessitent davantage d'attention et de ressources mais cela ne doit pas se faire au détriment des populations appartenant aux classes moyennes et supérieures. C'est là tout l'intérêt de l'universalisme proportionné, il faut moduler l'intensité des interventions et les adapter aux besoins de chacun »* (Source : https://www.laniss.fr/universalisme-proportionne/). Au vu des indicateurs régionaux, péjoratifs le plus souvent pour l'ensemble de la région, il nous semble important de pouvoir proposer à l'ensemble des médecins libéraux volontaires des actions leur permettant de s'impliquer, quel que soit leur territoire car les médecins, particulièrement les médecins traitants, sont à même de faire cette différenciation en fonction de la fragilité de leur patientèle, dès lors qu'on leur donne les outils efficients.

Enfin, nous espérons que les Hauts-de-France continueront d'être des terrains d'expérimentation, de préfiguration de cadres nationaux en montrant l'intérêt de pouvoir amener de la souplesse et de l'adaptabilité à des cadres nationaux parfois réducteurs et bridant les initiatives de terrain.

Afin de contribuer utilement à la mise en œuvre opérationnelle de ces schémas, l'URPS Médecins souhaite transmettre des propositions réalistes et pouvant montrer des résultats à 5 ans.

Les URPS présentent en effet l'avantage de pouvoir travailler en décloisonnement. Conformément à leurs missions dévolues par le législateur, sur une même problématique, nous sommes volontaires pour travailler sur une approche globale intégrant la dimension organisation des soins mais également la prévention, les systèmes d'information ou encore le médico-social et la culture qualité.

Les URPS souhaitent les déployer au service de tous les exercices des professionnels de santé, qu'ils soient en exercices coordonnés formalisés ou non.

Nous espérons que les éléments qui vont suivre permettront d'être le terreau d'un partenariat fort entre l'ARS, l'URPS Médecins et les partenaires avec lesquels nous travaillons quotidiennement, en 1er lieu les autres URPS, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales et locales ou encore la FEMAS et les associations régionales. Nous souhaitons ainsi proposer des feuilles de route communes, partenariales, centrées sur des objectifs du PRS

pour ainsi montrer la complémentarité des interventions, la coordination étant un gage de réussite.
L'URPS Médecins et l'ARS sont historiquement liées par des CPOM ambitieux, l'URPS Médecins portant la plupart de ces actions avec d'autres URPS de la région. Nous espérons que ces schémas permettront d'envisager de les prolonger avec un nouveau plan d'actions ambitieux, sur les 5 années, y compris sur la prévention, permettant ainsi de matérialiser les rapports de confiance nécessaires pour la réalisation de ces activités.
Nous continuons de penser que les attachés d'information qui visent à promouvoir de l'information aux cabinets des médecins, voire d'autres professionnels de santé en fonction des ressources présentées, sont des éléments essentiels pour faire connaître les dispositifs et ainsi faciliter la mise en lien entre les actions envisagées et leur recours effectif. La coordination régulière avec les Délégués de l'Assurance Maladie montrent la complémentarité et l'intérêt de ces deux approches.
Cet enjeu d'information est particulièrement fort du fait de l'impact des réseaux sociaux, à l'information ultra-rapide, par rapport aux informations qui parviennent aux professionnels de santé. Il est important que l'information puisse être synchrone de sorte à permettre aux professionnels de santé d'accompagner leurs patients dans la même temporalité.

L'URPS Médecins souhaite continuer :
- de s'investir dans l'accompagnement des exercices coordonnés formalisés (ESP, MSP, CPTS, ESS), quels que soient leur degré de maturité, et plus généralement sur l'ensemble des possibilités de coopération et de coordination, quel que soit le mode d'exercice ;
- de développer l'accompagnement, voire le portage des dispositifs innovants type article 51 ;
- de s'impliquer dans des projets de recherche relevant de ses missions et impliquant la médecine de ville, en tant que partenaire ou porteur si nécessaire ;
- de redonner la place aux professionnels utilisateurs du numérique pour avoir des actions correspondant aux besoins des professionnels, notamment les médecins libéraux, et patients et non des promoteurs des dispositifs ;
- de mutualiser des projets ayant recours à des applicatifs santé exempts de toute logique marchande sur des thématiques d'intérêt général telles que la prévention (exemple MEDPREV) ou encore la veille et l'alerte sanitaire (exemple MEDVIGIE) ;
- d'améliorer l'attractivité médicale pour donner envie de s'installer mais aussi de continuer à exercer avec notamment l'initiative de mini-stages en médecine libérale pour tous les étudiants en médecine dès leur 2ème année et les médecins séniors qui souhaiteraient découvrir le quotidien de leurs confrères.

5. Propositions opérationnelles associée à l'orientation stratégique 1 : renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé

De manière générale, l'URPS Médecins souhaite émettre une vigilance sur certaines pratiques d'intervention. Si les politiques « d'aller vers » sont bénéfiques, le refus de la personne est parfois peu entendable. Il est cependant important de rappeler le libre choix de la personne, de respecter son refus de bénéficier d'action ou de dispositif dès lors qu'il en est pleinement éclairé. Il y a un temps pour tout et les médecins vérifient quotidiennement le modèle de Prochaska di Clemente où les patients ne sont pas toujours prêts à rentrer dans une démarche santé. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire mais il est important de prendre en considération les facteurs exogènes à l'individu et qui conduisent à un comportement « défavorable en santé ». Il est impossible d'espérer améliorer les indicateurs de la région si le taux de chômage, de pauvreté et les conditions de vie des habitants restent identiques.
Il est également nécessaire de ne pas développer des approches de prévention par la peur qui, s'ils peuvent paraître efficaces sur le court terme, stigmatisent le plus souvent les publics concernés et peuvent avoir un effet contre-productif à long terme.
L'URPS Médecins souhaite que soit développée une culture de « repères » plutôt que de « normes » de comportements attendus, cette confusion de notions entraîne le plus souvent de l'inquiétude et de l'angoisse inutiles pour les concernés qui peuvent générer des consultations, voire de l'auto-médication inutile (exemple avec l'alimentation des nourrissons mentionnée sur les boîtes de lait qui est un repère et est pourtant le plus souvent pris comme une norme à atteindre, pouvant générer des troubles le cas échéant comme l'impression de reflux et le traitement, à tort, de ces derniers).
L'URPS Médecins souhaite accompagner le changement de paradigme de la prise en charge à la prise en soin en continuant les actions d'autonomisation des patients comme l'éducation thérapeutique ou la promotion de la santé. Elle souhaite le faire en intégrant pleinement la prévention quaternaire visant à protéger la population d'une surmédicalisation avec, par exemple, une dérive aujourd'hui observée de demande de médicalisation de comportements dits « normaux » pour répondre aux injonctions de performance de la société, ou encore la prévention de l'acharnement thérapeutique ou la polymédication de la personne âgée.

- **Objectif général 1 : porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France**
  - <u>Objectif opérationnel 1 : réduire la fracture sociale de santé</u>
  - <u>Objectif opérationnel 2 : développer l'« aller vers » et la médiation en santé</u>
    L'URPS Médecins rappelle le vif intérêt des médecins libéraux pour que la médiation en santé, c'est-à-dire l'accompagnement des personnes vulnérables dans le parcours de soins habituel, puisse également être un dispositif ouvert aux médecins libéraux et pas limité aux zones rurales ou quartiers politique de la ville. Les médecins savent identifier leurs patients fragiles, tous les médecins en suivent dans leur patientèle et la plus-value serait indéniable pour ces personnes et une ressource utile mobilisable par les médecins qui pourrait être mis à disposition par les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) par exemple.
    La politique d'aller vers doit permettre d'aller vers les plus démunis mais également aider ces derniers à réintégrer le parcours de soins classique.

Il nous semble cependant essentiel que ce statut de médiateur santé, de pair aidance, soit reconnu et rémunéré à sa juste valeur pour pouvoir en assurer la pérennité et la sérénité de ceux qui exercent cette mission.
Il en est de même pour les patients « expert » qui contribuent à la politique « d'aller vers » et d'autonomisation des patients dont le statut devrait être davantage reconnu pour pouvoir les indemniser quand ils interviennent aux côtés de professionnels de santé rémunérés.

- Objectif opérationnel 3 : renforcer l'intégration de la prévention dans les pratiques quotidiennes des soignants

  L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite rappeler la nécessité d'investir dans la prévention/promotion de la santé tout en faisant le deuil d'avoir des indicateurs d'impacts et de résultats probants à une échelle régionale et sur du court terme : comment démontrer qu'il a été possible d'éviter la survenue d'une addiction par une action de prévention si ce n'est par une mesure macro à quelques années de l'intervention par exemple. Pourtant cette action est utile... Il semble essentiel d'accepter d'investir dans des actions aux résultats non mesurables immédiatement, le temps de la prévention n'étant pas le temps politique, de déployer des actions qui ont prouvé leur intérêt sur d'autres territoires sans avoir à le reprouver.
  Comme l'a confirmé Marguerite Cazeuneuve, la prévention est particulièrement du ressort du médecin traitant qui suit le patient tout au long de sa vie. C'est d'ailleurs une préoccupation de l'ensemble de la médecine libérale, toutes spécialités confondues. Il est donc essentiel de leur donner les moyens de renforcer leurs pratiques en la matière afin qu'ils puissent mettre à profit l'alliance thérapeutique autour d'objectifs partagés et suivis en commun.
  Pour ce faire, il nous semble utile de développer des outils numériques motivationnels et centrés sur le patient (application en mobilité) pilotés par le médecin traitant en lien avec les acteurs de prévention, c'est ainsi le cas de Medprev (https://medprev.org/) qui se met en place dans les Hauts-de-France et dont nous espérons que l'ARS saura lui apporter le même soutien que l'ARS Nouvelle Aquitaine pour accompagner le recours à cet outil et la coordination entre les professionnels du soins et de la prévention autour du patient.
  Intégrer la prévention passe également par le développement de l'éducation thérapeutique pour tous les professionnels de santé, dès le cursus initial : il serait intéressant de développer les 40 heures de formation obligatoires pour dispenser l'ETP ainsi que des formations à l'Entretien Motivationnel dans le cursus initial qui permettraient aux médecins d'être déjà outillés et pourraient s'investir plus facilement dans la prévention.
  Il est également demandé de renforcer une culture de prévention, quel que soit le territoire, à tous les âges de la vie, intégrant les rendez-vous réguliers des projets de consultation de prévention mais permettant de réfléchir à un parcours de prévention au moment opportun pour le patient et coordonné par son médecin « habituel ».
  Le développement de temps de formation en commun des différents professionnels impliqués (Professionnels de santé, de l'éducation à la santé, …) permet une meilleure connaissance et une meilleure coordination.
  Une condition nécessaire pour la mise en place est la sécurisation des ressources à disposition des professionnels de santé pour accompagner leurs patients (exemple des

maisons sport santé) dont l'ARS doit pouvoir permettre la lisibilité de l'offre et des compétences.

Enfin, nous nous questionnons sur les limites des interventions des services sanitaires qui ont accès aux écoles quand certaines CPTS n'arrivent pas à y faire des interventions au vu des procédures administratives demandées. Une coordination territoriale semblerait bénéfique.

- Objectif opérationnel 4 : concentrer les programmes de prévention vers les enfants et les jeunes

  Nous ne pouvons que regretter que seuls les services de PMI soient identifiés comme acteurs de programmes de prévention vers les enfants et les jeunes quand les médecins libéraux, notamment pédiatres et généralistes, y participent grandement, aux côtés d'autres professionnels comme les orthophonistes, les orthoptistes ou encore chirurgiens-dentistes…

  L'URPS Médecins souhaite contribuer à développer une culture préventive auprès du grand public, promouvoir la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, dès l'école et les plus jeunes âges, avec la nécessité d'harmoniser les discours (il peut arriver que l'Education Nationale conseille de ne pas manger de biscuits alors que le pédiatre dit que c'est possible). Il faut pouvoir penser à la prévention dès le 1er âge et pas uniquement à partir de 25 ans…

- Objectif opérationnel 5 : rendre plus lisible et plus accessible l'offre de prévention

  Cette lisibilité semble également nécessaire pour les professionnels de santé et notamment les médecins libéraux. L'URPS Médecins est tout-à-fait partante pour intégrer cette dynamique en alliance avec les usagers, pour travailler cette dimension qui fait que les médecins libéraux ont une méconnaissance et donc un non recours de bien des dispositifs qu'ils demandent par ailleurs.

  Il y a par ailleurs un enjeu sur la démultiplication des interventions et outils numériques en prévention et promotion de la santé aux statuts non égaux. La question de leur lisibilité et de leur référencement (notamment sur mon espace santé) doit être travaillée.

- **Objectif général 2 : promouvoir un environnement favorable à la santé**
  - Objectif opérationnel 1 : construire un système de santé respectueux des enjeux de changement climatique et de transition écologique

    L'URPS Médecins souhaite, aux côtés des autres URPS volontaires et de ses partenaires régionaux (FEMAS notamment), engager les professionnels de santé libéraux dans une intégration de la problématique environnementale dans leurs pratiques.

    L'enjeu y est double, une prise de conscience de l'ampleur du phénomène, y compris à l'échelle de cabinet individuel, mais aussi proposer des actions pragmatiques et réalistes au vu des différents modes d'exercices. L'approche du cabinet éco-responsable semble une piste intéressante à développer avec la nécessité d'interroger des évolutions de pratique demandées actuellement comme le tout numérique dans une période de raréfaction des ressources annoncée…

    La montée des compétences des professionnels de santé dans le conseil en santé environnementale (cosmétiques, alimentation, eau, pollution intérieure et extérieure) doit être poursuivie car c'est un domaine dans lequel la formation initiale est faible et les nouvelles données sans cesse renouvelées. L'enjeu est de transmettre les

informations scientifiquement prouvées aux professionnels de santé pour qu'ils voient l'absence d'influence de lobby tout en leur donnant les moyens d'avoir les informations éclairées et conduites à tenir pour être convaincus eux-mêmes et pouvoir accompagner au mieux leurs patients.
La mise à disposition d'un outil numérique pouvant être territorialisé avec conduite à tenir sur les questions d'alertes sanitaires et de pollutions permettrait aux médecins et professionnels de santé d'être proactifs sur cette question.
La compréhension de l'approche « one health » semble nécessaire pour pouvoir notamment proposer les programmes de lutte contre l'antibiorésistance par exemple avec la nécessité de trouver des nouveaux leviers d'action car, sur les sujets comme l'environnement ou l'antibiorésistance, il ne suffit pas d'être convaincu pour agir : il faut innover en matière de levier comportemental.
L'idée est ainsi de pouvoir réduire l'impact environnemental des soins de ville pour répondre aux enjeux de transition écologique.
Par ailleurs, une vigilance doit être particulièrement émise sur l'effet d'aubaine des accompagnements et cabinets conseils sur ce sujet dont les tarifs sont à étudier au regard du service rendu. Les lobbys sur ces problématiques sont très importants et la recherche des liens d'intérêt nécessaires.
Il y a nécessité à ce que les acteurs se saisissent de la problématique, limitant l'intérêt de la sous-traitance.
La communication sur cet objectif nous semble essentielle car, si les messages sont trop négatifs, s'il est renvoyé le fait qu'il n'y a plus d'avenir prévisible, il sera alors impossible de défendre des modifications favorables de comportement, perdu pour perdu, autant boire, manger gras et sucré etc. Intérêt donc d'avoir des messages positifs mais aussi dans l'action pour permettre aux acteurs de savoir ce qu'ils peuvent faire dans une approche de « petits pas ».

- <u>Objectif opérationnel 2: accompagner les collectivités territoriales pour une meilleure prise en compte des déterminants environnementaux de la santé dans leurs projets</u>

- <u>Objectif opérationnel 3 : prévenir les risques sanitaires liés aux bouleversements de notre environnement :</u>
  Il est impératif que les professionnels de santé puissent être associés en amont de la population pour pouvoir les accompagner sereinement.

- <u>Objectif opérationnel 4 : préserver sa santé au travers d'une bonne prise en compte de la pollution atmosphérique</u>
  Cette dimension est à intégrer dans la demande d'un outil numérique pouvant être territorialisé avec conduite à tenir sur les questions d'alerte sanitaires et de pollutions permettrait aux médecins et professionnels de santé d'être proactifs sur cette question.

- <u>Objectif opérationnel 5 : limiter les expositions chimiques de notre quotidien</u>

- <u>Objectif opérationnel 6 : veiller à préserver la santé des occupants vis-à-vis des risques liés à leurs logements</u>

- **Objectif général 3 : développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète**
  De manière générale, cet objectif doit pouvoir être mis en lien avec les projets d'équipes de soins spécialisées (pédiatrie, pneumologie, endocrinologie, néphrologie etc.) car elles

pourraient être des leviers d'action efficaces pour coordonner les soins de ville sur ces problématiques (référencement de l'offre existante, développement de la téléexpertise, etc.).
La coordination entre les associations de patients, qui peuvent être d'un grand soutien, et les professionnels de santé doit également être renforcée.
Les innovations thérapeutiques étant nombreuses sur ces problématiques, la lutte contre les conflits d'intérêt doit être un enjeu car les sollicitations existent. L'apparition de ces nouveaux traitements induisent malgré tout de pouvoir renforcer les compétences des médecins libéraux sur ces sujets qui sont des nouvelles pistes porteuses d'optimisme avec des prises en soin personnalisées possibles.

- Objectif opérationnel 1 : renforcer la promotion de l'activité physique et l'alimentation
  Dans un objectif de prévention, l'URPS médecins souhaite que soient renforcées les actions favorisant l'activité physique pour tous.
  L'URPS Médecins propose de renforcer les compétences sur les 2 axes que sont la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique, ainsi que la nécessaire sécurisation de la ressource vers laquelle le médecin oriente sans que la responsabilité du médecin ne puisse être engagée.
  L'activité physique est favorable pour tous et pas uniquement pour les patients en ALD avec la prescription.
  Par ailleurs, les messages « bouger plus, manger plus » ne suffisent pas, un accompagnement psychologique des patients (avec suivi psychologique et de l'activité physique) est nécessaire mais les freins financiers sont bloquants. Les médecins constatent la difficulté à toucher la population cible, d'autant plus que les patients ont du mal à consulter car ils ont des idées reçues sur la proposition d'offre de soins. La question est également posée des objectifs à atteindre lors d'un accompagnement. Vise-t-on des objectifs, peu réalistes, en termes d'IMC et/ou des indicateurs de qualité de vie ?

- Objectif opérationnel 2 : développer un plan régional obésité partenarial
  L'URPS Médecins souhaiterait pouvoir avoir un coordonnateur libéral obésité pour faire le lien avec les CTO, les dynamiques de ville étant peu intégrées dans ces instances.
  Un nouveau programme d'ETP dédié à l'obésité de l'adulte pourrait également être élaboré.
  La question du lien avec les TCA (troubles du comportement alimentaire) doit également être renforcée car ce sont des personnes obèses avec une prise en soin complexe et des risques d'échec de chirurgie par exemple. Les chirurgiens-dentistes pourraient être associés au repérage.
  La prise en soin des 12-17 ans en obésité non sévère reste problématique car aucun dispositif n'est aujourd'hui prévu (hors mission retrouve ton cap et hors Obepedia).
  La prise en soin des adultes en obésité porteurs de handicap dont la prévalence est élevée se pose. Quelle accessibilité de ce public à la prévention et à la prise en soin ? Il semblerait utile d'adapter les programmes.
  L'URPS Médecins souhaite également être contributeur actif dans la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses dont les conséquences en matière de santé et de recours aux soins sont importantes.

- Objectif opérationnel 3 : dynamiser les actions concernant la prise en charge du diabète

  L'URPS Médecins rappelle que la prise en soins du diabète est principalement effectuée en ville par les médecins généralistes d'une part mais également par les endocrinologues. Il est donc essentiel de structurer cette filière en prenant en compte cette profession mal connue en ville car peu attractive en termes de rémunération et essentiellement basée sur la clinique avec un fort enjeu d'éducation thérapeutique pour le patient. Les pratiques des professionnels évoluent avec un recours accru à la téléexpertise, la télésurveillance, en particulier sur le diabète gestationnel et aux Infirmières de pratique avancée.

  L'URPS Médecins demande la création d'un axe spécifique sur la prise en charge du diabète de l'enfant pour envisager la prévention des complications qui pourraient survenir à l'âge adulte.

  Les dentistes et infirmiers libéraux ont également un rôle important à jouer en matière de dépistage du diabète pour lequel la coordination avec le médecin traitant est essentielle.

  L'URPS Médecins est donc prête à s'impliquer fortement sur le déploiement des projets du PRS sur le diabète.

- Objectif opérationnel 4 : garantir la prise en charge de la maladie rénale chronique

  L'URPS Médecins rappelle également que les néphrologues libéraux ont également toute leur place dans cette prise en soins. Souvent considérés comme une profession axée essentiellement sur la dialyse, ces médecins jouent également un rôle sur la prévention, l'ETP et s'appuie sur les nouveaux métiers, telles que les IPA, pour répondre à une demande en forte progression des patients en ville. Ils sont en demande pour faire reconnaître ces activités.

  Par ailleurs, l'URPS Médecins souhaite proposer une action collégiale avec les acteurs régionaux (Néphronor, URPS biologistes et infirmiers, CPTS volontaires) pour pouvoir renforcer le dépistage et le suivi de la maladie rénale chronique et notamment la création d'un programme d'ETP ou encore d'actions dans le cadre de la semaine du rein.

- **Objectif général 4 : favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge**

  L'URPS Médecins ne peut que regretter l'absence de l'association de la médecine libérale sur la thématique de la santé mentale ces 5 dernières années, malgré les demandes récurrentes de conduire des actions sur ce sujet prégnant.

  Des expérimentations commencent pour sensibiliser les professionnels de santé au repérage des troubles psychiques mais la question de la santé mentale est bien plus large. Il ne sera pas possible d'avoir des effets positifs si la rémunération des psychologues par exemple, dans le cadre des consultations des jeunes, n'est pas revue. Bien que ressource essentielle, l'offre n'existe pas aujourd'hui…

  Il est également indispensable que les psychiatres libéraux soient associés aux réflexions importantes qui s'y déroulent. Une coordination des psychiatres libéraux serait un élément sans nul doute favorable pour permettre une meilleure coordination des acteurs.

  Enfin, il nous semble indispensable de reconnaître dans cet objectif la santé mentale des soignants (souffrance psychologique et agressions), notamment des médecins libéraux, car

il faut aller bien pour pouvoir accompagner ses patients, ce qui n'est pas le cas actuellement.
L'URPS Médecins est prête à investir pleinement cette problématique aux côtés de l'ARS.
Par ailleurs, il est pour les médecins un sujet majeur, la nécessité de prioriser la prévention et les actions face aux risques et atteintes de santé mentale, tous âges confondus, sur l'utilisation du digital (écrans, réseaux, applications, jeux). Cet enjeu n'est pas assez prégnant et ne peut se limiter qu'aux plus jeunes. Les effets sont ressentis sur l'ensemble de la population en matière de santé mentale.

- Objectif opérationnel 1 : promouvoir une politique de santé mentale positive et développer la prévention et le repérage précoce

  Il est préconisé de « renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, en particulier aux 3 âges clés de la vie (25-45-65 ans) avec comme « résultats attendus à 5 ans » : des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie (25, 45 et 65 ans) qui intègrent le repérage de la souffrance psychique chez l'adulte et l'orientation vers les prises en soin adaptées (*indicateurs ARS : taux de consultations médicales aux 3 âges clés intégrant le repérage et l'orientation de la souffrance psychique*) ». Cette approche nous semble déconnectée des réalités de terrain. Réduire le repérage de la souffrance psychique aux seules consultations de prévention médicales prise en charge (et non gratuites) reviendrait à dire que les personnes pourraient rester jusqu'à 20 ans avec leur souffrance en attendant un repérage. La souffrance psychologique ne peut être abordée dans ce cadre et il est essentiel de permettre aux médecins de l'accompagner au moment où les personnes sont en demande. Ce repérage doit être renforcé tout le temps avec des solutions à proposer car les consultations sont de plus en plus remplies de personnes en souffrance psychologique. Il peut être même délétère si le repérage est renforcé sans avoir de capacité d'accompagner derrière.

  Les consultations de prévention aux 3 âges-clés vont devoir déjà intégrer de nombreuses dimensions, elles ne seront pas la panacée, encore plus sur un sujet comme la souffrance psychologique.

- Objectif opérationnel 2 : favoriser l'inclusion des personnes concernées par les troubles psychiques, soutenir l'accompagnement des familles et des aidants, et faire évoluer les représentations sur la santé mentale
- Objectif opérationnel 3 : proposer une offre de soins coordonnée, adaptée selon l'âge, en fonction des besoins et du parcours de vie de la personne
- Objectif opérationnel 4 : attirer et fidéliser les professionnels des métiers de la psychiatrie et de la santé mentale dans les territoires, et promouvoir la délégation d'actes et les nouveaux métiers
- Objectif opérationnel 5 : accompagner et prendre en charge des enfants et des adolescents à risques ou vulnérables pour éviter l'aggravation des situations et les ruptures de parcours
- Objectif opérationnel 6 : favoriser la coopération et l'articulation des acteurs œuvrant au parcours de santé des personnes sous main de justice durant leur incarcération et lors de leur sortie de détention

- **Objectif général 5 : prévenir et agir face aux conduites addictives**
  - Objectif opérationnel 1 : poursuivre le renforcement des actions de promotion de la sante et de prévention des conduites addictives et/ou à risques dont la réduction des risques et des dommages

  - Objectif opérationnel 2 : améliorer la reconnaissance des conduites addictives en tant que maladie, l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives

    L'URPS Médecins est volontaire pour pouvoir travailler de concert avec l'ARS sur les thématiques des addictions émergentes (protoxydes d'azote, écran, etc.).

    Elle propose ainsi de travailler aux côtés du CHU de Lille et de l'URPS biologistes pour expérimenter un parcours de ville la prise en soin des consommateurs de protoxyde d'azote.

    Il est également intéressant de poursuivre les dynamiques novatrices d'actions concertées et coordonnées entre URPS, FEMAS et acteurs de la prévention mais initiée il y a trop peu de temps encore pour donner pleinement la plus-value de ces actions.

- **Objectif général 6 : optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères**

  Ici encore, des réflexions sont en cours pour créer des dynamiques d'Équipes de Soins Spécialisées, pneumologie notamment, qui pourraient permettre d'être des ressources utiles pour la mise en œuvre de ces objectifs.

  Il semblerait utile de faire connaître l'existant pour en développer le recours, les URPS proposent un programme d'ETP BPCO et risque cardiovasculaire global qui pourrait augmenter sa file active si le besoin était confirmé.

  - Objectif opérationnel 1 : détecter et prendre en charge le plus tôt possible les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables et la BPCO

    Nous ne pouvons que regretter de ne pas voir apparaître une action en cours pourtant soutenue par l'ARS elle-même, « cœur de femmes », visant à réaliser un dépistage des femmes en situation de péri-ménopause et faisant le lien entre la médecine de ville et les établissements de santé.

    A l'inverse, une clarification semblerait utile concernant les parcours cardiovasculaires/insuffisance cardiaque pour lesquels les médecins et professionnels de santé sont un peu perdus en termes de complémentarité d'offre.

  - Objectif opérationnel 2 : poursuivre l'amélioration de la filière d'urgence en cas d'événement aigu cardio-neurovasculaire

    Si les URPS sont marqués dans les acteurs concernés, nous ne pouvons que regretter la faible association de l'URPS Médecins sur le sujet. Cela était pourtant le cas auparavant, notamment sur les campagnes d'appel au 15.
  - Objectif opérationnel 3 : poursuivre le développement de la filière d'aval en post hospitalisation

  - Objectif opérationnel 4 : poursuivre l'accompagnement des professionnels de santé pour une prise en charge coordonnée de l'insuffisance cardiaque et de la BPCO sur le temps long de la maladie

- **Objectif général 7 : réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer**
  - Objectif opérationnel 1 : améliorer la prévention
  - Objectif opérationnel 2 : limiter les sequelles et améliorer la qualité de vie
  - Objectif opérationnel 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic
  - Objectif opérationnel 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous
  - Objectif opérationnel 5 : renforcer la démographie médicale

- **Objectif général 8 : améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies – Praps**

  L'URPS Médecins souhaiterait que les CPTS puissent avoir la possibilité, via leurs financements, de pouvoir développer davantage d'actions visant le secteur médico-social, cela n'est pas prévu explicitement aujourd'hui, ce qui est une perte de chances pour les patients les plus vulnérables.

  Il est également indispensable de donner accès à des professionnels aujourd'hui non remboursés comme les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes pour éviter l'aggravation de situation. Le remboursement pourrait être conditionné par une prescription médicale et à une obligation de retour/échanges avec le médecin traitant.

  Il y a cependant nécessité d'une rémunération correcte des paramédicaux (ex : psychologues), tout comme pour les médiateurs santé (https://www.santepubliquefrance.fr/docs/mediateur-en-sante-un-nouveau-metier-pour-reduire-les-inegalites-introduction-au-dossier), mais aussi une sécurisation de ces praticiens qui ne relèvent pas d'un Diplôme d'Etat.

  De plus, il semble nécessaire de pouvoir renforcer les approches spécifiques pour certaines thématiques de santé montrant des vulnérabilités spécifiques et des défaveurs en santé comme le genre, c'est-à-dire les spécificités des femmes mais aussi des hommes (dépression et ostéoporose chez l'homme, risque cardio-vasculaire pour les femmes…), ainsi que vulnérabilités particulières identifiées. Cette non prise en compte conduit à des pertes de chances pour les patients vulnérables et suscite pourtant un intérêt des professionnels de santé.

  Enfin, il nous semble que le PRAPS pourrait faire un lien avec la prévention quaternaire et le risque de « sur »prévention, « sur »médicalisation des populations vulnérables dans les zones fragiles identifiées, la concentration des objectifs et moyens sur un même public peut finir par être contre-productif avec une impression d'acharnement et le risque d'épuisement des acteurs et de découragement des publics qui devraient tout faire quand leurs conditions de vie ne s'améliorent pas à la même vitesse pour leur permettre d'être dans les meilleures dispositions. Ne pas limiter les approches aux seuls territoires prioritaires mais bien à l'ensemble des acteurs du soin pour que les bonnes pratiques bénéficient à tous les patients permet de diminuer la stigmatisation de ces territoires et les pertes de chance des publics vulnérables présents également sur les autres territoires.

6. Orientation stratégique 2 : assurer la veille et la gestion des risques sanitaires

L'URPS Médecins partage complètement les objectifs mentionnés et plaide pour la mise en place d'une application numérique, sanctuarisée au champ de la veille et des risques sanitaires pour permettre une information vitale directe, territorialisée, régulière, envers les professionnels de santé.
Elle pourrait permettre de faire le relais vers les portails existants pour répondre à la problématique de sous-déclaration de la médecine de ville des vigilances sanitaires.
Il pourrait également être nécessaire de reconnaître une mission d'alerte et de recueil des signaux faibles aux médecins libéraux en structurant et rémunérant une participation d'acteur de santé publique afin de ne pas reproduire ce qui s'est passé pendant la crise covid où les indicateurs de médecine de ville étaient inexistants ou limités à SOS médecins qui ne maillent pas l'ensemble de la région.

- **Objectif général 9 : prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies**
  - Objectif opérationnel 1 : prévenir l'émergence et la diffusion des épidémies
  - Objectif opérationnel 2 : développer une culture individuelle et collective de la santé publique dans la population
  - Objectif opérationnel 3 : détecter et répondre aux urgences de santé publique

- **Objectif général 10 : se préparer à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles**
  - Objectif opérationnel 1 : accroître l'efficience et la coordination de la réponse sanitaire aux situations sanitaires exceptionnelles (sse)
  - Objectif opérationnel 2 : intensifier la formation des professionnels de santé aux risques majeurs et adapter les moyens opérationnels de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
  - Objectif opérationnel 3 : renforcer la prévention de la radicalisation au travers de la sensibilisation des professionnels de santé et construire un dispositif regional coordonné de prise en charge des mineurs de retour de zone de guerre

7. Orientation stratégique 3 : favoriser la santé tout au long de la vie

- **Objectif général 11 : déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant**

  Au vu de la recomposition des familles, il semble toujours réducteur de parler de lien femme-enfant au bénéfice de parents-enfants ce qui permet ainsi à chacun de pouvoir jouer un rôle actif.

  Le lien avec la future ESS de pédiatrie est également inexistant et pourrait pourtant être un acteur constructif pour la mise en œuvre de ces objectifs.

  - Objectif opérationnel 1: maintenir l'accès aux soins des femmes et des enfants en prenant en compte la démographie des professionnels en diminution

  - Objectif opérationnel 2 : renforcer les actions de prévention, de repérage et de soins des pathologies spécifiques des femmes

    Si l'URPS reconnaît pleinement la nécessité d'avoir une approche des spécificités féminines, il semble cependant étonnant que cet objectif soit raccroché à un objectif général centré autour de l'enfant ou de la fonction reproductrice féminine quand les sujets sont bien plus nombreux que cette approche biomédicale. L'URPS médecins plaide d'ailleurs pour une prise en compte des spécificités féminines mais également masculines avec des défaveurs qui peuvent exister également et nécessitent d'être pris en compte. Un objectif général sur le genre dans lequel cet objectif opérationnel aurait été inclus aurait pu être novateur.

    Il est par ailleurs incompréhensible que les URPS et les professionnels de santé libéraux ne soient pas comptés comme des acteurs concernés par cet objectif.

  - Objectif opérationnel 3 : déployer la stratégie des 1000 premiers jours en l'adaptant aux besoins des territoires

  - Objectif opérationnel 4 : mieux structurer un parcours de santé et de soins sans rupture pour chaque enfant

  - Objectif opérationnel 5 : étendre et conforter le repérage et la prise en charge des femmes et enfants victimes de violences en réponse aux besoins de soins et savoir orienter

- **Objectif général 12 : promouvoir la santé des jeunes**

  - Objectif opérationnel 1 : promouvoir des comportements favorables à la santé et au bien-être des jeunes et limiter les conduites à risque

  - Objectif opérationnel 2 : renforcer la structuration d'une offre de prévention accessible et adaptée pour certains publics jeunes

    Là encore, nous ne pouvons que nous étonner de ne voir que les PMI mentionnées quand la médecine de ville, notamment les pédiatres, les généralistes, mais également les orthophonistes, chirurgiens-dentistes ou encore orthoptistes, conduisent des actions de prévention qui pourraient être renforcées auprès de ce public.

    Il existe également un vide important dans la période 6-18 ans qu'il serait important de structurer.

    Les troubles du neuro-développement et troubles scolaires chez les jeunes (15% des jeunes) ne sont pas présents dans les perspectives présentées.

L'ESS de pédiatrie en cours de déploiement pourrait être une ressource utile sur cet objectif.

- Objectif opérationnel 3 : accroître la coordination des acteurs intervenant auprès des jeunes dans les territoires
  L'absence actuel de discours commun peut amener un flou et une incompréhension de l'information auprès des jeunes avec des approches qui peuvent parfois être un peu trop restrictives dans leur approche pour certains discours.
  Il est également important d'harmoniser les discours sur les objectifs attendus (bien manger ou santé/obésité) et la cohérence des propos tenus au regard de ces objectifs.

- Objectif opérationnel 4 : favoriser le partage des informations en santé, social et de mise en oeuvre des politiques publiques menées par les differents partenaires en faveur des jeunes

- Objectif opérationnel 5 : favoriser la collaboration globale entre les partenaires en associant des jeunes
  Là encore, nous ne pouvons que regretter que dans l'objectif de collaboration globale, le médecin traitant ne soit même pas mentionné pour les jeunes à besoin particulier dans la recherche d'une collaboration active. L'URPS médecins renouvelle son intérêt pour travailler sur ces problématiques.

- **Objectif général 13 : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants**
  L'URPS Médecins regrette l'insuffisance association des médecins libéraux qui les concerne pourtant particulièrement.
  - Objectif opérationnel 1 : repérer et prévenir les fragilités et la perte d'autonomie

  - Objectif opérationnel 2 : soutenir les aidants et les accompagner au quotidien en renforcant notamment la communication et l'information du grand public et des professionnels
    Les médecins généralistes ou les infirmiers libéraux ne sont pas mentionnés dans les acteurs concernés quand ils sont en première ligne pour repérer les aidants qui pourraient avoir besoin de soutien.
    L'inter-URPS a d'ailleurs développé un programme d'ETP à destination des aidants qu'il est important de pouvoir reconnaître.

  - Objectif opérationnel 3 : ajuster et accompagner la transformation de l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés

  - Objectif opérationnel 4 : améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs dans les territoires

  - Objectif opérationnel 5 : accompagner les équipes soignantes et les usagers dans de nouvelles organisations en développant la culture commune et l'information

- **Objectif général 14 : promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap**
  - Objectif opérationnel 1 : déployer des réponses en corrélation avec les besoins identifiés

- Objectif opérationnel 2 : améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap

  L'URPS Médecins renouvelle son souhait de pouvoir travailler l'articulation des programmes d'ETP existants pour pouvoir en faire bénéficier les personnes en situation de handicap, voire les retravailler pour pouvoir les dispenser, en lien avec les équipes libérales, dans les structures médico-sociales.

  Là encore, la lisibilité de l'offre pour pouvoir en faire une information utile auprès des médecins libéraux semblerait plus qu'utile.

- Objectif opérationnel 3 : soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance

- Objectif opérationnel 4 : améliorer l'accès au repérage et au dépistage dans un objectif d'accompagnement précoce et permettre l'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture

  Il serait intéressant de voir comment l'ESS de pédiatrie pourrait être un relais utile sur cet objectif, en lien avec les médecins généralistes.

- Objectif opérationnel 5 : adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap et soutenir le choix de ceux qui souhaitent vivre en milieu ordinaire

8. Orientation stratégique 4 : assurer l'accès à la santé dans les territoires

L'URPS Médecins constate l'envie des acteurs locaux de travailler avec la médecine libérale pour trouver des solutions locales.
Cette envie nous semble salutaire et il est important que les URPS soient mieux identifiées par les mairies et acteurs territoriaux pour pouvoir nous mobiliser en temps utiles.

- **Objectif général 15 : garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires**
  Comme la contribution réalisée dans le cadre du CNR Santé ne semble pas voir été communiquée, l'URPS Médecins rappelle ses propos (voir annexe 1).
  L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler **l'intérêt d'avoir un médecin traitant,** son rôle et l'utilité d'un parcours de soins cohérent pour les patients : nécessité qu'une personne soit l'allié thérapeutique du patient en connaissant son historique, son parcours etc. pour lui permettre de faire des choix et d'avoir recours à une équipe traitante mais sous la responsabilité du médecin traitant. Il est possible de donner un accès à un médecin traitant en optimisant le temps médical en :
  1. mettant en place de la téléconsultation accompagnée respectant le parcours de soins permettant d'assurer aux patients d'être accompagné par des soignants de proximité :
  La recherche d'un médecin traitant pour les patients n'ayant pas la possibilité de se déplacer peut s'avérer compliquée. Une organisation territoriale de la téléconsultation accompagnée permettrait aux médecins de ne pas avoir à se déplacer au domicile du patient (gain de temps médical). Le patient serait accompagné par son infirmier.
  2. rendant interopérable les outils numériques :
  L'enjeu est de faciliter la coordination et les échanges entre les professionnels de santé en travaillant l'interopérabilité des outils de télémédecine, messageries instantanées, ... dans le cadre du respect du médecin traitant et du parcours de soins.
  Exemple : changements de normes européennes qui font que certains outils doivent évoluer, ne les rendant plus interopérables.
  3. maintenant l'identification du médecin traitant et non d'une « équipe traitante » :
  Le médecin traitant doit pouvoir être accompagné d'une équipe de soignants de proximité autour du patient, pour le bien du patient, mais l'identification d'un médecin traitant permet la responsabilité médicale et la cohérence/respect du parcours et des compétences de chacun. Quand tout le monde fait tout, le risque est la dilution de la responsabilité et que la qualité des soins en soit obérée du fait de l'absence de lisibilité des compétences et des responsabilités de chacun ainsi que de leur complémentarité.
  4. Identifiant un pool de médecins en capacité d'accueillir des nouveaux patients à l'échelle d'un territoire (mission accès MT des CPTS) et non plus sur une échelle individuelle.
  5. Proposant de la délégation de tâches accompagnée d'un modèle économique et négociée avec les différentes professions concernées pour qu'elles soient partagées par l'ensemble des professions et donc acceptées par tous, ce qui faciliterait l'appropriation et la mise en œuvre.
  6. Investissant dans des locaux des professionnels de santé de manière pérenne afin de favoriser l'installation en équipe inter-professionnelle et le recours à des assistants médicaux.

7. **Généralisant l'adjuvat médecin :** aujourd'hui, il est possible, en cas d'afflux exceptionnel de population, d'effectuer un adjuvat, c'est-à-dire de devenir médecin adjoint (si non thésé) ou assistant (si thésé) d'un autre médecin installé.
Par extension, ces contrats se répandent progressivement dans les zones médicales sous-denses où l'on peut considérer qu'il existe un afflux de patients. Ils ont également été autorisés dans certaines situations exceptionnelles touchant de manière inattendue les médecins installés (arrêts maladie, décès, etc.).
Les contrats sont accordés pour une durée maximale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'État, et sont renouvelés dans une certaine limite.
Ils permettent d'exercer de manière simultanée avec le médecin installé, ce qu'interdit le contrat de remplacement habituel.
Renforçant la présence du second recours dans les territoires sous dotés et dans les exercices coordonnés, la reconnaissance des Équipes de Soins Spécialisées sera un outil pour y parvenir.

8. Favorisant la poursuite d'exercice des médecins retraités avec un modèle incitatif de rémunération pour ceux qui souhaitent poursuivre.

9. Renforçant la présence du second recours dans les territoires sous dotés et dans les exercices coordonnés. La reconnaissance des Équipes de Soins Spécialisées sera un outil pour y parvenir ainsi que le développement des consultations avancées dans les cabinets médicaux des médecins généralistes ou via la téléconsultation accompagnée ou la télé-expertise.

10. Sensibilisant les élus locaux aux nouvelles organisations de soins pour sortir du « médecin partout » quand les exercices coordonnés permettent d'autres organisations tout aussi satisfaisantes pour la population.

Une attention particulière doit être portée pour faciliter l'accès à un médecin traitant pour les résidents de structures sociales et médico-sociales qui n'en auraient pas. La revalorisation des actes réalisés dans ces structures, le développement de la téléconsultation accompagnée mais également le lien avec les CPTS qui ont pour mission socle l'accès au médecin traitant pourraient être des solutions.
Il est également important de pouvoir lever tous les freins quant à la mise en place d'initiatives territorialisées portées par les professionnels de santé de terrain (cabinet secondaire en médecine générale par exemple).

- <u>Objectif opérationnel 1 : adapter notre offre de formation paramédicale aux besoins des territoires</u>

- <u>Objectif opérationnel 2 : mobiliser le levier de la formation médicale pour soutenir l'accès aux soins</u>

  La réalisation de stages en spécialités hors médecine générale en médecine libérale nous semble également un levier important pour soutenir l'avenir de l'offre de la médecine libérale, toutes spécialités confondues.

  Les MSU ne sont pas que des généralistes et le développement des MSU dans les autres spécialités permettra l'accueil facilité des internes.

  Il est également important de renforcer les liens avec l'Université de Reims pour permettre aux étudiants de faire leur stage dans l'Aisne. C'est un facteur bloquant identifié pour l'installation des médecins dans ce département.

- Objectif opérationnel 3 : renforcer l'attrait des territoires sous-denses auprès des étudiants en santé
  L'URPS Médecins pense également qu'il est important, plutôt que de favoriser de plus en plus le salariat en ville, de mieux faire connaître et valoriser la médecine libérale dès les 1ères années de formations.
  L'URPS Médecins va développer ainsi des mini-stages en libéral pour permettre aux étudiants, dès la 2ème année, de découvir le métier de médecin libéral, toutes spécialités confondues, et ses richesses pour redonner envie de s'installer.

- Objectif opérationnel 4 : donner aux territoires sous-denses la capacité d'attirer de nouveaux professionnels de santé

- Objectif opérationnel 5 : redonner du temps médical aux médecins
  Il est important de rappeler non seulement la limite de financement des IPA durant les 2 ans de formation mais aussi l'absence de modèle économique pour embaucher une IPA et pérenniser son poste.
  Par ailleurs, le soutien de l'ARS à la mise en place d'un Groupement d'Employeurs pourrait être de nature à rassurer les médecins qui ont parfois des craintes vis-à-vis de l'embauche de salariés.

- Objectif opérationnel 6 : renforcer l'attractivité et la qualité de vie en établissements de santé et en structure médico-sociale

- **Objectif général 16 : garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences**
  L'URPS Médecins réaffirme le fait que la médecine libérale offre déjà une réponse à la demande de soins non programmés. Cette activité n'est pas pleinement identifiée et, de fait, non reconnue actuellement. Un travail sur le recueil de cette activité en médecine libérale (cabinets, MSP, établissements de santé) est nécessaire pour permettre d'en rendre compte objectivement et ainsi faire taire les représentations erronées de la part du monde hospitalier envers le libéral. Cette méconnaissance entraîne aujourd'hui des tensions et incompréhensions qui pourraient être évitées.
  Comme la contribution réalisée dans le cadre du CNR Santé ne semble pas voir été communiquée, l'URPS Médecins rappelle ses propos (voir annexe 1).
  L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler **la différence entre urgence ressentie et urgence réelle.** Les retours des expérimentations SAS montrent la nécessité de réassurance des patients mais aussi l'approche de la consultation parfois comme une consommation de service avec impossibilité de se satisfaire d'un RDV sous 48h pour une partie de la population... On observe des patients qui consultent plusieurs fois par semaine ou ne supportent pas d'être différés à des RDV à 48h et vont souhaiter être reçus dans la journée...
  Il est également essentiel de veiller à ce que les solutions proposées soient protectrices des professionnels de santé car **le risque d'épuisement est important, tous secteurs confondus, pour une plus-value médicale à consolider.**
  Voici les propositions de l'URPS Médecins Hauts-de-France :
  1. **Mettre en place de la téléconsultation pour les soins non programmés avec le médecin traitant du patient en priorité, sinon avec un médecin généraliste du territoire tout en s'assurant, par une organisation territoriale, de la possibilité d'une consultation physique en cas de nécessité.**

2. **Mettre en place de la téléconsultation accompagnée respectant le parcours de soins.**
3. **Mettre en place des téléconsultations avec les professionnels de second recours.**
4. **Organiser une permanence des soins du second recours, les ESS pourraient en être l'outil pour une organisation correspondant aux réalités de terrain, notamment démographiques et territoriales ;**
5. **Mettre en place de la régulation déportée/délocalisée : actuellement le médecin régulateur doit se déplacer dans les locaux de la régulation. L'enjeu de la régulation déportée permettrait aux médecins de réguler en dehors des locaux de la régulation, y compris à son domicile.**
6. **Mettre en place des téléexpertises pour toutes spécialités avec les spécialistes de la région, autant que faire se peut.**
7. **Travailler sur les zones blanches (numérique) afin de faciliter l'intégration d'actes de télémédecine dans l'exercice des médecins libéraux**
8. **Mettre la PDSA le samedi matin et la décaler en 20h-23h la semaine.**
9. **Pas d'avance de frais pour le patient dans le cadre de la PDSA avec charge à l'Assurance Maladie de récupérer la part complémentaire auprès des tiers et ainsi ne plus être en défaveur par rapport aux urgences qui ne font pas payer les patients.**
10. **Permettre aux CPTS de développer leurs organisations de SNP en leur donnant la possibilité de financer les +15€ aux médecins acceptant de s'organiser à l'échelle de leur territoire**
11. **Ne pas autoriser des centres de soins non programmés par des médecins exclusivement dédiés à cette activité (sans patientèle MT) ;**
12. **Permettre un accès privilégié aux organisations de soins non programmés aux structures sociales et médico-sociales sur le territoire, via un protocole d'orientation afin de limiter le recours aux urgences**
13. **Renforcer les compétences des usagers pour diminuer les recours non urgents et développer l'éducation à la santé pour autonomiser les patients et ainsi limiter les soins non programmés via une meilleure culture en santé.**
14. **Mettre en place une régulation aux urgences réalisant de l'éducation à la santé pour permettre de différer les soins non urgents et ainsi faire monter en compétence la population en matière d'efficience de recours aux soins.**

- <u>Objectif opérationnel 1 : proposer des parcours de soin adaptés à la prise en charge des soins non programmés sans recours aux urgences</u>

  L'URPS Médecins rappelle la nécessite de ne pas faire reposer uniquement sur les CPTS pour l'organisation des SNP en ville : existence de SNP hors structure d'exercice coordonné (ex : cabinet monopro ou médecin seul ayant des créneaux de SNP) mais également chez les médecins spécialistes qui font des SNP (en ESS ou directement dans leur cabinet).

  Il est important de ne pas développer des centres de SNP en journée car les ressources médicales sur les territoires ne sont pas extensibles : risque d'avoir des structures sans médecin ou des médecins exerçant exclusivement en SNP (exemple : centre de santé du Musée de Valencienne) ce qui n'est pas souhaité par l'URPS ML (impact à terme sur les installations en ville).

  Il est enfin nécessaire d'avoir une majoration d'urgence pour l'ensemble des SNP hors patientèle MT (pas uniquement pour les renvois du SAS) pour éviter une désorganisation du système avec un renvoi systématique vers le 15 et rémunérer de façon équitable les médecins qui s'organisent sur leur territoire (par exemple : cas des

médecins de la CPTS Grand Douai qui s'organisent sur les SNP mais qui ne bénéficient pas du supplément car la régulation ne les appelle pas directement). En l'attente des nouvelles négociations sur ce sujet, des consignes d'articulation régulation/effection pourraient être données par l'ARS pour éviter ce type de situation.
Par ailleurs, pour les autres spécialités qui sont prêtes à se mobiliser pour les Soins Non Programmés, la majoration d'urgence doit pourvoir être applicable dans les mêmes conditions, y compris avec les actes médicaux.

- Objectif opérationnel 2 : assurer la bonne orientation des patients dans le système de soins via la régulation pour garantir un accès aux soins pertinent
  Les urgences sont souvent saturées car dans des départements (dont l'Oise), il est demandé à la population d'appeler le 15 pour les SNP. Par conséquent, la régulation renvoie vers les urgences faute de SAS dans le département => Il nous semble donc important d'éduquer la population pour éviter les appels vers 15 **et d'avoir un numéro de SNP distinct du 15**
  Attention à ne pas organiser tous les SNP autour du SAS et de tenir compte de l'existence des organisations territoriales ville
  L'URPS Médecins n'est pas favorable au SAS jusqu'à 22H. Les cabinets médicaux étant fermés à cette heure, aucune effection n'est possible. La régulation doit donc continuer d'être assurée dans le cadre de la PDSA.

- Objectif opérationnel 3 : garantir la réponse aux urgences vitales et graves, tout en soutenant les équipes des structures de médecine d'urgence

- Objectif opérationnel 4 : fluidifier les parcours de soins à partir des urgences et en aval

- Objectif opérationnel 5 : renforcer les outils d'observation et d'analyse de l'activité des soins urgents et non programmés dans une logique de territorialisation de l'action
  En lien avec l'ORU (Observatoire Régional des Urgences), l'URS Médecins confirme la nécessité d'avoir des données sur la prise en charge des urgences en ville et pas uniquement en structures hospitalières.

- **Objectif général 17 : améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs**
  - Objectif opérationnel 1 : développer une organisation et une stratégie régionale de qualité des soins dans toutes les unités de la filière des soins critiques
    Les conditions techniques de fonctionnement opposables aux établissements de santé pour les soins critiques (décret du 05 avril 2022) prévoit la création d'un nouveau niveau : **les soins renforcés**. Ce niveau sera davantage attribué aux **cliniques privées qui perdront de fait leur autorisation de soins intensifs et réanimation avec un impact sur l'exercice de certaines activités de soins, comme la cancérologie.**
    L'URPS Médecins rappelle donc qu'il est important de prendre en compte les ressources médicales disponibles dans les établissements dans la délivrance des nouvelles autorisations avec un maintien des autorisations actuelles de soins intensifs dans les établissements privés. Elle souhaite donc être associée au développement de cet axe stratégique. Cette perte d'autorisation de réaliser leur activité de cancérologie, générant une perte de chance importante pour les patients.

  - Objectif opérationnel 2 : fluidifier les circuits des patients de la filière des soins critiques, en optimisant le séjour de l'admission à la sortie

- Objectif opérationnel 3 : renforcer les prises en charge de proximité et l'accès à une expertise en soins palliatifs

  L'URPS Médecins réaffirme que c'est d'abord et en premier lieu le médecin traitant qui accompagne son patient et ses proches en fin de vie. Beaucoup de médecins traitants sont formés aux soins palliatifs mais leur compétence est peu visible et peu reconnue des acteurs de soins palliatifs.

  Il nous semble important que les médecins traitants qui le souhaitent puissent accompagner leurs patients jusqu'au bout (démarche d'accompagnement et de limitation de la douleur). Il est important de remettre le médecin traitant dans les échanges.

  Il est nécessaire avant de lancer toutes nouvelles actions sur cet axe d'identifier ce qui est fait en ville, l'ensemble des diagnostics régionaux reposant sur les structures hospitalières ou spécialisées en soins palliatifs. La création d'un acte spécifique à la CCAM pour les médecins pourrait permettre de reconnaître cet exercice.
- Objectif opérationnel 4 : accompagner les évolutions de l'usage de l'imagerie médicale : téléradiologie, apports à la permanence des soins, coopérations territoriales et pertinence des actes

- **Objectif général 18 : mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements**
  - Objectif opérationnel 1 : soutenir la dynamique d'investissement des établissements de santé et médico-sociaux
  - Objectif opérationnel 2 : veiller à la soutenabilité financière des investissements et projets des établissements de santé et medico- sociaux
  - Objectif opérationnel 3 : accompagner les établissements de santé et médico-sociaux en difficulté

- **Objectif général 19 : accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires**
  - Objectif opérationnel 1 : accompagner et suivre les dispositifs d'amélioration continue des pratiques professionnelles au sein des structures sanitaires des établissements médico-sociaux et des structures de prévention
  - Objectif opérationnel 2 : former et outiller les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, à l'amélioration continue des pratiques pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

    L'URPS Médecins travaille notamment en lien étroit avec l'ARS pour développer une culture qualité en médecine libérale, compatible avec les réalités de terrain et avec un retour indispensable pour les médecins qui y contribueraient.

- **Objectif général 20 : poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires**

  L'URPS Médecins souhaite rappeler des points de vigilance et expression de la médecine libérale dont certains avaient déjà été mentionnés dans notre contribution nationale relative à la doctrine technique du numérique en santé en 2019 (voir annexe 2).

  Par ailleurs, il est important de comprendre la charge mentale, économique et administrative qu'entraîne le virage numérique avec l'obligation d'être informé d'une réglementation évoluant régulièrement (dont RGPD, etc.), l'obligation d'avoir des outils

mis à jour (logiciels métier, antivirus, télémédecine etc.), de la prévention du risque cyber etc. Le recours au numérique entraîne aussi une réassignation de tâches administratives qui étaient auparavant dévolues aux assistances administratives, augmentant la charge de travail non médical des médecins.
Il est important de prendre ces dimensions en compte pour des professionnels de santé libéraux qui n'ont pas les moyens et ressources dont peuvent bénéficier les établissements en se retrouvant avec les mêmes obligations. L'URPS Médecins souhaite pouvoir les en soulager au maximum, en lien avec le GRADES Sant&numérique.

- <u>Objectif opérationnel 1 : accompagner le déploiement des services numériques de l'ensemble des acteurs de santé en soutien de l'objectif national d'échange et de partage sécurisé des données de santé</u>

  L'interopérabilité reste un enjeu essentiel pour les médecins libéraux.
  Les outils socles nationaux doivent répondre aux besoins des professionnels de santé et ne pas leur imposer des contraintes supplémentaires dans leur activité. L'interopérabilité est une condition de réussite majeure.
  Il est important que les médecins libéraux, y compris en établissements, puissent garder le libre choix de leurs solutions et que ces dernières ne puissent leur être imposés sur des solutions non critiques, à l'image du e-RDV. Il en est de même pour les plateformes téléphoniques qui imposent des solutions numériques parfois non souhaitées par les libéraux.
  Par ailleurs, l'URPS Médecins a conduit une enquête au printemps 2023 visant à connaître les retour terrain sur la mise à jour SEGUR de leurs logiciels métiers. Sur la base de 341 réponses, toutes spécialités confondues, il ressort une satisfaction relative avec une note moyenne de 2,57/5. Cette insatisfaction générée notamment par :
  - des bugs applicatifs (46,2%),
  - des déconnexions quotidiennes voire pluriquotidiennes (40,9%),
  - des difficultés d'interopérabilité avec les outils socles nationaux à savoir le DMP ou la messagerie sécurisée (26,7%), l'INS (10,2%) et la e-CPS (4,0%).

  Des lenteurs d'utilisation du logiciel et des pertes d'ergonomies ont également été remontées par les répondants.
  Cette enquête montre non seulement l'intérêt de conduire ce type d'enquête, réalisée par les professionnels de santé pour les professionnels de santé, et de les renouveler, mais également d'utiliser ces retours d'expérience dans le cadre de la comitologie du numérique en santé pour que les médecins ne soient pas pénalisés de ces évolutions.
  L'écoute des tutelles est importante sur ces questions mais il serait utile d'avoir des marges de manœuvre plus importantes d'un point de vue régional, la plupart des éléments semblant se décider au niveau national avec une impression de déconnection des réalités de médecins de terrain.

- <u>Objectif opérationnel 2 : promouvoir les usages de Mon espace santé auprès de tous les usagers et acteurs de l'écosystème de santé</u>

  L'URPS Médecins met une alerte sur les procédures actuelles de référencement des outils à destination des patients dont l'éthique ne fait pas aujourd'hui partie des critères de sélection aux seuls bénéfices de critères de respect de réglementation.
  Par ailleurs, La question est également posée des Quantified Self-Qs (https://www.cnil.fr/fr/definition/guantified-self), qui regroupent les principes, méthodes et outils permettant à chacun de mesurer ses données personnelles, de les

analyser et de les partager. Les outils du QS peuvent être des objets connectés, des applications mobiles ou des applications web. Ces données échappent aujourd'hui à la législation relative aux projets de santé et il pourrait être salutaire que l'Etat et les tutelles puissent envisager une réglementation de ces dernières dans but de protection des utilisateurs, notamment les plus vulnérables car elles ne sont pas couvertes par le secret médical car non produites dans le cadre du soin. Dans le cadre d'une approche du numérique en santé, ces données doivent également être prises en compte et faire l'objet d'une attention particulière.
La HAS a publié *un guide d'aide au choix des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel à destination des professionnels et des établissements de santé* qu'il serait utile de diffuser auprès des professionnels de santé libéraux.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/dispositif_medicaux_numerique_a_usage_professionnel_guide_daide_au_choix.pdf

- Objectif opérationnel 3 : renforcer la cybersécurité de notre système de santé

- Objectif opérationnel 4 : favoriser l'usage des services de télésanté et l'accès aux solutions du marché pour l'ensemble des acteurs de santé

  Le numérique doit être au service du professionnel de santé dans son exercice et contribuer également à la relation de confiance avec ses patients. Les outils doivent répondre à des usages et ne doit pas contribuer à induire de sous-soins mais de favoriser la prise en charge des patients, de gagner du temps médical et permettre aux professionnels de santé de recentrer sur sa pratique La mise en place d'outil numérique doit intégrer une notion humaniste et éthique dans son usage.
  Il y a nécessité d'une régulation des politiques publiques du numérique en santé afin d'éviter que ce soient les outils qui définissent l'organisation des soins et prévenir des conflits d'intérêt.
  Bénéficier d'un référentiel des solutions existantes pour faciliter le choix de ces outils par les professionnels de santé (labellisation ?) serait utile et pourrait être réalisé par le GRADES en lien avec les URPS. Ce référencement pourrait ainsi identifier sur la ressource répond bien aux besoins des professionnels de terrain, l'approche éthique de la ressource et notamment la propriété des données de santé, l'appui sur un maillage territorial ou non.
  L'URPS Médecins Hauts-de-France demande également à ce que les données médicales produites par la télémédecine restent la propriété des professionnels de santé et patients, et non des industriels, afin d'en rendre impossible le commerce. Il est important que ces données demeurent incessibles.
  De plus, il persiste des « zones blanches », des zones de fragilité numérique (https://2040.hautsdefrance.fr/un-indice-de-fragilite-numerique/), qui ne permettent pas le déploiement des usages, malgré la volonté des professionnels de ces territoires.

- Objectif opérationnel 5 : déployer les services régionaux de coordination au profit des organisations et initiatives locales favorisant le décloisonnement et l'attractivite des territoires

  L'URPS Médecins rejoint la nécessité d'avoir un portail où trouver les professionnels de santé et non les solutions pour pouvoir développer les usages entre professionnels de santé d'abord et non par clients d'un industriel.

En ayant questionné les médecins libéraux, il y a nécessité d'avoir un portail unique pour les praticiens pour les usages de télémédecine. Pour que le virage de la télémédecine se développe, il est impossible que ce soit aux médecins de s'interfacer avec chaque industriel mais bien aux industriels d'être interopérables avec une interface pour laquelle le médecin pourra ensuite faire son choix, idéalement par porte d'entrée professionnels de santé et usages.

Il semble toujours nécessaire de réaffirmer que les bouquets de services qui sont proposés soient bien des services voulus et souhaités par les patients/professionnels de santé, en lien étroit avec les tutelles et sur laquelle s'adosseront les industriels avec le souci du maintien des collaborations existantes entre les soignants habituels et identifiés du patient, notamment le médecin traitant. Il est par exemple important que la gestion des E-RDV ou de téléconsultations rendent malgré tout impossible le compérage, ce qui nécessite donc que l'ensemble des professionnels de santé soient répertoriés ou que les patients en soient éclairés afin de ne pas créer de perte de chance pour les professionnels de santé libéraux qui n'auraient pas souscrit à la solution proposée.

- <u>Objectif opérationnel 6 : réduire la « fracture numérique » en santé des usagers et des professionnels de santé</u>

  L'URPS Médecins demande une vigilance quant aux plateformes répertoriant des professionnels non utilisateur de cette dernière et proposant de trouver un autre professionnel de cette plateforme pour la mise en place d'une téléconsultation.

  Il est par ailleurs essentiel de sensibiliser et informer les professionnels sur le domaine de la E-santé (de la formation à l'installation, …).

  Dans l'enquête de l'URPS Médecins, 6% des médecins utilisent un logiciel métier non référencé Ségur. Ces médecins, ainsi que ceux n'utilisant pas de logiciel métier, sont un public prioritaire à accompagner dans les nouveaux usages du numérique.

9. Orientation stratégique 5 : mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé

- **Objectif général 21 : mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales**

  En complément du CNR, l'URPS Médecins rappellent que les innovations doivent se décliner en ville. L'URPS Médecins demande des moyens pour pouvoir accompagner les médecins libéraux pour développer les innovations au sens large, tels que les articles 51 qui sont principalement portés par des hospitaliers ou des industriels aujourd'hui alors qu'ils avaient été pensés pour la médecine de ville. Il est important que les acteurs de soins de ville puissent être les porteurs de leurs propres projets. L'URPS médecins pourrait tout-à-fait réaliser ces accompagnements sous réserve de moyens dédiés.

  - Objectif opérationnel 1 : poursuivre la dynamique des débats publics du conseil national de la refondation par des actions concrètes
  - Objectif opérationnel 2 : élaborer et mettre en oeuvre des feuilles de route pour décliner le projet régional de santé dans les territoires

- **Objectif général 22 : faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers dans tous les territoires**

  - Objectif opérationnel 1 : déployer les contrats locaux de santé dans les territoires pour mettre en synergie les actions de santé et les actions d'aménagement du territoire

  Comme la contribution réalisée dans le cadre du CNR Santé ne semble pas voir été communiquée, l'URPS Médecins rappelle ses propos.

  L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler la nécessité **d'une lisibilité des métiers de la santé.** A force de donner l'impression que toutes les professions de santé se valent et peuvent tout faire, on court le risque de démotivation des vocations qui ne s'y retrouveront plus et on risque la démotivation des professionnels actuels qui pourraient avoir envie d'exercer d'autres métiers, (tendances qui s'observent déjà...).

  La vision sacerdotale du métier est finie. Il est important que le métier de médecin soit **reconnu pour continuer de donner envie aux jeunes générations de l'exercer.** Le sentiment de déclassement est aujourd'hui important et dangereux pour l'avenir de la profession.

  Voici les propositions de l'URPS Médecins Hauts-de-France :

  1. Travailler les zones blanches pour avoir une couverture numérique suffisante pour faciliter l'activité des professionnels de santé et améliorer l'attractivité des territoires

  2. Développer/renforcer les stages d'étudiants en médecine libérale pour rendre attractif la médecine libérale, toutes spécialités confondues

  3. Soutenir la formation continue indépendante des industriels (pharmaceutiques et numériques)

  4. Favoriser la formation à la maîtrise de stage en assurant sa prise en charge en formation hors quota total, c'est-à-dire pouvoir la réaliser tout en pouvant suivre d'autres formations

  5. Développer les stages de médecine libérale au sein des établissements médico-sociaux (avec présence médicale)

  6. Favoriser les stages dans les zones sous-dotées/rurales car il est démontré que l'expérimentation dans ces zones favorisent les installations par la suite. Aujourd'hui, ces stages ne sont pas priorisés pour ces secteurs.

7. Valoriser les postes liés à la personne âgée au vu du contexte démographique vieillissant. Exemple : gériatre, médecin coordonnateur EHPAD, psychogériatrie, MAS, FAM, etc.

8. Généraliser les échanges / l'analyse de pratique entre pairs afin :

- D'évoquer les problématiques communes autour de certaines prises en soin

- Trouver des leviers d'action face aux difficultés rencontrées,

- Créer du lien entre professionnels de santé sur un même territoire.

9. Protéger les professionnels de santé des contrats précaires qui leur sont proposés et acceptés par méconnaissance du droit comme on peut le voir pour certaines spécialités en établissements de santé privé qui sont des répulsifs pour permettre des installations.

10. Création de locaux adaptés pour favoriser l'exercice pluriprofessionnel et permettre des transports en commun ou non, pour se rendre sur ces lieux de santé.

11. Permettre aux médecins d'avoir des conditions de vie accueillantes :

Les médecins terminent leurs études à un âge avancé ou leur vie sociale, voire familiale, est déjà installée et il est important que leur lieu d'installation soit compatible avec leurs conditions de vie.

12. Décentraliser les formations des métiers de santé, y compris les médecins, dans les lieux délocalisés (exemple des hôpitaux périphériques) hors grands pôles urbains : Il est prouvé que les professionnels sont ensuite plus enclins à s'installer à proximité de ces territoires (exemple des IFSI ou encore des assistanats partagés). Ces formations doivent être suffisamment longues pour pouvoir permettre la création de réseaux informels.

13. Favoriser la médiation en santé, c'est-à-dire accompagner les personnes vulnérables dans le parcours de soins habituel.

- **Objectif général 23 : poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité**
  - Objectif opérationnel 1: faciliter et améliorer l'accès aux soins en favorisant la mobilité des patients et des professionnels transfrontaliers
  - Objectif opérationnel 2 : poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en situation de handicap dans les établissements et services médico-sociaux wallons
  - Objectif opérationnel 3 : consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière

10. Orientation stratégique 6 : mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé

- **Objectif général 24 : mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé....**
  - Objectif opérationnel 1 : renforcer les droits individuels et collectifs des usagers de la santé
  - Objectif opérationnel 2 : développer l'information par une communication plus accessible

    L'URPS Médecins se met à la disposition des représentants des usagers et citoyens pour travailler avec eux une communication intelligible mais pour leur permettre également d'appréhender les enjeux propres à la médecine libérale.

    Nous travaillons de longue date avec les représentants de patients et d'usagers et notamment France Asso Santé et mesurons tout l'intérêt d'avoir des débats constructifs.

    Un partenariat est initié avec France asso pour développer notamment la place des usagers au sein des CPTS notamment.

    L'éducation des usagers à la santé est un incontournable de la survie de notre système de protection sociale ; soignants et associations d'usagers doivent continuer de travailler main dans la main.

  - Objectif opérationnel 3 : impliquer les usagers et citoyens dans la politique de santé et au plus près des territoires

    L'URPS Médecins se met à la disposition des représentants des usagers et citoyens pour travailler avec eux leur implication.

11. Annexes

Annexe 1 : Contribution de l'URPS Médecins au Conseil National de Refondation (CNR) Santé, novembre 2022

Annexe 2 : Contribution de l'URPS Médecins Hauts-de-France relative à la doctrine numérique en santé, 30/12/2019

ANNEXE 1

MÉDECINS LIBÉRAUX
HAUTS-DE-FRANCE
NORD-PAS DE CALAIS / PICARDIE

Conseil National de Refondation Santé

Contribution de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France

Annexe

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX HDF

Novembre 2022

SOMMAIRE

1.1. Sous-titre ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2. « Donner à tous un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante, en particulier pour nos concitoyens les plus fragiles » 3

3. « Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés » 4

4. « Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé » 5

5. « Créer une nouvelle alliance entre les acteurs pour que la prévention entre dans le quotidien des français » 6

Annexe

Le volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) a été lancé le 3 octobre par le ministre de la Santé et de la Prévention et se déclinera en région Hauts-de-France jusqu'en décembre avec pour objectif de faire émerger du terrain des solutions concrètes pour améliorer le système de santé.
En complément de sa participation aux concertations organisées dans les territoires, l'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite apporter sa contribution et faire des propositions autour des 4 thématiques du CNR santé :

1. « Donner à tous un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante, en particulier pour nos concitoyens les plus fragiles »
2. « Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés »
3. « Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé »
4. « Créer une nouvelle alliance entre les acteurs pour que la prévention entre dans le quotidien des français »

Nous espérons que ces dernières pourront nourrir les débats et seront retenues.
Il est cependant utile de rappeler l'intérêt d'avoir des diagnostics complets pour pouvoir proposer des solutions ajustées et correspondabt aux réalités de terrain. Attention aux diagnostics de territoire qui pourraient être réducteurs sur des problématiques dont les enjeux professionnels sont importants et où les diagnostics des acteurs impliqués sont essentiels.

1. « Donner à tous un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante, en particulier pour nos concitoyens les plus fragiles »

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler **l'intérêt d'avoir un médecin traitant,** son rôle et l'utilité d'un parcours de soins cohérent pour les patients : nécessité qu'une personne soit l'allié thérapeutique du patient en connaissant son historique, son parcours etc. pour lui permettre de faire des choix et d'avoir recours à une équipe traitante mais sous la responsabilité du médecin traitant.
Il est possible de donner un accès à un médecin traitant en optimisant le temps médical en :

1. **mettant en place de la téléconsultation accompagnée respectant le parcours de soins permettant d'assurer aux patients d'être accompagné par des soignants de proximité :**
   La recherche d'un médecin traitant pour les patients n'ayant pas la possibilité de se déplacer peut s'avérer compliquée. Une organisation territoriale de la téléconsultation accompagnée permettrait aux médecins de ne pas avoir à se déplacer au domicile du patient (gain de temps médical). Le patient serait accompagné par son infirmier.

2. **rendant interopérable les outils numériques :**
   L'enjeu est de faciliter la coordination et les échanges entre les professionnels de santé en travaillant l'interopérabilité des outils de télémédecine, messageries instantanées, … dans le cadre du respect du médecin traitant et du parcours de soins.
   Exemple : changements de normes européennes qui font que certains outils doivent évoluer, ne les rendant plus interopérables.

3. **maintenant l'identification du médecin traitant et non d'une équipe traitante » :**
   Le médecin traitant doit pouvoir être accompagné d'une équipe de soignants de proximité autour du patient, pour le bien du patient, mais l'identification d'un médecin traitant permet la responsabilité médicale et la cohérence/respect du parcours et des compétences de chacun. Quand tout le monde fait tout, le risque est la dilution de la responsabilité et que la qualité des soins en soit obérée du fait de l'absence de lisibilité des compétences et des responsabilités de chacun ainsi que de leur complémentarité.

4. **Identifiant un pool de médecins en capacité d'accueillir des nouveaux patients à l'échelle d'un territoire (mission accès MT des CPTS) et non plus sur une échelle individuelle.**

Annexe

5. **Proposant de la délégation de tâches accompagné d'un modèle économique et négociée avec les différentes professions concernées pour qu'elles soient partagées par l'ensemble des professions et donc acceptées par tous, ce qui faciliterait l'appropriation et la mise en œuvre.**
6. **Investissant dans des locaux des professionnels de santé de manière pérenne afin de favoriser l'installation en équipe inter-professionnelle et le recours à des assistants médicaux.**
7. **Généralisant l'adjuvat médecin : aujourd'hui, il est possible, en cas d'afflux exceptionnel de population, d'effectuer un adjuvat, c'est-à-dire de devenir médecin adjoint (si non thésé) ou assistant (si thésé) d'un autre médecin installé.**
   Par extension, ces contrats se répandent progressivement dans les zones médicales sous-denses où l'on peut considérer qu'il existe un afflux de patients. Ils ont également été autorisés dans certaines situations exceptionnelles touchant de manière inattendue les médecins installés (arrêts maladie, décès, etc.).
   Les contrats sont accordés pour une durée maximale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'État, et sont renouvelés dans une certaine limite.
   Ils permettent d'exercer de manière simultanée avec le médecin installé, ce qu'interdit le contrat de remplacement habituel.
   Renforçant la présence du second recours dans les territoires sous dotés et dans les exercices coordonnés, la reconnaissance des Équipes de Soins Spécialisées sera un outil pour y parvenir.
8. **Favorisant la poursuite d'exercice des médecins retraités avec un modèle incitatif de rémunération pour ceux qui souhaitent poursuivre.**
9. **Favorisant l'accès aux spécialistes via des consultations de spécialistes dans les cabinets médicaux des médecins généralistes ou via la téléconsultation accompagnée ou la télé-expertise.**
10. **Valorisant à sa juste valeur la primoconsultation d'un patient pour un médecin s'engageant à être son médecin traitant.**
11. **Sensibilisant les élus locaux aux nouvelles organisations de soins pour sortir du « médecin partout » quand les exercices coordonnés permettent d'autres organisations tout aussi satisfaisantes pour la population.**

Une attention particulière doit être portée pour faciliter l'accès à un médecin traitant pour les résidents de structures sociales et médico-sociales qui n'en auraient pas. La revalorisation des actes réalisés dans ces structures, le développement de la téléconsultation accompagnée mais également le lien avec les CPTS qui ont pour mission socle l'accès au médecin traitant pourraient être des solutions.

2. « Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés »

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler **la différence entre urgence ressentie et urgence réelle.** Les retours des expérimentations SAS montrent la nécessité de réassurance des patients mais aussi l'approche de la consultation parfois comme une consommation de service avec impossibilité de se satisfaire d'un RDV sous 48h pour une partie de la population… On observe des patients qui consultent plusieurs fois par semaine ou ne supportent pas d'être différés à des RDV à 48h et vont souhaiter être reçus dans la journée…

Il est également essentiel de veiller à ce que les solutions proposées soient protectrices des professionnels de santé car **le risque d'épuisement est important, tous secteurs confondus, pour une plus-value médicale à consolider.**

Annexe

Voici les propositions de l'URPS Médecins Hauts-de-France :

1. **Mettre en place de la téléconsultation pour les soins non programmés avec le médecin traitant du patient en priorité, sinon avec un médecin généraliste du territoire tout en s'assurant, par une organisation territoriale, de la possibilité d'une consultation physique en cas de nécessité.**
2. **Mettre en place de la téléconsultation accompagnée respectant le parcours de soins.**
3. **Mettre en place des téléconsultations avec les professionnels de second recours.**
4. **Organiser une permanence des soins du second recours, les ESS pourraient en être l'outil pour une organisation correspondant aux réalités de terrain, notamment démographiques et territoriales ;**
5. **Mettre en place de la régulation déportée : actuellement le médecin régulateur doit se déplacer dans les locaux de la régulation. L'enjeu de la régulation déportée permettrait aux médecins de réguler en dehors des locaux de la régulation.**
6. **Mettre en place des téléexpertises pour toutes spécialités avec les spécialistes de la région, autant que faire se peut.**
7. **Travailler sur les zones blanches (numérique) afin de faciliter l'intégration d'actes de télémédecine dans l'exercice des médecins libéraux**
8. **Mettre la PDSA le samedi matin et la décaler en 20h-23h la semaine.**
9. **Pas d'avance de frais pour le patient dans le cadre de la PDSA avec charge à l'Assurance Maladie de récupérer la part complémentaire auprès des tiers et ainsi ne plus être en défaveur par rapport aux urgences qui ne font pas payer les patients.**
10. **Permettre aux CPTS de développer leurs organisations de SNP en leur donnant la possibilité de financer les +15€ aux médecins acceptant de s'organiser à l'échelle de leur territoire**
11. **Ne pas autoriser des centres de soins non programmés par des médecins exclusivement dédiés à cette activité (sans patientèle MT) ;**
12. **Permettre un accès privilégié aux organisations de soins non programmés aux structures sociales et médico-sociales sur le territoire, via un protocole d'orientation afin de limiter le recours aux urgences**
13. **Renforcer les compétences des usagers pour diminuer les recours non urgents et développer l'éducation à la santé pour autonomiser les patients et ainsi limiter les soins non programmés via une meilleure culture en santé.**
14. **Mettre en place une régulation aux urgences réalisant de l'éducation à la santé pour permettre de différer les soins non urgents et ainsi faire monter en compétence la population en matière d'efficience de recours aux soins.**

3. « Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé »

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler la nécessité **d'une lisibilité des métiers de la santé.** A force de donner l'impression que toutes les professions de santé se valent et peuvent tout faire, on court le risque de démotivation des vocations qui ne s'y retrouveront plus et on risque la démotivation des professionnels actuels qui pourraient avoir envie d'exercer d'autres métiers, (tendances qui s'observent déjà…).

La vision sacerdotale du métier est finie. Il est important que le métier de médecin soit **reconnu pour continuer de donner envie aux jeunes générations de l'exercer.** Le sentiment de déclassement est aujourd'hui important et dangereux pour l'avenir de la profession.

Annexe

Voici les propositions de l'URPS Médecins Hauts-de-France :

1. **Travailler les zones blanches pour avoir une couverture numérique suffisante pour faciliter l'activité des professionnels de santé et améliorer l'attractivité des territoires**
2. **Développer/renforcer les stages d'étudiants en médecine libérale pour rendre attractif la médecine libérale, toutes spécialités confondues**
3. **Soutenir la formation continue indépendante des industriels (pharmaceutiques et numériques)**
4. **Favoriser la formation à la maîtrise de stage en assurant sa prise en charge en formation hors quota total, c'est-à-dire pouvoir la réaliser tout en pouvant suivre d'autres formations**
5. **Développer les stages de médecine libérale au sein des établissements médico-sociaux (avec présence médicale)**
6. **Favoriser les stages dans les zones sous-dotées/rurales car il est démontré que l'expérimentation dans ces zones favorisent les installations par la suite. Aujourd'hui, ces stages ne sont pas priorisés pour ces secteurs.**
7. **Valoriser les postes liés à la personne âgée au vu du contexte démographique vieillissant. Exemple : gériatre, médecin coordonnateur EHPAD, psychogériatrie, MAS, FAM, etc.**
8. **Généraliser les échanges / l'analyse de pratique entre pairs afin :**
   - D'évoquer les problématiques communes autour de certaines prises en soin
   - Trouver des leviers d'action face aux difficultés rencontrées,
   - Créer du lien entre professionnels de santé sur un même territoire.
9. **Protéger les professionnels de santé des contrats précaires qui leur sont proposés et acceptés par méconnaissance du droit comme on peut le voir pour certaines spécialités en établissements de santé privé qui sont des répulsifs pour permettre des installations.**
10. **Création de locaux adaptés pour favoriser l'exercice pluriprofessionnel et permettre des transports en commun ou non, pour se rendre sur ces lieux de santé.**
11. **Permettre aux médecins d'avoir des conditions de vie accueillantes :**
    Les médecins terminent leurs études à un âge avancé ou leur vie sociale, voire familiale, est déjà installée et il est important que leur lieu d'installation soit compatible avec leurs conditions de vie.
12. **Décentraliser les formations des métiers de santé, y compris les médecins, dans les lieux délocalisés (exemple des hôpitaux périphériques) hors grands pôles urbains :**
    Il est prouvé que les professionnels sont ensuite plus enclins à s'installer à proximité de ces territoires (exemple des IFSI ou encore des assistanats partagés). Ces formations doivent être suffisamment longues pour pouvoir permettre la création de réseaux informels.
13. **Favoriser la médiation en santé, c'est-à-dire accompagner les personnes vulnérables dans le parcours de soins habituel.**

4. « Créer une nouvelle alliance entre les acteurs pour que la prévention entre dans le quotidien des français »

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite avant tout rappeler la nécessité **d'investir dans la prévention/promotion de la santé tout en faisant le deuil d'avoir des indicateurs d'impacts et de résultats probants à une échelle régionale et sur du court terme :** comment démontrer qu'il a été possible d'éviter la survenue d'une addiction par une action de prévention si ce n'est par une mesure macro à quelques années de l'intervention par exemple.

Annexe

Voici les propositions de l'URPS Médecins Hauts-de-France :

1. **Développer des outils numériques motivationnels et centrés sur le patient (application en mobilité) pilotés par le médecin traitant en lien avec les acteurs de prévention : ex : Medprev qui se met en place en Hauts-de-France.**
2. **Permettre aux décideurs de se rendre compte des réalités de terrain des acteurs de santé pour avoir des actions cohérentes et pertinentes**
3. **Ne pas limiter les approches aux seuls territoires prioritaires mais bien à l'ensemble des acteurs du soins pour que les bonnes pratiques bénéficient à tous les patients ;**
4. **Travailler sur les nouvelles pathologies comme la santé mentale avec une nouvelle approche du soin**
5. **Développer la culture préventive dans la société, promouvoir la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, dès l'école et les plus jeunes âges.**
6. **Développer des approches spécifiques pour certaines thématique de santé montrant des défaveurs (genre, c'est-à-dire spécificités des femmes et des hommes, mais aussi vulnérabilités particulières).**
7. **Donner accès à des professionnels aujourd'hui non remboursés comme les psychologues, diététiciens pour éviter l'aggravation de situation, remboursement qui pourrait être conditionné par une prescription médicale et à une obligation de retour/échanges avec le médecin traitant.**
8. **Développer l'éducation thérapeutique pour tous les professionnels de santé, dès le cursus initial**
9. **Accepter d'investir dans des actions aux résultats non mesurables immédiatement, le temps de la prévention n'étant pas le temps politique.**
10. **Développer l'accompagnement des aidants**
11. **Développer une application numérique dans le champ des vigilances sanitaires afin de répondre à la problématique de sous-déclaration de la médecine de ville**
12. **Développer un algorithme permettant d'adapter les prescriptions / non prescriptions d'antibiotiques aux différents profils patients afin d'améliorer la juste utilisation des antibiotiques**
13. **Développer les « nudges » pour lutter contre l'antibiorésistance en médecine de ville : l'objectif serait d'induire une modification dans les comportements des médecins généralistes**
14. **Proposer des consultations de prévention sans âge/borne à 25/45/65 ans, c'est-à-dire au moment opportun pour le médecin et son patient.**
15. **Développer les formations pluriprofessionnelles des professionnels du soin à l'éducation à la santé, l'entretien motivationnel et à l'ETP, en formation initiale et continue**
16. **Permettre aux acteurs associatifs de travailler ensemble, notamment les représentants de la population, les professionnels de la prévention/promotion de la santé et les acteurs du soin.**
17. **Renforcer des actions favorisant l'activité physique pour tous.**
18. **Favoriser la médiation en santé, c'est-à-dire accompagner les personnes vulnérables dans le parcours de soins habituel.**
19. **Reconnaître une place de prévention/alerte des signaux faibles aux médecins libéraux en structurant et rémunérant une participation d'acteur de santé publique afin de ne pas reproduire ce qui s'est passé pendant la crise covid où les indicateurs de médecine de ville étaient inexistants.**

Annexe

Contribution de l'URPS Médecins Hauts-de-France

relative à la doctrine technique du numérique en santé

30/12/2019

Pour tout complément d'information, merci de contacter :

Caroline DE PAUW

Directrice

Ligne directe : 03 20 14 22 11 / 06 69 78 08 15

E-mail : caroline.depauw@urpsml-hdf.fr

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs à la doctrine technique du numérique en santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat et faire part de son point de vigilance.

Sur « la démarche, la doctrine et le schéma d'architecture cible »

Synthèse et Macro-planning récapitulatif n'étaient toujours pas disponibles au 27/12 pour une fin de consultation au 31/12, donneront-ils lieu à une nouvelle concertation par la suite ou seront-ils considérés comme amendés sans avoir fait l'objet de consultation effective ?

Ne pouvant y avoir accès, l'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite rappeler en synthèse son regret de ne pas voir apparaître une rubrique « accompagnement du changement et association des acteurs » plus importante dans la présente doctrine numérique. Si la technique est fort logiquement détaillée, la conduite du changement des hommes et femmes qui vont devoir la mettre en œuvre semble sous-estimée quand elle sera la clé de voûte de la réussite de la mise en œuvre de cette doctrine. Un accompagnement sera essentiel pour éviter une fracture numérique subie et un sentiment d'isolement, voire de perte de chances pour les praticiens non engagés, et, par voie de conséquences, leurs patients.

Par ailleurs, il nous semble manquer dans le schéma d'architecture cible, et sûrement dans la synthèse à venir de ce fait, le fait que, dans la « régulation des politiques publiques du numérique en santé », devrait figurer un pavé relatif à la stratégie numérique et aux souhaits/besoins exprimés par les pouvoirs publics/les soignants et les patients.
De plus, dans le bloc relatif aux « professionnels du parcours de soin » et les « fonctions / interfaces communes » nous semble manquer la notion de guichet régional unique afin que les professionnels de santé aient une facilité de recours à ces nouveaux outils, et donc usages, numériques. Ce guichet pourrait prendre la forme d'un portail unique pour les praticiens et qui permettrait de se connecter, quel que soit le prestataire ou le fabricant du matériel, grâce à une inter-opérabilité « by design » (dès la conception).

La question est également posée sur les Quantified Self-Qs (https://www.cnil.fr/fr/definition/quantified-self), qui regroupe les principes, méthodes et outils permettant à chacun de mesurer ses données personnelles, de les analyser et de les partager. Les outils du QS peuvent être des objets connectés, des applications mobiles ou des applications web. Ces Qs échappent aujourd'hui à la législation relative aux projets de santé et il pourrait être salutaire que l'Etat et les tutelles puissent envisager une réglementation de ces dernières dans but de protection des utilisateurs, notamment les plus vulnérables car elles ne sont pas couvertes par le secret médical car non produites dans le cadre du soin. Dans le cadre d'une approche du numérique en santé, ces données doivent également être prises en compte et faire l'objet d'une attention particulière.

L'existence d'un mode dégradé des services présentés n'est que très peu mentionné, qu'en sera-t-il des professionnels de santé qui ne feront pas le virage tout de suite par crainte, aversion ou même, impossibilité technique ? Il est essentiel que l'ensemble des modes d'exercice puissent être pris en compte pour permettre le maintien de l'alliance entre le patient et son médecin traitant, et, par extension, ses autres professionnels de santé de confiance.

Enfin, il nous paraît important de rappeler l'implication que peuvent jouer les URPS pour contribuer à accompagner le virage numérique des professionnels de santé libéraux afin que les médecins ne soient plus considérés comme isolés et donc, relativement inintéressants comme « part de marché », mais bien capables d'être représentés pour un intérêt commun comme le financement d'audits de sécurité aux libéraux individuels en passant par leurs URPS.

Si le virage numérique est important pour aider à coordonner , simplifier, transmettre , améliorer la prise en charge et le parcours de santé dont les bénéficiaires seront principalement les usagers mais

aussi les professionnels de santé, il est important de conserver l'idée que la médecine reste une relation humaine avant tout, basée sur une relation de confiance indispensable.
Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs à la doctrine technique du numérique en santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat et faire part de ses points de vigilance.

Sur « les fondations des systèmes d'information de santé et référentiels socles »

1- Ethique

Ce chapitre n'a été soumis à la concertation qu'à la mi-décembre 2019, au vu de l'importance des données les contenant, il semble important que la date de consultation de ces éléments soient reportés au risque d'être amendés sans avoir fait l'objet de consultation effective, d'autant plus qu'elle concerne particulièrement la médecine libérale.

Au vu des éléments mentionnés, l'URPS Médecins libéraux Hauts-de-France souhaite rappeler la nécessité que le modèle de la télémédecine de demain parte des aspirations des patients/professionnels de santé, en lien étroit avec les tutelles et sur laquelle vont s'adosser les industriels et non ce que les professionnels de santé ont notamment l'impression de vivre (subir ?) aujourd'hui, à savoir des industriels qui sont tellement forces de proposition qu'ils tendent (tentent ?) à imposer leur modèle de société médicale avec laquelle les professionnels de santé et usagers devront composer. Il nous semble important que le socle éthique de la doctrine numérique veille à ce que ces craintes ne soient pas réalités en mettant en place des garde-fous, notamment dans les instances de gouvernance nationales et comprennent des dimensions multiples (techniques ; contributeurs ; utilisateurs etc.), de l'élaboration à la mise en place jusqu'au suivi et à l'évaluation de la doctrine.

Dans un monde où la porosité entre industriels et professionnels de santé est très forte, il serait important que la charte éthique rappelle que la multiplication des conflits d'intérêts n'a jamais annulé ces derniers mais les démultiplient. Là encore, il sera indispensable que des DPI (Déclarations Publiques d'Intérêts) soient remplies, contrôlées mais que les personnes aux conflits d'intérêts uniques ou multiples ne puissent pas participer aux choix décisionnaires stratégiques ainsi qu'à leurs déploiements opérationnels.

Il sera également important que la charte donne les moyens de garantir le maintien des collaborations existantes entre médecins traitants, autres spécialités, accompagnants thérapeutiques, voire les autres professionnels de santé, prestataires et même fabricants du matériel, lorsque des outils de télémédecine sont mis en place. Ces derniers ne peuvent pas être la porte d'entrée pour permettre des détournements de patientèles. Il est par exemple important que la gestion des E-RDV rende malgré tout impossible le compérage, ce qui nécessite donc que l'ensemble des professionnels de santé soient répertoriés ou que les patients en soient éclairés afin de ne pas créer de perte de chance pour les professionnels de santé libéraux qui n'auraient pas souscrit à la solution proposée.
Qu'en sera-t-il des professionnels de santé qui ne feront pas le virage tout de suite par crainte, aversion ou même, impossibilité technique ? Il est essentiel que l'ensemble des modes d'exercice puissent être pris en compte pour permettre le maintien de l'alliance entre le patient et son médecin traitant, et, par extension, ses autres professionnels de santé de confiance.

Concernant les données médicales produites via la télémédecine, il nous semble important non seulement de pouvoir acter l'incessibilité de ces données, particulièrement quand elles ne seront pas anonymisées ; mais également que ces données ne soient pas la propriété des industriels mais bien des professionnels de santé, usagers, voire sociétés savantes, parti pris déjà opéré par certains industriels. Ces éléments sont une clé de voûte pour donner confiance aux futurs utilisateurs, qu'ils soient professionnels de santé ou usagers.
La question est également posée sur les Quantified Self-Qs (https://www.cnil.fr/fr/definition/quantified-self), qui regroupe les principes, méthodes et outils

permettant à chacun de mesurer ses données personnelles, de les analyser et de les partager. Les outils du QS peuvent être des objets connectés, des applications mobiles ou des applications web. Ces Qs échappent aujourd'hui à la législation relative aux projets de santé et il pourrait être salutaire que l'Etat et les tutelles puissent envisager une réglementation de ces dernières dans but de protection des utilisateurs, notamment les plus vulnérables car elles ne sont pas couvertes par le secret médical car non produites dans le cadre du soin. Dans le cadre d'une approche du numérique en santé, ces données doivent également être prises en compte et faire l'objet d'une attention particulière.

La partie relative au bouquet de services pro n'étant pas encore accessibles, l'URPS Médecins souhaite rappeler son souhait de voir des algorithmes utilisés en télésurveillance transparents, afin que les médecins puissent se réapproprier les algorithmes qu'ils sont ensuite amenés à utiliser. Pour ce faire, il est essentiel que ces derniers soient en open source de sorte à ce que les médecins aient accès aux calculs mais également aux cut-off, a minima pour les sociétés savantes des disciplines médicales concernées qui devraient en assumer la validation aux côtés des tutelles comme la HAS. Par ailleurs, en cas d'algorithme impliquant de l'Intelligence Artificielle (IA) faisant évoluer l'algorithme et les cut-off, il est indispensable que soient précisées les temporalités et modalités de validation des évolutions proposées par l'IA, l'auto-apprentissage pouvant poser des problèmes, il est impératif que les médecins soient en mesure d'assumer une régulation et donc de les comprendre, d'où la nécessité de l'open source. Certains industriels ont accepté de faire ce choix et il serait nécessaire de rendre obligatoire ces pratiques.

Sur les modèles économiques des services professionnels, l'URPS Médecins Hauts-de-France attire l'attention des tutelles pour protéger les médecins libéraux pour interdire la mise en place de modèle économique ressemblant à la grande distribution où les médecins réaliseraient des actes de télémédecine payés immédiatement par l'Assurance Maladie mais reversés en différé aux médecins les ayant réalisés, permettant ainsi aux industriels de spéculer sur les fonds ainsi dégagés. Ce modèle ne saurait être acceptable tant il a conduit les prestataires de la grande distribution dans la précarité.
Enfin, il est important que les médecins libéraux puissent garder le libre choix de leurs solutions et que ces dernières ne puissent leur être imposés sur des solutions non critiques pour les établissements par exemple comme la gestion des e-RDV.
L'impossibilité de compérage industriel ou entre professionnels de santé doit pouvoir être garantie dans les nouveaux outils du numérique en santé.

2- Urbanisation des SI de santé

Concernant les principes de conception générale des systèmes d'information, l'URPS Médecins souhaite rappeler la nécessité d'inclure les critères d'inter-opérabilité « by design » (dès la conception).

De plus, les outils doivent pouvoir être communicants tant dans l'alimentation par les utilisateurs que dans l'importation d'une partie des données dans les logiciels de cabinets ou d'établissements de santé, comme les donnes pharmaceutiques sécurisées issues de la dispensation de ville et du dossier pharmaceutique.

3- Interopérabilité des systèmes d'information de santé

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaite rappeler la nécessité pour les médecins libéraux d'avoir un portail unique, quel que soit le prestataire ou le fabricant du matériel, afin de pouvoir développer ses usages de télémédecine. Ce qui nécessite donc de se poser la question de la finalité de l'inter-opérabilité visée et du recueil de la vision des utilisateurs que pourra représenter la médecine libérale, parfois bien différente, bien que complémentaire, des établissements de santé.

L'interopérabilité est un enjeu essentiel pour les médecins libéraux qui ont en mémoire, pour en subir les conséquences encore aujourd'hui, le problème d'incompatibilité de leurs logiciels métiers et les problèmes associés en cas de migration d'un logiciel à un autre, rendant la manipulation de

récupération de données avant migration le plus souvent impossible de par sa complexité, ou à un coût tel qu'aucun médecin ne s'y résoudrait.

Par ailleurs, si l'URPS Médecins Hauts-de-France se félicite de la mise en place d'une politique volontariste en matière d'application des référentiels d'inter-opérabilité, elle se pose la question de l'information des médecins libéraux, particulièrement intéressés sur cette dimension, afin qu'ils puissent s'assurer d'acquérir des nouveaux outils compatibles avec ces critères sans risquer une arnaque, les professionnels de santé libéraux étant particulièrement ciblés par certains industriels peu scrupuleux.

Sur la nouvelle gouvernance mentionnée et pour faire écho aux éléments mentionnés dans la partie relative à l'éthique de la doctrine, l'URPS Médecins Hauts-de-France espère que les URPS y seront pleinement associées (des comités de pilotage stratégique et opérationnel aux comités de suivi), le législateur leur ayant donné notamment pour mission de contribuer « au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés » (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires). La présence des URPS permettrait que le modèle de la télémédecine de demain parte des aspirations des patients/professionnels de santé, en lien étroit avec les tutelles et sur laquelle vont s'adosser les industriels et non ce que les professionnels de santé ont notamment l'impression de vivre (subir ?) aujourd'hui, à savoir des industriels qui sont tellement forces de proposition qu'ils tendent (tentent ?) à imposer leur modèle de société médicale avec laquelle les professionnels de santé et usagers devront composer.
Il sera indispensable que des DPI (Déclarations Publiques d'Intérêts) soient remplies, contrôlées mais que les personnes aux conflits d'intérêts uniques ou multiples ne puissent pas participer aux choix décisionnaires stratégiques ainsi qu'à leurs déploiements opérationnels.

Dans la trajectoire mentionnée, notamment l'axe 6 « accompagnement et évaluation de l'implémentation des référentiels d'interopérabilité », si sont bien mentionnés les programme HOP'EN et ESMS numérique, l'implémentation en direction de la médecine de ville reste bien légère et mériterait d'être développée afin d'en permettre une visibilité programmatique.

Enfin, sauf erreur de notre part, l'inter-opérabilité en mode asynchrone, qui peut être particulièrement utile lors de visites à domicile ou en cas de problème de couverture de réseau, semble assez peu développée et nous semble malgré tout un enjeu important.

4- Sécurité des systèmes d'information

Si l'URPS Médecins Hauts-de-France se félicite de l'existence d'une cellule d'accompagnement Cybersécurité des Structures de Santé (ACSS), est-il envisageable que cette dernière soit ouverte également à la médecine de ville, certaines structures d'exercice coordonnées nous ayant déjà fait remonter des problèmes de cryptage de données etc. pour lesquelles la réponse offerte à la ville est relativement inexistante quand l'enjeu y sera de plus en plus important, notamment avec le développement des CPTS ou des outils interconnectés. Cette extension (4.7. sécurité opérationnelle) ne semble pour l'instant être réservée aux seuls laboratoires de biologie médicale, ce qui semble relativement limité. Les URPS, dans leur mission de promotion d'une culture positive de la qualité et de gestion des risques, pourraient être des alliées.

Par ailleurs, l'axe 4 « accompagner les acteurs de santé et du médico-social » est plutôt laconique avec 4 lignes seulement dans laquelle il est impossible de savoir la stratégie envisagée pour la médecine libérale. La conduite du changement des hommes et femmes qui vont devoir la mettre en œuvre semble sous-estimée quand elle sera la clé de voûte de la réussite de la mise en œuvre de cette doctrine. Un accompagnement sera essentiel pour éviter une fracture numérique subie et un sentiment d'isolement, voire de perte de chances pour les praticiens non engagés, et, par voie de conséquences, leurs patients.
Il sera par exemple essentiel que les outils envisagés soient vulgarisés en termes extrêmement simples et pratiques pour tous professionnels de santé aux niveaux numériques très hétérogènes. Pour

pouvoir emporter l'adhésion d'une majorité des médecins libéraux, il sera essentiel que les services soient d'une facilité d'utilisation et de mise en œuvre, quel que soit le niveau de compétences informatiques.

Enfin, les référentiels 4.2. Référentiel d'acteurs pour les personnes physiques et 4.3. Référentiel d'acteurs pour les personnes morales/ structures n'ont été soumis à la concertation qu'à la mi-décembre 2019, au vu de l'importance des données les contenant, il semble important que la date de consultation de ces éléments soient reportés au risque d'être amendés sans avoir fait l'objet de consultation effective.

5- Offre de santé

Ce chapitre n'a été soumis à la concertation qu'à la mi-décembre 2019, au vu de l'importance des données les contenant, il semble important que la date de consultation de ces éléments soient reportés au risque d'être amendés sans avoir fait l'objet de consultation effective.

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs à la doctrine technique du numérique en santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat et faire part de ses points de vigilance.

Sur « les services numériques socles »

1- Le Dossier médical partagé (DMP) pour le partage des documents et constantes de santé (*disponible prochainement*)

Cette partie n'était toujours pas disponible au 30/12 pour une fin de consultation au 31/12, bien qu'intéressant particulièrement la médecine libérale. Une nouvelle concertation sera-t-elle envisagée par la suite ou ces éléments constitutifs implémentés a posteriori de la consultation seront-ils considérés comme amendés sans avoir fait l'objet de consultation effective ?

L'URPS Médecins Hauts-de-France souhait cependant préciser l'impérieuse nécessité de l'inter-opérabilité du DMP avec les logiciels métiers des médecins, éléments particulièrement bloquant pour son déploiement actuel.

La question de l'alimentation initiale du dossier reste toujours problématique avec un temps opérateur non négligeable dont le modèle économique n'est toujours pas arrêté à ce jour.

2- MSSanté pour l'échange d'information de santé (MSSanté)

Le fait que l'ENS propose à partir de 2022 un service de messagerie sécurisée Usager pour permettre aux établissements de santé et aux professionnels de communiquer via leur messagerie MSSanté directement avec les usagers par l'intermédiaire de leur ENS (point 2 de la trajectoire), posera nécessairement la question de la gestion de cette dernière par les médecins de ville et la surcharge administrative particulièrement importante qui pourrait y être associée si aucun garde-fous n'étaient posés, à l'image de ce que peut chacun peut connaître avec les flots de mails professionnels à traiter, et risquant donc, à termes, de réduire d'autant un temps médical déjà particulièrement précieux.

Sur le point 5 de la trajectoire, « en intégrant au système MSSanté la capacité de fournir des services de messagerie instantanée, en complément des échanges « traditionnels » (asynchrones) existants [A instruire] », et notamment le fait que l'état doive « statuer sur la nécessité de couvrir les échanges par messagerie instantanée dans le système MSSanté », l'URPS Médecins Hauts-de-France en confirme sa nécessité dans les usages quotidiens des professionnels de santé libéraux.

Sur le point 6 de la trajectoire, « rendre l'échange avec l'Espace de Confiance MSSanté accessible à d'autres acteurs amenés à échanger des données de santé, y compris en dehors des situations de prise en charge existantes [A instruire] », il y a nécessité à intégrer les nombreux acteurs associatifs financés par la puissance publique pour réaliser des dépistages ou autres actions de prévention ou prises en

charge et qui ont nécessité à communiquer avec le médecin traitant du patient. Ces structures, le plus souvent associations de loi 1901, ne figurent pas sur le schéma présenté des besoins d'échanges.

3- E-prescription

L'URPS Médecins Hauts-de-France s'interroge de ne pas voir dans les schémas de processus les situations de téléconsultations pour laquelle la e-prescription sera particulièrement utile mais pour lesquels les cadres d'usages seront légèrement différents, le médecin ne pouvant, par exemple, pas imprimer de prescription avec un QR code.

Enfin, la question de l'inter-opérabilité des systèmes sera au coeur de la réussite de la e-prescription.

4- Services numériques de coordination pour les parcours de santé

L'URPS Médecins Hauts-de-France se félicite de voir apparaître la télémédecine et notamment la téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance dans les services d'échanges en temps réel dans le schéma mais s'étonne de ne pas voir son développement figurer dans le texte par la suite.
Par ailleurs, il pourrait être intéressant de nommer dans les téléservices prescriptifs, déclaratifs et administratifs la E-facturation qui sera indispensable dans les conditions de réussite du déploiement de la télémédecine.

Pour des raisons déjà évoquées dans le point1. relatif au DMP, l'URPS Médecins Hauts-de-France ne peut qu'émettre des réserves sur le grand principe « c'est toujours le producteur de l'information, structures de santé ou professionnel de santé qui doit assurer l'alimentation du DMP pour les documents dont il assume la responsabilité » tant que le modèle économique associé à cette alimentation n'aura toujours pas été validée par les représentants de la profession médicale.

De manière générale, l'URPS Médecins Hauts-de-France regrette que ne figure pas dans les services socles la notion de portail regroupant tous les usages de télémédecine afin que les professionnels de santé aient une facilité de recours à ces nouveaux outils numériques, et donc usages. Ce portail unique pour les praticiens permettrait de se connecter, quel que soit le prestataire ou le fabricant du matériel, grâce à une inter-opérabilité.
L'URPS Médecins Hauts-de-France pense qu'il est de la responsabilité des tutelles d'encadrer les nouveaux usages de la télémédecine afin que le parcours de soins et les soignants habituels du patient soient bien respectés. Les services socles, au même titre que l'ENS pour les citoyens doivent être assurés par les tutelles (Etat et Assurance Maladie), comme un nouveau « service publique » et reconnus comme tels dans leur financement, permettant ainsi d'en envisager une pérennisation dans son utilisation par tous les acteurs de santé.

ANNEXE

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs à la doctrine technique du numérique en santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat et faire part de ses points de vigilance.

Sur « les plateformes numériques de santé »

1- ENS (disponible prochainement)

Cette partie n'était toujours pas disponible au 30/12, il nous semble important que la nouvelle concertation laisse le temps de bien en assimiler les éléments.

2- Bouquet de services pro (disponible prochainement)

Cette partie n'était toujours pas disponible au 30/12 pour une fin de consultation au 19/01, il nous semble important que la nouvelle concertation laisse le temps de bien en assimiler les éléments, ce chapitre concernant particulièrement la médecine libérale.

Pour faire écho à la dimension éthique de la doctrine, nous pouvons supposer que la télémédecine et notamment la télésurveillance feront partie des bouquets de service pro. Dans ce cadre, il nous semble important de préciser qu'avec le soutien de son Assemblée Générale, l'URPS Médecins Hauts-de-France pense qu'il est indispensable que les médecins puissent se réapproprier les algorithmes qu'ils sont ensuite amenés à utiliser. Pour ce faire, il est essentiel que ces derniers soient en open source de sorte à ce que les médecins aient accès aux calculs mais également aux cut-off , a minima pour les sociétés savantes des disciplines médicales concernées qui devraient en assumer la validation aux côtés des tutelles comme la HAS. Par ailleurs, en cas d'algorithme impliquant de l'Intelligence Artificielle (IA) faisant évoluer l'algorithme et les cut-off, il est indispensable que soient précisées les temporalités et modalités de validation des évolutions proposées par l'IA, l'auto-apprentissage pouvant poser des problèmes, il est impératif que les médecins soient en mesure d'assumer une régulation et donc de les comprendre, d'où la nécessité de l'open source. Certains industriels ont accepté de faire ce choix et il serait nécessaire de rendre obligatoire ces pratiques. L'idéal étant d'avoir des algorithmes communs par disciplines médicales, validés par et pour la communauté médicale, permettant ainsi la production de données médicales homogènes et comparables nécessaires pour prouver l'utilité ou non de ces nouveaux outils.

Il semble également nécessaire que les bouquets de service qui seront proposés soient bien des services voulus et souhaités par les patients/professionnels de santé, en lien étroit avec les tutelles et sur laquelle s'adosseront les industriels avec le souci du maintien des collaborations existantes entre les soignants habituels et identifiés du patient, notamment le médecin traitant. Il est par exemple important que la gestion des E-RDV rende malgré tout impossible le compérage, ce qui nécessite donc que l'ensemble des professionnels de santé soient répertoriés ou que les patients en soient éclairés afin de ne pas créer de perte de chance pour les professionnels de santé libéraux qui n'auraient pas souscrit à la solution proposée.

Par ailleurs, l'URPS Médecins Hauts-de-France, en ayant questionné les médecins libéraux de son territoire, confirme la nécessité d'avoir un portail unique pour les praticiens pour les usages de télémédecine. Pour que le virage de la télémédecine se développe, il est impossible que ce soit aux médecins de s'interfacer avec chaque industriel mais bien aux industriels d'être interopérables avec une interface pour laquelle le médecin pourra ensuite faire son choix.

L'URPS Médecins Hauts-de-France demande également à ce que les données médicales produites par la télémédecine restent la propriété des professionnels de santé et patients, et non des industriels, afin d'en rendre impossible le commerce. Il est important que ces données demeurent incessibles.

Enfin, il ne peut être abordé la notion de bouquet de service pro sans envisager les modèles économiques qui y seront associés. Au-delà des forfaits négociés aujourd'hui par l'Assurance Maladie qui sont clairement insuffisants (par exemple forfait de téléexpertise que ce soit pour le requis ou le

requérant ou encore des accompagnants thérapeutiques dans le cadre du programme ETAPES) et en limitent le déploiement, il est important de pouvoir assurer un bouquet de service gratuit pour les médecins et leurs patients pour des services socles relevant de « délégation de service publique » tels que le DMP, la E-prescription, la MS Santé, ou encore les outils de coordination avec des options payants pour un bouquet de services supplémentaires (téléconsultation, e-RDV etc.).
L'URPS Médecins Hauts-de-France attire cependant l'attention des tutelles pour protéger les médecins libéraux pour interdire la mise en place de modèle économique ressemblant à la grande distribution où les médecins réaliseraient des actes de télémédecine payés immédiatement par l'Assurance Maladie mais reversés en différé aux médecins les ayant réalisés, permettant ainsi aux industriels de spéculer sur les fonds ainsi dégagés. Ce modèle ne saurait être acceptable tant il a conduit les prestataires de la grande distribution dans la précarité.
Enfin, il est important que les médecins libéraux puissent garder le libre choix de leurs solutions et que ces dernières ne puissent leur être imposés sur des solutions non critiques pour les établissements par exemple comme la gestion des e-RDV.

3- Health Data Hub

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs à la doctrine technique du numérique en santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat et faire part de ses points de vigilance.

Sur « Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs

1- Télésanté : télémédecine et télésoin

Cette partie n'était toujours pas disponible au 30/12 pour une fin de consultation au 19/01, il nous semble important que la nouvelle concertation laisse le temps de bien en assimiler les éléments, ce chapitre concernant particulièrement la médecine libérale.

2- Soutien à la modernisation des systèmes d'information en établissements de santé (programmes HOP'EN, Simphonie et Convergence des SI des GHT)

L'URPS Médecins Hauts-de-France se félicite que cette démarche de modernisation des SI soit engagée mais s'interroge sur sa duplication pour la médecine de ville pour laquelle l'interopérabilité de ses SI sera essentielle pour permettre des échanges ville-établissements.

3- Programme de transformation numérique des ESMS

4- Système d'évaluation : contrôle de conformité, labels, certification

4.1. Mise en place d'un dispositif de conformité et de convergence et d'un observatoire de convergence à la doctrine e-santé
L'URPS Médecins Hauts-de-France s'interroge sur la composition des membres de l'observatoire de la convergence qui ne sont pas mentionnés dans la trajectoire et notamment son point 4.
De plus, il est important que l'observatoire de convergence propose des AMM (Autorisations de Mise sur le Marché) des solutions proposées aux industriels afin de leur permettre de faire des acquisitions éclairées et fiables.

4.3. SI en ES : Certification des SIH
L'URPS Médecins Hauts-de-France souhaiterait savoir quelles seront les modalités d'information des médecins libéraux de ces certifications afin d'avoir une information éclairée sur ces sujets importants.

5- Lab e-santé (disponible prochainement)

Cette partie n'était toujours pas disponible au 30/12 pour une fin de consultation au 19/01, il nous semble important que la nouvelle concertation laisse le temps de bien en assimiler les éléments, ce chapitre concernant particulièrement la médecine libérale.

6- Réseau national de structures 3.0

Bien que mise à concertation après la mi-décembre, les URPS médecins pourraient être un bon vecteur d'information pour faire émerger, voire être des structures pilotes dans le cadre des « structures 3.0 ».

M. Philippe Chazelle
Président
URPS Médecins Hauts-de-France

M. Yves Bachelet
Président Commission SI
URPS Médecins Hauts-de-France

ANNEXE