

**Observations et propositions<sup>1</sup> de la FHF PACA**  
**PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028 soumis à consultation**  
Version du 22 septembre 2023

---

Ce Projet Régional de Santé (PRS) est mis à la consultation après une crise sanitaire inédite de près de trois ans, dont les conséquences continuent de marquer les établissements publics sanitaires et médico-sociaux : déficit d'attractivité, reprise parfois difficile de l'activité, difficultés budgétaires majeures et notamment en termes d'investissement, etc. Ce PRS 2023-2028 va épouser le creux démographique le plus prononcé chez les médecins, tandis que le vieillissement de la population s'accélère.

Plus conservatoire que de refondation, il a le mérite de se vouloir pragmatique et réaliste, révisable dans le temps, ce d'autant qu'une série de réformes des autorisations, en l'absence de circulaires ministérielles, ne sont pas abouties. C'est donc un PRS qui se veut raisonnable en matière d'autorisations pour consolider avant tout les effectifs mais aussi les financements et ne pas poursuivre la logique inflationniste des dernières années.

Notre région, et au sein de la région certains départements ou territoires plus que d'autres, a en effet la particularité d'avoir laissé se développer une offre de soin hospitalière plus généralement de spécialité trop importante, trop peu régulée et qui génère désormais des difficultés majeures.

Parmi ces difficultés, on peut citer :

- une offre de soins parfois supérieure aux besoins de santé qui génère notamment des actes évitables, redondants voire inutiles, régulièrement dénoncés par la CNAM avec leurs surcoûts de santé pour la collectivité ;
- une offre de soins parfois supérieure aux capacités de ressources humaines qui engendre une concurrence délétère entre établissements, une pression à la hausse sur les rémunérations et parfois une répartition des moyens très peu pertinente comme lorsque des équipements lourds de recours en cancérologie sont en arrêt faute de professionnels, alors que d'autres équipements, plus lucratifs ou moins contraignant en permanence des soins peuvent fonctionner normalement.
- Une offre de soins parfois trop concurrentielle, au plus mauvais sens du terme, menant à des volumes d'activités inférieurs aux recommandations de bonne qualité et sans aucun avantage autre en termes de stimulation entre équipes.

L'organisation historique de la cancérologie est emblématique et dans ce domaine, la FHF Provence-Alpes-Côte d'Azur se félicite de l'engagement courageux de l'ARS PACA et des acteurs pour mieux répartir les activités, concentrer certaines activités et globalement tendre vers plus de compétence et plus de qualité dans l'intérêt des malades.

A ce titre, la FHF PACA est particulièrement sensible à ce que le développement de nouvelles autorisations ou leurs évolutions soient strictement dans l'intérêt des patients et de la qualité des soins, et non dans l'intérêt des établissements ou des équipes.

---

<sup>1</sup> Fait suite à la contribution FHF PACA de mars 2023 [Contribution au SRS3 \(fhf-paca.fr\)](https://www.fhf-paca.fr/contribution-au-srs3)

Et de manière générale, la FHF PACA plaide pour une stabilisation, voire une diminution du nombre d'autorisations afin de répondre aux difficultés historiques du secteur hospitalier de la région. Ces orientations devront s'assumer notamment dans l'accompagnement d'établissement dont la perspective de doit pas être, ou ne doit plus être, un objectif de croissance en volume.

Le calendrier a été contraint et n'a pas permis d'approfondir les sujets comme chacun l'aurait souhaité. Soucieuse de bâtir une contribution représentative de l'ensemble des établissements adhérents, Établissements de Santé ou Établissement Sociaux et Médico-Sociaux, et de l'ensemble des territoires, alpins, côtiers, ruraux et urbains, la FHF Provence-Alpes-Côte d'Azur a toutefois pris une part active à l'ensemble des groupes de travail, au travers de ses représentants, éclairés en amont par des orientations et préconisations élaborées par le bureau élargi de la FHF PACA.

Nous remercions l'ARS PACA d'avoir pris en considération, dans ce PRS, les propositions et arguments portés par nos représentants et d'avoir organisé une phase de concertation des fédérations, laissant ainsi une ouverture pour des modifications. Nous saluons aussi l'esprit de concertation qui règne entre les fédérations, mais aussi avec les URPS.

Cette contribution s'inscrit dans le prolongement de notre contribution de mars 2023<sup>2</sup> et invite le Directeur général de l'ARS PACA à prendre en compte quelques observations et propositions d'ajouts ou de modifications. Une version actualisée pourra être adressée d'ici au 10 octobre.

### **Sur la méthodologie**

La méthode d'évaluation partielle du PRS 2 par un cabinet extérieur ne nous a pas semblé avoir permis de faire un bilan clair et précis du niveau d'atteinte des objectifs du PRS 2 pour chaque chapitre, des besoins prioritaires non satisfaits, ni de faire ressortir suffisamment les points saillants qui auraient été utiles et nécessaires pour mieux identifier les axes du PRS 3.

Le document rappelle à plusieurs reprises qu'il fera l'objet de révision mais il manque un calendrier précis et les modalités assorties à cette révision

Nous souhaitons donc que les modalités d'évaluation et de révision infra annuelles soient explicitées :

- Prévoir une rubrique Évaluation et Révision.
- Identifier toutes les situations possibles nécessitant une révision du PRS à mi-parcours : parution d'un nouveau texte réglementaire en matière d'autorisations d'activité, besoins exceptionnels, ...
- En préciser les modalités pratiques de suivi et de révision.
- Préciser le calendrier prévisionnel de mise en œuvre.
- Poursuivre les échanges entre les groupes de travail dans le cadre des révisions à venir

### **Sur la sémantique**

- La notion de « site géographique », employée dans les chapitres relatifs aux autorisations d'activité, mérite d'être précisée.
- La notion « d'équipement d'imagerie hybride » doit être précisée.
- La notion de « responsabilité populationnelle » partagée ville-établissements nous semble trop absente du PRS. Elle est pourtant un enjeu stratégique et comprend une diversité de démarches éprouvées (à l'instar de celle portée par la FHF dans d'autres régions dont les résultats en termes de prise en charge du diabète et de l'insuffisance cardiaque ne sont plus à démontrer). Elle est à l'œuvre dans nombre de territoires de notre région, souvent à l'initiative des établissements de santé en lien avec les CPTS, et a permis de mettre les acteurs de santé d'un Territoire autour

---

<sup>2</sup> [Contribution au SRS3 \(fhf-paca.fr\)](https://www.fhf-paca.fr)

d'un programme d'actions partagé, allant de la prévention jusqu'à la gestion des patients complexes.

- La notion de « recherche-action » dans le champ de la prévention est trop absente alors qu'elle est l'occasion de faire collaborer des acteurs de tous bords sur des thématiques essentielles comme la cancérologie, la psychiatrie, et l'apport populationnel de ces démarches a fait ses preuves.
- Section « personnes en situation de handicap » : remplacer « déficience » par « besoins particuliers » (en se référant au triptyque de la nomenclature de Sérafin) en matière de santé, autonomie et participation sociale.

### **Sur les indicateurs**

Pour ce PRS 3, nous observons une faiblesse des indicateurs. Nos propositions :

- Assortir chaque chapitre d'indicateurs plus précis, plus robustes et suivis au cours des 5 années. En préciser le mode de calcul pour les objectifs quantitatifs, le TO et les objectifs pluriannuels.
- Affiner les indicateurs dans les domaines suivants :
  - o les actions de prévention (taux de vaccination, ...) ;
  - o les actes inutiles et recours non pertinents (hospitalisation évitables, ...) : le chantier de la pertinence est essentiel : trop de ressources sont aujourd'hui gâchées dans notre système.
  - o les équipes territoriales (soins palliatifs, gériatrie, hygiène, ...) ;
  - o l'accessibilité financière aux soins par territoire et par discipline, en particulier sur les disciplines à dépassements d'honoraires et restes à charge.
- Eviter les indicateurs contreproductifs et/ou en circonscrire l'usage ou la diffusion : par exemple, « taux de postes de praticiens hospitaliers publiés non pourvus » : cette communication ne sera pas de nature à susciter des candidatures.
- Corréler les indicateurs de santé publique et les enveloppes régionales.
- Pour aller dans l'esprit de la réforme des autorisations, appliquer la logique des seuils nous semble être incontournable, et toute dérogation devra être circonscrite et éclairée par une logique de nécessité impérieuse.

### **Sur les Ressources Humaines**

La spécificité de l'évolution de la démographie en région PACA nécessitera des actions ambitieuses afin de répondre à l'évolution des besoins de santé, et cela au-delà de la saisonnalité. Or, la prospective RH par spécialité, par territoire, nous semble insuffisante voire inexistante en fonction des spécialités. Nous souhaitons que le PRS soit plus précis et ambitieux, au travers des mesures suivantes :

- Objectiver les évolutions démographiques nécessaires, par spécialité et par activité de soins, pour les années à venir au regard des autorisations d'activité prévues. La nécessité de quantifier et qualifier les besoins en ressources humaines est particulièrement vraie pour les activités liées à l'imagerie médicale (Equipement Matériel Lourd).
- Identifier les besoins en formation supplémentaires par métier paramédical - notamment IDE, IBODE et Manipulateurs radio - et médical. Il manque dans ce PRS des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels précis concernant à la fois les professions les plus en tension et certaines thématiques (recrutement, qualité de vie au travail, attractivité...).
- Corréler le besoin de formation IDE avec le taux d'échec et d'abandon et agir et vite.
- Penser l'organisation de demain avec + de délégation de tâche, de compétences et d'IPA pour soulager les médecins qui vont manquer.
- Identifier la priorité d'action partenariale avec les collectivités locales dans les domaines de l'accès au logement, des transports et de la garde d'enfants. Ces trois points sont des freins à

l'installation et au maintien des professionnels de santé dans la région. La FHF PACA a fait des propositions sur le sujet<sup>3</sup>.

- Assurer un suivi plus fin des fermetures de lits par manque de personnel, le jour, la nuit, par spécialité, département, statut.
- Mettre en place, sous la conduite de l'ARS, un observatoire régional des rémunérations des personnels médicaux et paramédicaux dans les établissements de santé de tous statuts, et rappeler à l'ordre les acteurs qui, par leurs pratiques excessives, créent une rupture d'égalité et désorganisent les spécialités et métiers en tension.
- Dans les territoires connus pour leur surdensité et sous-densité d'offre libérale médicale et paramédicale, et des pratiques en écart avec la moyenne régionale ou française (exemple : soins de *nursing*), élaborer un plan d'actions concerté avec les URPS, le Conseil régional et les Ordres.
- 

### **Coopération et régulation**

Le besoin de renforcement de l'animation territoriale et de planification est nettement ressenti dans notre région pour assoir un équilibre entre les acteurs publics et privés de santé, éviter les compétitions et permettre un maillage équitable. L'ARS doit pouvoir jouer son rôle d'arbitre et utiliser pleinement ses moyens d'actions pour sortir du modèle de la concurrence et éviter que les mêmes causes (crise des urgences) ne provoquent les mêmes effets (pratiques excessives de rémunération en matière d'intérim ou de primes à l'embauche par exemple).

Nos propositions :

- Rendre obligatoires des conventions entre centres de soins non programmés, maisons médicales de garde et Services d'Accueil aux Urgences (SAU) et des temps partagés d'urgentistes.
- Associer les urgences privées aux filières du territoire par convention et veiller à l'engagement de prise en charge des patients sur des horaires élargis, les nuits, week-ends et jours fériés.
- Concerter les horaires des Cabinets à horaires élargis avec les SAU.
- Confier la régulation de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) aux Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) par contrat avec l'ARS.
- Partager en transparence en Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (CSOS) sur les stratégies privées et publiques de regroupement, gagner en transparence et anticipation lors d'arrêts d'activité.
- Adosser des autorisations à des obligations (cf L6122-7), par exemple : objectifs de santé publique, engagement de mutualisation de moyens, engagement de participation à la PDS.

### **Médico-Social (personnes âgées et personnes en situation de handicap)**

Cf [annexe spécifique](#) avec des propositions concrètes, et parmi elles :

- Fixer des objectifs opérationnels chiffrés et des indicateurs permettant de suivre l'évolution des missions des ESMS
- Valoriser le rôle et les modalités de contribution des ESMS au « virage domiciliaire »
- Mettre en œuvre un plan régional de recrutement et de fidélisation de médecins coordonnateurs

---

<sup>3</sup> <https://fhf-paca.fr/actualites/cartographie-regionale-des-mesures-essentielles-attendues-par-les-professionnels-de-sante-en-termes-de-logement-transport-garde-denfant>

- Accompagner la mise en place des Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociaux (GCSMS) : expertise juridique et moyens pour que les établissements publics autonomes puissent préparer l'obligation d'être membre d'un groupement en 2025.

## **ACTIVITES ENCADREES PAR DES OBJECTIFS QUANTIFIES ET DES AUTORISATIONS**

### **Demande générale**

Il est difficile d'avoir une bonne lisibilité des tableaux d'évolution des OQOS, de connaître le point de départ et le point d'arrivée en termes d'implantation nouvelles en raison d'une complexité des textes, des formulations, des acceptations, des régularisations,

- Exprimer sous forme de tableau les évolutions des autorisations, les implantations supplémentaires et en caractériser la nature (création, régularisation, spécialisation, suppression etc.)
- S'agissant de la définition des zones d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds, sortir du paradigme du département comme échelon pertinent « universel : le choix d'un zonage infradépartemental, au moins pour certaines activités ou équipements, serait de nature à répartir ou restructurer plus pertinemment l'offre.

### **Chirurgie pédiatrique**

La gradation de la chirurgie doit apparaître plus précisément : quelles chirurgies, où, par qui ? Ce d'autant que les recommandations des sociétés savantes, et en particulier de la SFAR, se sont durcies.

- Préciser l'objectif de formation des IBODE

### **Chirurgie bariatrique**

La gradation de cette chirurgie doit apparaître plus précisément, notamment en termes de volume selon les territoires. La logique de seuils oblige à opérer des regroupements et restructurations indispensables en matière de sécurité et de qualité.

- Une projection par territoire et sous territoire des besoins de chirurgie bariatrique nous paraîtrait de nature à mieux projeter les organisations futures et les axes de collaboration.

### **Périnatalité - Maternité**

- Prévoir à mi-parcours une clause de revoyure des niveaux autorisés au regard des évolutions d'activité des maternités, des besoins en matière de néonatalogie, des futurs textes en matière de gradation et des possibilités en matière de ressources humaines.
- Avoir une attention particulière au recrutement et à la fidélisation des gynécologues, et au financement des gardes et astreintes

### **Psychiatrie**

Cf [contribution spécifique détaillée en annexe](#)

La psychiatrie est un sujet particulièrement préoccupant, et notamment la question du manque de lits d'hospitalisation de crise pour les enfants. Le PRS se focalise sur les contraintes actuelles et ne détermine pas suffisamment la stratégie en termes de soins et de virage préventif.

Parmi nos propositions :

- Rendre plus lisible la conversion entre l'ancien régime des autorisations et le nouveau, notamment pour mieux identifier les créations nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Revoir les indicateurs mentionnés dans le PRS 3 au sujet de la santé mentale qui semblent parfois déconnectés de la réalité : par exemple, le renfort ne doit pas concerner les seules urgences pédopsychiatriques mais tout le reste de la prise en charge.

- Afficher la coordination entre le secteur sanitaire et les acteurs du médico-social (personnes âgées et personnes en situation de handicap, adultes et enfants) comme une priorité et identifier clairement les rôles et prises en charge de chacun.
- Inscrire l'organisation sectorielle de la psychiatrie publique et la place de la mission de la psychiatrie de secteur telle que définie par le code de la santé publique dans la stratégie de prévention primaire, secondaire et tertiaire. NB : cette stratégie, d'une importance capitale pour les troubles psychiques sévères qui ont des évolutions sur le long cours, nous paraît mise en danger par l'ajout dans trois départements de mentions « soins sans consentement » ouvrant vers des autorisations de soins sans consentement accordés à des établissements privés ; la continuité du suivi des patients en soins sans consentement s'en trouvera en effet immanquablement « fragilisée ». L'ajout de ces mentions nous paraît par ailleurs en contradiction avec l'objectif affiché de diminution des soins sans consentement.

### **SMR**

Il y a urgence à rééquilibrer l'offre vers le SMR à orientation gériatrique, polyopathologique, et troubles déments/déambulants qui sont à l'origine des DMS longues et de la saturation des lits de post urgences et de MCO.

Le PRS2 faisait mention du manque de lits de SMR dans le Var Est. La situation semble rester inchangée avec ce PRS.

- Accompagner le développement de lits de SMR publics polyvalents et gériatriques dans le Var Est.
- Evaluer la première année du PRS, si les besoins en basse vision sont couverts à l'Est et à l'Ouest.
- Préciser ce que recouvre la notion de lits polyvalents

### **Médecine nucléaire**

Au regard des tensions sur les effectifs médicaux et paramédicaux dans cette spécialité, le maintien de l'offre existante s'impose. Toutefois, compte tenu des besoins identifiés par le groupe de travail, nous proposons :

- D'introduire un bilan à mi-parcours du PRS sur les besoins et les possibilités d'autorisation supplémentaire et de s'appuyer à ce moment-là sur les conclusions du groupe de travail.
- Préciser l'objectif de formation des Manipulateurs radio d'ici à 2028.

### **USLD**

- Dans l'attente des textes, prévoir un bilan à mi-parcours.
- Lien à faire avec le médico-social : UHR, UHR/UHV

### **Urgences**

La réglementation est encore labile sur le sujet et des textes sont attendus. Toutefois, nous avons 3 propositions envisageables tout de suite :

- Urgences pédiatriques : nous demandons que la gradation apparaisse clairement, que ses contours soient précisés dans chaque territoire, avec un cahier des charges à respecter
- Urgences psychiatriques : idem. Gradation avec un cahier des charges à respecter
- Le terme ORU PACA a totalement disparu en page 159, alors qu'il était inscrit en tant que tel lors de la validation par le groupe de travail. Nous demandons sa réintroduction, ou à tout le moins la mention d'une structure de type ORU, entité régionale de recueil des données proches du terrain et un calendrier prévisionnel de mise en œuvre.

### **Soins critiques**

Plusieurs établissements publics ont des Unités de Soins Critiques (USC) isolées, qui se sont avérées indispensables, reconnues et appuyées par l'ARS pendant les crises Covid. Elles sont aussi intégrées dans l'offre de soins territoriale des GHT. Le choix du PRS est, dans l'attente des textes réglementaires à venir, de maintenir le *statu quo*, de reconduire pendant 2 ans les USC avec un cahier des charges spécifique et de ne pas dessiner le paysage futur des unités de soins intensifs polyvalents (USIP) dérogatoire (USC isolées) puisque les USC pourront aussi devenir des unités de soins renforcées. Il nous semble utile d'apporter les précisions suivantes :

- Dans l'attente de la finalisation des textes sur les unités de soins renforcés, qui permettront d'avoir une vision globale sur le devenir des USC et donneront lieu à une révision du volet « soins critiques » du SRS, *tout sera mis en œuvre pour consolider les USC isolées existantes inscrites dans une coopération formalisée et efficace avec un service de réanimation du GHT sur un territoire où l'offre de lits en soins critiques est tendue.*
- Prévoir une clause de révision du PRS dès parution des textes pour apporter rapidement une lisibilité territoriale de l'organisation graduée en matière de soins critiques et conduire à la mise à jour du tableau des implantations de la page 277 du PRS, en priorisant les USC isolées aval des réanimations lourdes dans les départements où l'offre de lits en soins critiques est tendue.

### **IRC**

Compte tenu de la projection négative en termes d'arrivées/départs de néphrologues sur les 10 ans à venir et pour garantir une répartition équilibrée des néphrologues, les centres lourds nous paraissent devoir exclusivement être adossés à un établissement disposant d'une offre étoffée de soins critiques, ou être liés par un partenariat clairement affiché y compris en PDS.

- Evaluer les besoins et inscrire un indicateur de suivi des patients en insuffisance rénale chronique terminale par département et par sous-territoire.
- Proposer un seuil de cohorte de patients IRC /centres lourds

### **Cancérologie**

Conscients de la nécessité d'accompagner certaines restructurations et regroupements indispensables en termes de qualité et de sécurité des soins, nous sommes favorables à maintenir, tel que le propose ce PRS, des seuils d'activité. Pourtant, ce sera un vrai défi pour les établissements publics car les seuils s'analysent par établissement et non par équipe. Or, dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), certains établissements irriguent leur territoire en équipes médicales qui vont effectuer des actes ou consultations dans les centres hospitaliers périphériques. Il nous faudra donc rester vigilants à ce que les stratégies territoriales de coopération en matière de cancérologie ne soient pas altérées par la logique de seuil par établissement. Nous saluons à ce titre le temps donné pour atteindre les seuils. Nous saluons aussi l'approche responsable de concentration des actes de chirurgie oncologique complexe dans les grands centres experts, et ne sommes pas favorables, compte tenu des volumes dont il est question, à l'élargissement des mentions B, sauf de façon exceptionnelle et restrictive à discuter préalablement en RCP régionale.

- Au-delà des indicateurs d'actes, suivre des indicateurs de pertinence, des ratio d'efficience
- Encourager la tenue de RCP de recours régionale, sur les chirurgies particulièrement complexes (Thoracique, ORL, Ovaire)
- Conserver une attention constante dans la durée sur les degrés de qualité des plateaux et l'expertise des équipes

### **HAD**

Le chapitre sur l'HAD ne paraît pas proposer d'objectifs et de pistes pour surmonter la problématique du chevauchement sur les aires géographiques, laissant la possibilité à d'autres promoteurs de s'installer en surnombre.

- Inscrire l'obligation pour tout nouveau promoteur ou promoteur existant souhaitant s'étendre, de couvrir prioritairement les zones blanches.
- Donner de la lisibilité sur l'organisation souhaitable en termes de zones d'intervention et les mentions.
- Prévoir une révision dans le courant 2024 intégrant une nouvelle resectorisation sur les aires d'intervention et expliciter les maintiens de juxtaposition
- Prévoir une révision à mi-parcours

### **Radiologie interventionnelle**

Au regard de la complexité de la réforme et de l'absence de textes actuellement sur les actes, la logique de fourchettes resserrées nous paraît de nature à apporter la souplesse nécessaire dans l'attente d'une plus grande lisibilité réglementaire sur les actes.

### **Permanence des soins**

L'enjeu de conforter la permanence des soins est partagé par tous et nous renvoie au chantier ministériel de 2024. En attendant ce chantier, des actions sont possibles dès ce PRS.

La PDS irrigue l'ensemble des activités. Elle est assez majoritairement supportée par le seul secteur public hospitalier, et ce poids est un frein majeur en termes d'attractivité et de fidélisation. Cela s'illustre notamment par le manque régulier de lits dans les spécialités de Pédiatrie et de Psychiatrie du fait du manque de personnel. Ce PRS doit être l'occasion de renforcer les établissements publics qui ont su, ces 3 dernières années, faire face au changement, organiser et prendre en charge les reports d'activités lorsque d'autres structures ne pouvaient plus, par la force des choses et parfois de façon inopinée, assumer leurs missions.

Nos demandes d'ajouts explicites :

- Assortir la délivrance d'une autorisation d'une obligation de participation à la permanence des soins pour les spécialités en tension ou les territoires en tension.
- A l'appui du rapport IGAS et de l'enquête DGOS à venir mais aussi du travail en cours de l'ANAP sur la mutualisation des lignes de garde et astreinte, actualiser dès que possible le cahier des charges de la PDSSES, non revus depuis le cahier des charges de 2019. Le sujet prioritaire étant celui des urgences pédiatriques et psychiatriques pour début 2024.
- Inscrire dans les objectifs qualitatifs du SRS des objectifs précis de participation des opérateurs.
- Financer l'introduction de compétences en santé mentale en PDSSES dans le cadre de la mise en place des SAS

### **Equipements Médicaux Lourds**

Les délais d'attente s'améliorent en PACA, toutefois la mise en œuvre des équipements autorisés en besoins exceptionnels l'année dernière reste ralentie pour ne pas dire obérée par la difficulté de recrutement des ressources médicales et paramédicales idoines. Il convient donc de suivre et évaluer en tout point de la région la pertinence des actes prescrits et pratiqués et encourager les coopérations et mutualisation de ressources humains afin de ne pas déshabiller telle structure ou tel territoire.

- Identifier les besoins en termes de formation et au regard de l'évolution démographique des professionnels de santé et des perspectives d'implantation.
- Prévoir une étude d'impacts en termes de RH.
- Suivre des indicateurs de pertinence et de délai de RDV

- Demander une révision de l'actuel schéma régional des formations paramédicales et notamment de faire évoluer à la hausse les quotas de formations de manipulateurs radios, IDE et IBODE

### **Douleur chronique**

Il n'y a aucune trace de ce sujet alors que c'est une recommandation HAS d'identifier un parcours ville-hôpital.

- Nous souhaitons que cette thématique soit abordée

D'autres axes prioritaires n'ont pas été retrouvés dans ce PRS en matière de prévention, d'innovation, de transition écologique ou encore de soutenabilité financière. Nous renvoyons à notre contribution régionale de mars dernier, qui identifie de façon très précise des mesures à privilégier.