RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

PRS
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ GRAND EST

PRS 2018-2028
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

Révision – juillet 2025

AVANT-PROPOS

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Directrice générale
ARS Grand Est

La révision 2025 du schéma régional de santé 2023-2028, concertée avec les différentes parties prenantes et les instances de démocratie sanitaire, porte pour l'essentiel sur les évolutions concernant la médecine d'urgence et l'hospitalisation à domicile. Ces évolutions ont fait l'objet au préalable d'une large concertation avec toutes les parties prenantes.

Pour la médecine d'urgence, les évolutions majeures apportées concernent l'implantation possible de nouvelles structures, les antennes de médecine d'urgence. Ces structures permettent de conforter l'accès à une offre de médecine d'urgence en conservant un maillage territorial, tout en offrant une souplesse de fonctionnement adaptée aux besoins locaux et aux contraintes de ressources.

Dans chaque territoire de la région, va être engagée une réflexion sur la structuration de l'offre de médecine d'urgence basée notamment sur la constitution d'équipes territoriales et d'un projet territorial de médecine d'urgence. L'objectif est d'offrir de la stabilité et de la lisibilité pour la population : il s'agit de disposer d'une organisation territoriale des urgences qui ne soit pas à la merci de fermetures temporaires aléatoires au gré des difficultés sur les ressources médicales, garantissant un standard de qualité et de sécurité des prises en charge optimal.

Cette révision intègre également un maillage de l'hospitalisation à domicile répondant davantage aux besoins de santé de proximité, tout particulièrement autour de trois filières : la réadaptation, l'ante et le post partum et les enfants de moins de trois ans.

Ces évolutions sont la conclusion des travaux approfondis menés avec l'ensemble des acteurs concernés afin de garantir une offre de soins graduée prenant en compte les ressources des territoires, de qualité et accessible pour l'ensemble des patients du Grand Est.

Le constat de tensions sur les ressources humaines en santé est en effet unanime. L'ARS et ses partenaires ont l'ambition de relever ce défi de l'accès aux soins et de l'attractivité des formations et des métiers de la santé dans nos territoires. L'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants est également un axe fort pour fidéliser les professionnels et les actions visant à « prendre soin de nos soignants ».

Nous accentuons dans ce contexte notre action en faveur d'une meilleure coordination des professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, autour d'un parcours de santé s'intégrant mieux dans un parcours de vie.

Ainsi, en complément des aspects d'organisation de l'offre de soins hospitaliers pour les activités soumises à autorisation, le schéma régional de santé 2023-2028 a été construit autour de quatre priorités structurantes répondant à des enjeux majeurs de santé publique, de résilience et de soutenabilité de notre système de santé.

La première priorité consiste à minimiser l'impact du changement climatique sur la santé des populations, en déployant des mesures d'adaptation pour favoriser une santé durable et résiliente et en atténuant le changement climatique par la promotion de la décarbonation du système de santé.

La deuxième fait du renforcement de la prévention et de la promotion de la santé notamment au plus près des jeunes (0 à 16 ans) et de leurs parents un pilier de notre action. Elles ne relèvent pas uniquement des professionnels de santé. Elles nécessitent de repenser, avec tous les partenaires, en particulier l'Éducation nationale, les associations, les caisses d'allocations familiales et les collectivités locales, les vecteurs de communication, de sensibilisation et de mise en œuvre de nos politiques.

La troisième traduit la demande sociétale de plus en plus forte de préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie. Elle nous oblige collectivement, services de l'État, branches maladie et retraite des régimes de Sécurité sociale, collectivités territoriales à accompagner les évolutions indispensables de l'écosystème de la santé, à développer le libre choix, à venir en appui des aidants, et à « aller vers » des populations parfois éloignées du système de santé.

Enfin, la quatrième priorité réaffirme la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins pour nos concitoyens, en particulier lorsqu'ils sont non programmés. Répondre à une demande de soins ne nécessitant pas une prise en charge par un service d'urgence implique de mieux comprendre la demande, de mieux orienter les usagers et de mieux coordonner les différents acteurs de soins afin d'assurer aux usagers le juste soin, au bon endroit, au bon moment. Structurer et rendre lisible les parcours de santé dans nos territoires est un enjeu majeur.

Pour ces quatre priorités, des projets pour notre territoire ont déjà été réalisés ou sont en cours de déploiement. Pour assurer la mise en œuvre opérationnelle de ces priorités, l'Agence régionale de santé mobilise de façon pragmatique l'ensemble des leviers à sa disposition pour agir au plus près des besoins de tous les territoires du Grand Est. Il s'agit aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs vers un objectif de responsabilité vis-à-vis de la population du territoire : chaque acteur de santé d'un territoire partage la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.

L'ARS porte avec ses partenaires des actions d'innovation organisationnelle en prenant en compte la particularité des bassins de vie, y compris dans leur dimension transfrontalière.

Enfin, la mise en œuvre de ce schéma régional de santé associe toutes les parties prenantes en particulier les instances de démocratie en santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.

Je suis, en effet, particulièrement attachée à un collectif d'actions et de projets, entre l'ensemble des parties prenantes du système de santé et l'ARS Grand Est, afin d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins de santé de nos concitoyens, et de garantir la pérennité des structures et les prises en charge de la population, en accompagnant au plus près les territoires dans leurs projets de santé et dans leur organisation.

SOMMAIRE

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION 5

PARTIE 1 : NOS PRIORITÉS 2023-2028 11

PRIORITÉ 1 : MINIMISER L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT CLIMATIQUE 13

PRIORITÉ 2 : RENFORCER LA PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DES JEUNES *(0-16 ANS)* ET DE LEURS PARENTS. 27

PRIORITÉ 3 : ENCOURAGER UN ÉCOSYSTÈME DE LA SANTÉ FAVORABLE À LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE 41

PRIORITÉ 4 : OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LES TERRITOIRES 53

PARTIE 2 : LES CONDITIONS ET LES LEVIERS DE LA RÉUSSITE 67

LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ, UN DÉFI MAJEUR, UNE OPPORTUNITÉ POUR INNOVER 69

DES ACTIONS CIBLÉES ET ADAPTÉES AUX TERRITOIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 83

LES LEVIERS DE L'ARS GRAND EST POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU SRS 2023-2028 89

PARTIE 3 : L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ 95

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE 97

L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE 105

UNE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ORGANISÉE 219

L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE 229

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES 239

LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE 245

UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES. 255

UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE RENFORCÉE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES 265

PARTIE 4 : LE PILOTAGE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ GRAND EST 277

LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028 279

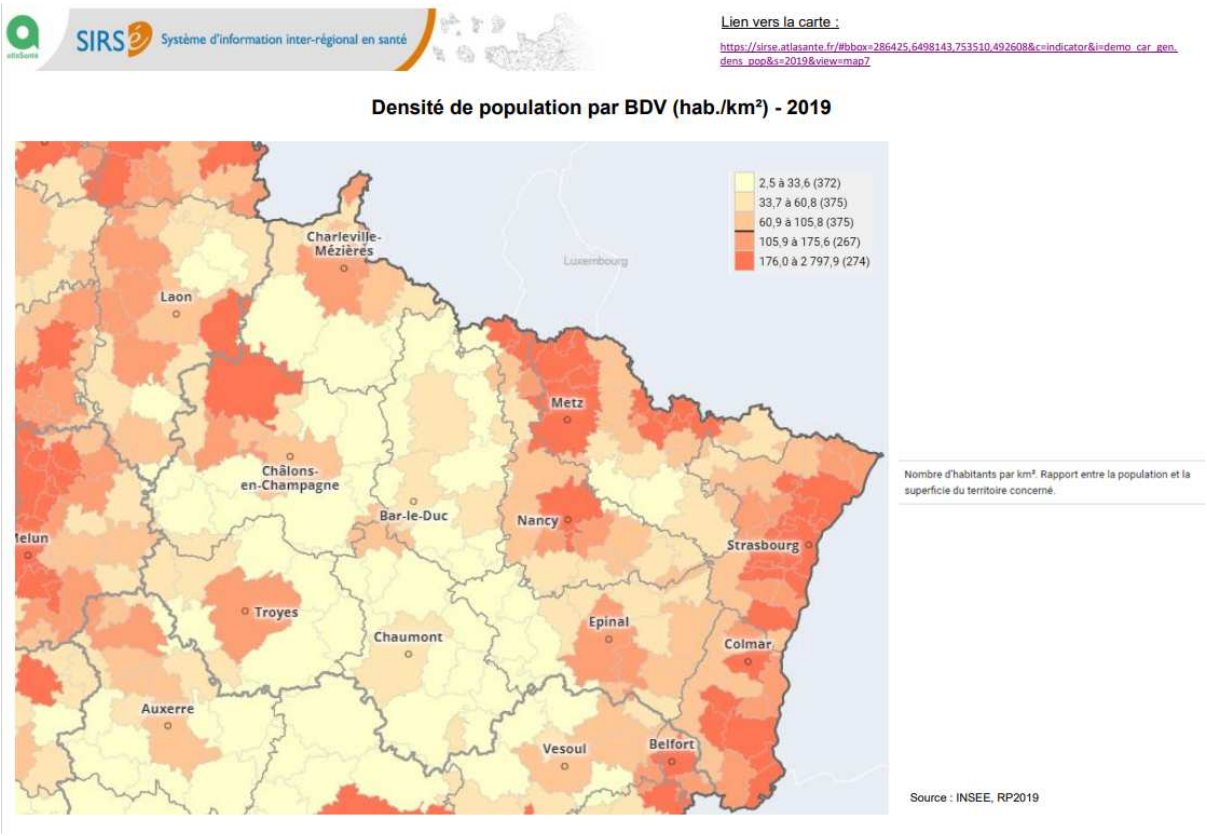
LE BILAN ET L'ÉVALUATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028 279

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION

UNE RÉGION AVEC DE FORTES DISPARITÉS DÉMOGRAPHIQUES

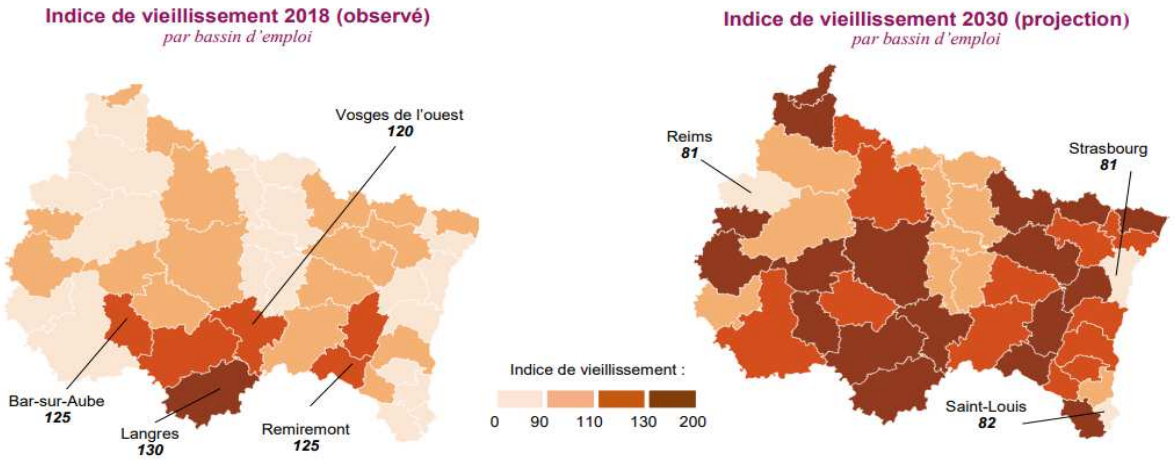
La région Grand Est compte 5,6 millions d'habitants soit 11,7% de la population métropolitaine. La moitié de la population du Grand Est se concentre sur deux départements : le Bas-Rhin (1,14 millions d'habitants) et la Moselle (1,05 millions d'habitants). La Meuse et la Haute-Marne sont les territoires les moins peuplés, avec moins de 0,2 millions d'habitants chacun, dont la moitié en milieu rural, pour une population en Grand Est majoritairement située en milieu urbain (71,9%).

Une densité de population très contrastée entre les départements. La région présente une densité de population de 96,7 habitants par km^2 avec de grandes disparités entre les départements puisqu'elle varie du simple à l'octuple. Le Bas-Rhin *(239,8 hab/km^2)* et le Haut-Rhin *(217,6 hab/km^2)* ont une densité de population nettement supérieure à celle de la France Métropolitaine *(119,7 hab/km^2)* et 6 départements sont en dessous de la densité régionale.



Une accélération hétérogène du vieillissement de la population. L'indice de vieillissement du Grand Est a poursuivi sa phase ascendante et dépasse, en 2022, de 2,5 points celui de la France métropolitaine. La Haute-Marne et les Vosges ont un indice supérieur à 100, suivis de près par la Meuse et les Ardennes. Seuls trois départements le Bas-Rhin, la Marne et la Meurthe-et-Moselle ont un indice de vieillissement qui reste bien en deçà

de celui de la France métropolitaine (83,8). Les projections de l'INSEE à 2030 font craindre une aggravation de la disparité régionale avec trois territoires dont l'indice de vieillissement restera en dessous de 90 versus près de la moitié des bassins d'emplois en 2018

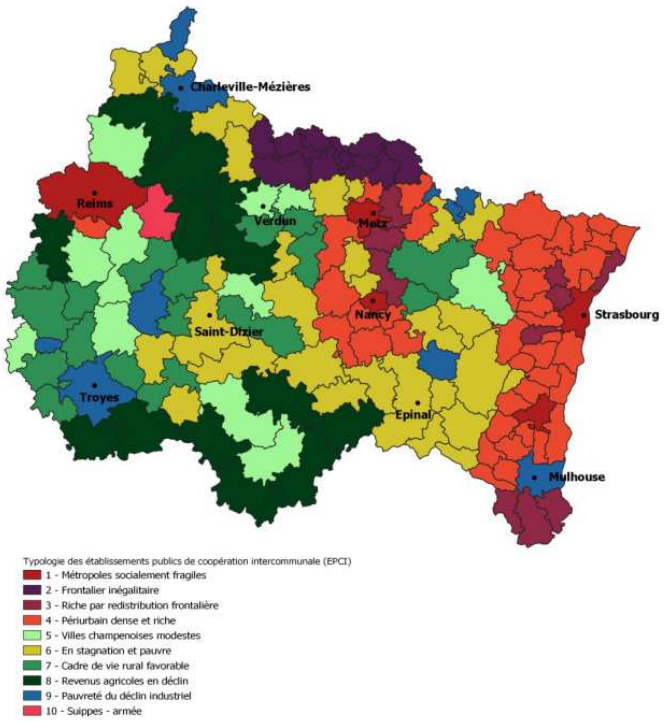


Horizon 2030 région Grand Est, Besoins de recrutement dans le domaine du sanitaire et du social, OREF / INSEE, Prospective, avril 2022

Une inégalité sociale disparate selon les territoires.

La région Grand Est est un territoire contrasté à forte dominante rurale : première région française en nombre de communes (5 121), 91% d'entre elles comptent moins de 2 000 habitants, tout en rassemblant 116 Quartiers prioritaires de la ville (QPV). En 2018, le taux de pauvreté de 14,8% est légèrement inférieur au taux national et reste lui aussi disparate selon les départements, les Ardennes étant les plus touchées avec 18,9%. La région est caractérisée par une grande disparité des territoires en termes de pauvreté et de trajectoires sociales. Les territoires très nettement défavorisés s'observent particulièrement dans les métropoles de la région y compris dans les départements avec un indice de pauvreté plus faible que la moyenne régionale et dans les territoires ruraux aux densités de population les plus faibles.

Typologie des EPCI du Grand Est en 10 groupes présentant les niveaux de pauvreté et trajectoires sociales.

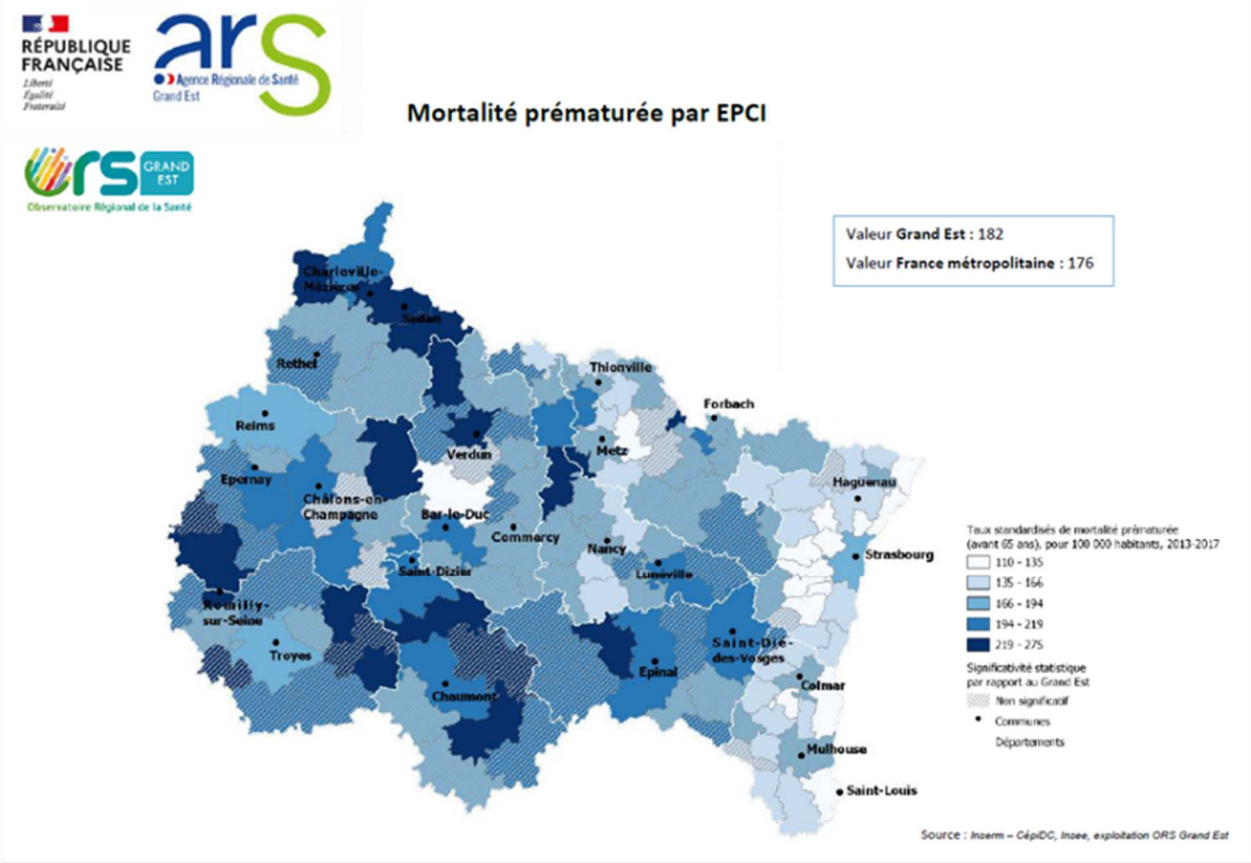


Source :
Gass Clément, Vuillier-Devillers Flora, "Les inégalités territoriales s'accentuent",

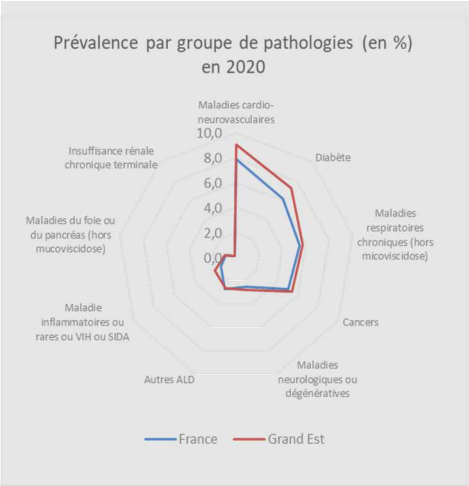
UNE RÉGION AUX INDICATEURS DE SANTÉ DÉFAVORABLES

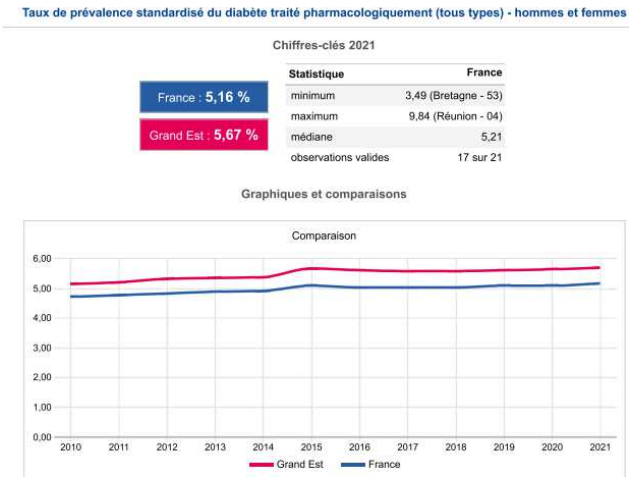
Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de France. Le Grand Est fait partie des régions de France métropolitaine parmi lesquelles l'espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes est la moins élevée. En 2021, une femme a une espérance de vie de 84,4 ans (France métropolitaine : 85,3 ans) et un homme de 78,6 ans (France métropolitaine 79,4 ans). Les Ardennes et la Meuse sont particulièrement touchés, avec une espérance de vie de deux ans inférieure à la moyenne nationale.

Une mortalité prématurée élevée. Le taux standardisé de mortalité prématuré (avant 65 ans) en Grand Est (181 pour 100 000 habitants) reste supérieur à la moyenne de la France métropolitaine (175 pour 100 000 habitants). Il est à noter un gradient « ouest / est ». Ainsi, les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ont une mortalité avant 65 ans beaucoup moins importante qu'en France métropolitaine (-25 points) ou en région Grand Est (-30 points). À l'inverse, les départements des Ardennes et de la Haute-Marne ont des taux de mortalité prématurée très nettement supérieurs aux moyennes nationales (+ 45 et 30 points, respectivement).



Un accroissement des maladies chroniques. Les cancers et les maladies cardio- et neuro- vasculaires restent les deux principales causes de mortalité en Grand Est (respectivement 28% et 25%). La prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires, des cancers, du diabète et de ses complications reste toujours largement supérieure à ce qui est observé en France métropolitaine. La prévalence du surpoids (50%) et de l'obésité (20%) fait de la région Grand Est une des régions de France métropolitaine les plus touchées par cet enjeu de santé publique. Or, il existe une association entre l'obésité, maladie multifactorielle et la survenue de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancer.



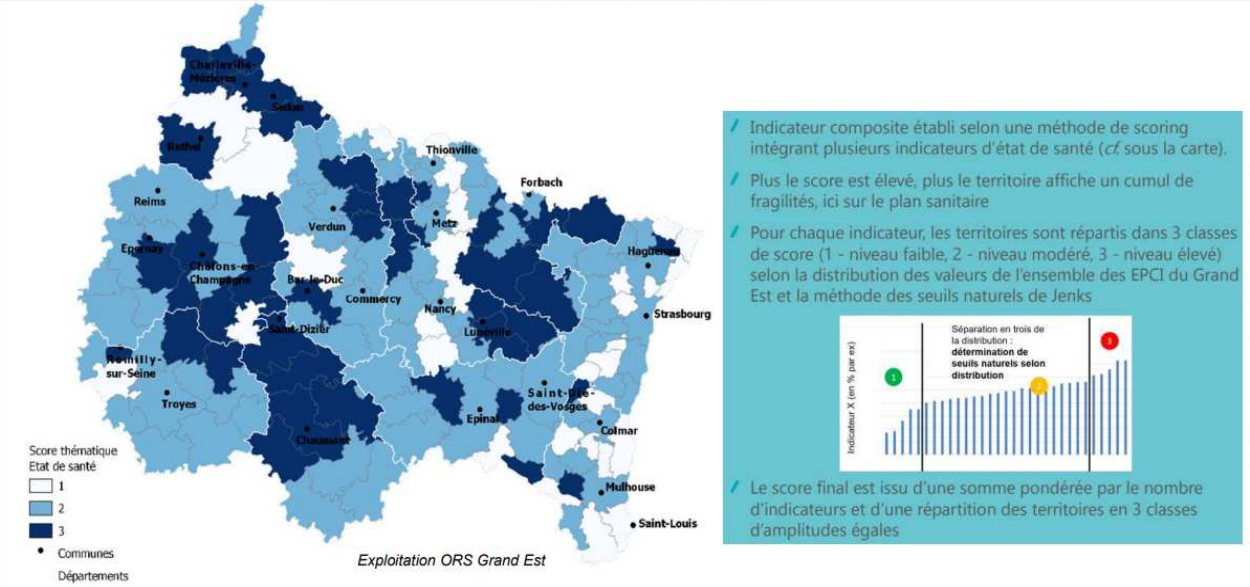


SNDS – ARS Grand Est – 2020

Géodes – Santé publique France - 2021

Un gradient social des pathologies prégnantes en Grand Est. Les maladies chroniques, l'obésité très présentes en Grand Est ont un fort gradient social, c'est-à-dire une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés. Ainsi, les enfants d'ouvriers ont deux fois plus de risque de se retrouver en surpoids dès la petite enfance que les enfants de cadres. Comparativement à la France Métropolitaine, la région recense ainsi davantage d'employés *(28%)* et d'ouvriers *(25%)*, et moins de cadres et de professions intellectuelles supérieures *(14%)*. Le nombre de chômeurs et de parents isolés croît également, les exposant à une fragilité sociale. En 2022, ce sont environ 432 000 personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, en partie dans les 116 Quartiers prioritaires de la ville de la région Grand Est.

Score de l'état de santé de la population en Grand Est



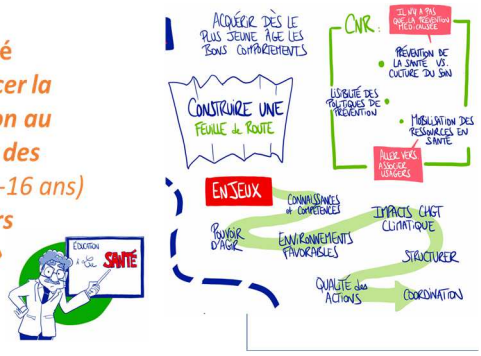
Pour en savoir plus, consulter, sur le site Internet de l'ARS :

- *Le bilan 2018-2022 du schéma régional de santé et du programme régional d'accès aux soins et de prévention des populations vulnérables 2018-2023 ;*
- *Les conclusions des évaluations menées tout au long de la mise en œuvre du projet régional de santé ;*
- *Les portraits de territoires par zones d'implantation de référence du schéma régional de santé et par département.*

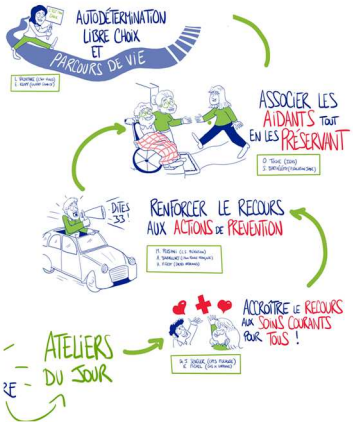
PARTIE 1 : NOS PRIORITÉS 2023-2028

1/ Priorité « *Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique*»

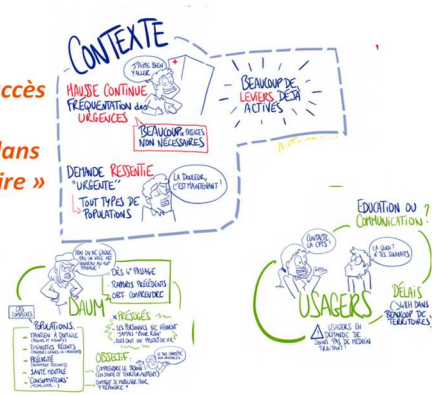
2/ Priorité « *Renforcer la prévention au plus près des jeunes* (0-16 ans) *et de leurs parents* »



3/ Priorité « *Encourager un écosystème favorable à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie* »



4/ Priorité « *Optimiser l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire* »



Dessins : Stéphane de Mouzon - facilitateur graphique

PRIORITÉ 1 : MINIMISER L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT CLIMATIQUE

CONSTATS ET ENJEUX

Le réchauffement climatique est une réalité. L'équilibre climatique naturel est modifié et le climat se réajuste par un réchauffement de la surface terrestre. L'heure n'est plus au constat mais à l'action : il convient de se mobiliser et d'agir. Tout le monde est concerné : élus, acteurs économiques, citoyens, pour réduire nos émissions de gaz à effet de serre, mais aussi pour nous adapter aux changements déjà engagés.

Le changement climatique et la santé

Le changement climatique a des effets sur la biodiversité, l'économie, la vie des populations, mais aussi sur la santé humaine. Les risques sanitaires sont liés à de nombreux facteurs : la zone géographique touchée, la nature de l'évènement climatique, l'association d'autres paramètres comme la pollution de l'air ou les usages des sols, l'état de santé des individus, leur âge, leur contexte socio-économique ou culturel, etc. Les impacts différenciés du dérèglement climatique créent ainsi des inégalités climatiques qui viennent renforcer des inégalités sociales déjà existantes.

Le climat c'est aussi en enjeu de santé

Les modifications du climat agissent comme facteur aggravant ou multiplicateur des risques, et amplifient de nombreux problèmes auxquels sont déjà confrontées les populations. Un large spectre de pathologies est concerné : respiratoires et allergiques, infectieuses, cardiovasculaires, cutanées, cancéreuses, nutritionnelles, mentales. Ce sont des pathologies fréquentes dans la population et qui ont de multiples causes. Il est donc difficile d'évaluer la part des facteurs climatiques sur le risque sanitaire. C'est un des enjeux majeurs de la recherche climat/santé.

Les impacts directs et indirects sur la santé

L'augmentation de la température de l'air a un impact direct sur la santé de la population avec une multiplication des hyperthermies et des maladies cardio-vasculaires ou respiratoires pouvant entrainer des pics de mortalité. Les personnes les plus vulnérables sont les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. L'intensification des catastrophes naturelles *(crues, inondations, incendies, etc.)* augmente le nombre de sinistrés et par voie de conséquence le nombre de décès et de victimes.

Une modification des conditions climatiques entraîne un ensemble de réactions en cascade, de l'implantation de nouvelles espèces à un changement de comportement, en passant par une modification des milieux qui conduira indirectement à des nuisances pour l'homme. Cette modification peut entraîner notamment un déplacement des populations. L'augmentation des températures va favoriser l'apparition et la prolifération d'espèces microbiennes, végétales et animales pouvant être à l'origine d'allergies, d'intoxications et de maladies infectieuses.

Comment pouvons-nous agir face au changement climatique ?

Il faudra à la fois « éviter l'ingérable » et « gérer l'inévitable » ; autrement dit, diminuer les émissions d'une part, et s'adapter d'autre part, en réduisant la vulnérabilité face aux conséquences du réchauffement. L'atténuation et l'adaptation sont deux approches complémentaires de lutte contre le réchauffement climatique qu'il faut mener de front.

Limiter l'ampleur du changement climatique pour en atténuer les effets

Sur la base du rapport du GIEC sur l'adaptation *(Groupe de travail II)* et celui sur les réductions d'émissions et les autres efforts d'atténuation *(Groupe de travail III),* pour limiter les effets du changement climatique, les pays signataires de la Convention-cadre des Nations unies sur le changement climatique *(CCNUCC)* se sont donnés pour objectif dans l'Accord de Paris de *« contenir l'élévation de la température moyenne de la planète nettement en dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels et en poursuivant l'action menée pour limiter l'élévation de la température à 1,5 °C par rapport aux niveaux préindustriels, étant entendu que cela réduirait sensiblement les risques et les effets des changements climatiques ».*[1] Adopté le 8 novembre 2019, **la loi énergie-climat** permet de nous fixer collectivement des objectifs ambitieux pour la politique climatique et énergétique française. Comportant 69 articles, le texte inscrit l'objectif de neutralité carbone en 2050 pour répondre à l'urgence climatique et à l'Accord de Paris[2]. Pour limiter les effets du changement climatique, il est crucial de s'attaquer aux causes du changement climatique en maîtrisant les émissions nettes de gaz à effet de serre, c'est ce qu'on appelle **l'atténuation**.

S'adapter au changement climatique pour une santé durable et résiliente

Compte tenu de l'inertie climatique et de la grande durée de vie des gaz à effet de serre accumulés dans l'atmosphère, l'augmentation des températures d'ici à la fin du siècle est inévitable et toutes les régions du monde sont concernées. L'adaptation au changement climatique est donc nécessaire pour en limiter les conséquences sur la santé, sur les activités socio-économiques et sur la nature.

Agir en promouvant des environnements favorables à la santé

Le réchauffement climatique accélère et amplifie la dégradation de l'environnement et son impact sanitaire. En 1999, l'Organisation mondiale de la santé *(OMS)* déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé ». Aussi, agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos que sont les bâtiments, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en luttant contre l'insalubrité, les expositions au plomb ou aux fibres d'amiante. Dans tous les milieux, il s'agit d'assurer la prévention des risques pour la santé, associés aux

[1] https://unfccc.int/fr/a-propos-des-ndcs/l-accord-de-paris
[2] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039355955/ ; https://www.ecologie.gouv.fr/loi-energie-climat

expositions à divers agents physiques, chimiques et biologiques omniprésents dans notre environnement et notre alimentation.

L'adaptation du système de santé au changement climatique

Il est aujourd'hui reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale *(stress, dépression, etc.)*, l'exposition aux agents délétères *(substances nocives, bruit)*, constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés à la qualité de l'environnement urbain. L'intégration de ces enjeux de santé publique dans l'aménagement du territoire passe par une amélioration des collaborations entre les différents acteurs des champs de la santé publique, de l'environnement, de l'économie et de l'urbanisme, avec pour finalité le bien-être, la qualité de vie et donc la santé des populations.

L'adaptation du système de santé aux enjeux liés au changement climatique impose d'améliorer notre réponse collective en cas de situation sanitaire exceptionnelle *(SSE)*. Les dispositifs de planification de la réponse face à ces SSE doivent être adaptés aux impacts du Changement Climatique *(inondations, incendies, canicules, vagues de grand froid)* et être en mesure d'assurer la prise en charge médicale de patients. Cela sera le cas, à l'échelon régional, avec le plan spécifique EPI-CLIM dans le plan ORSAN.

∞ Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».

Une démarche de développement durable comme levier de bénéfice en santé

Le dérèglement climatique va profondément perturber notre système de santé et entraîner des changements majeurs. L'offre et l'activité de soins seront bouleversées par une double contrainte carbone :

Le secteur de la santé doit réduire ses émissions de gaz à effet de serre, et chercher des substituts aux ressources énergétiques fossiles dont la disponibilité s'amenuise. Or, les nouvelles analyses menées en 2023 par le Shift Project montrent que l'effet du secteur de la santé sur le climat et sa dépendance aux énergies fossiles sont toujours significatifs[3] ;
De plus, il doit en même temps gérer les conséquences de la dégradation des écosystèmes et des crises climatiques sur la santé des populations

[3] https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour les cinq ans à venir, la stratégie régionale de l'ARS Grand Est s'articulera autour des deux enjeux complémentaires que sont **l'atténuation du changement climatique** en agissant sur le système de santé et **l'adaptation aux conséquences** présentes et à venir du changement climatique en intégrant les actions opérationnelles de « Grand Est Région Verte », démarche de déclinaison régionale de la planification et accélération de la transition écologique.

L'ATTÉNUATION DU CHANGEMENT CLIMATIQUE : DÉCARBONER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN GRAND EST

Avec pour enjeux la sobriété énergétique, écologique et la transformation de l'ensemble des pratiques, les travaux nationaux pour la stratégie pour la transition écologique et environnementale du système de santé s'articuleront autour de sept objectifs pour le secteur de la santé *(sanitaire et médico-social)* : bâtiment et maîtrise de l'énergie, achats durables, soins écoresponsables, déchets du secteur, formation et recherche en transformation écologique, mobilités durables et impact environnemental du numérique. Le secteur de la santé devra réduire de 5% par an ses émissions de gaz à effet de serre jusqu'en 2050. La feuille de route nationale de *"planification écologique du système de santé"* présentée le 22 mai 2023 a pour objectif de *"maîtriser les impacts environnementaux et d'assurer la transformation écologique du secteur sur le long terme"*. Après une phase de concertation, émergera à l'automne *"une convention de planification écologique du système de santé"*.

L'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'atténuation de l'impact du système de santé sur le changement climatique en déployant un plan en trois grands axes, précisés en dix objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : LA COORDINATION DES ACTEURS AUTOUR DES TRAVAUX DE LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE ET ÉCOLOGIQUE EN SANTÉ

L'ARS propose de mettre en place une coordination efficiente de toutes les parties prenantes dans la transition énergétique et écologique en santé en s'appuyant sur une gouvernance affirmée et sur le réseau des Conseillers en transition énergétique et écologique en santé *(CTEES)* qui se déploie en Grand Est.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°1 : Mobiliser les acteurs et les financeurs pour une synergie des actions ;
Objectif n°2 : Déployer et animer le réseau des CTEES en Grand Est.

Résultats attendus

Mise en place d'une instance de gouvernance régionale et territoriale opérationnelle, associant de façon équitable les différents secteurs, permettant le renforcement du pilotage et de la transversalité pour assurer une efficacité et un suivi de la transformation du secteur ;
Au moins 1 CTEES par zone d'implantation de référence du schéma régional de santé à l'horizon 2025.

Objectif n°1 - Principaux jalons

Recensement des parties prenantes actives en Grand Est ;
Recensement des modalités de financement des actions de transition écologique à l'attention du secteur de la santé

Objectif n°2 - Principaux jalons

Structuration de réseau des CTEES avec le coordinateur ;
Finalisation des recrutements en cours de CTEES et le compléter le cas échéant

AXE PRIORITAIRE N°2 : L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES DES PARTIES PRENANTES SUR LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET ÉNERGÉTIQUE EN SANTÉ

Le niveau national prévoit d'insérer à l'offre de formation initiale un socle commun obligatoire de connaissances et de compétences sur la transition écologique pour tous les étudiants en santé de premier cycle, en lien avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche *(MESR)* et d'inscrire la formation continue aux enjeux santé-environnement et à l'évolution des recommandations et bonnes pratiques pour une transformation écologique au plan de formation de chaque établissement de santé et parmi les orientations prioritaires du Développement professionnel continu *(DPC)* des professionnels libéraux et des OPCO pour l'ensemble des professionnels et acteurs de santé.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°3 : Former les professionnels de santé *(formation initiale et continue)* aux enjeux de transformation écologique, et en particulier aux soins écoresponsables ;
Objectif n°4 : Former les établissements aux démarches de développement durable selon leur niveau de maturité ;
Objectif n°5 : Sensibiliser les professionnels de santé à l'écoconception des soins.

Résultats attendus

650 professionnels encadrants de la fonction publique hospitalière formés d'ici 2025 (directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux, directeurs des soins, présidents de Commissions médicales d'établissement) ;
Des actions de formation au sein de chaque zone d'implantation de référence du schéma régional de santé sous le pilotage des CTEES ;
Sessions d'informations à destination des professionnels encadrants des établissements de la FPH et de la FEHAP
Des sessions d'information à destination des professionnels de santé (webinaires, etc.) sur la préservation de l'environnement et sur l'appropriation des bonnes pratiques en matière de soins écoresponsables et de prescriptions plus sobres.

Principaux jalons

Des actions de sensibilisation concernant la décarbonation et des actions à engager pour y répondre : bilans d'émissions de gaz à effet de serre *(BEGES)*, bilans carbone, actions probantes, etc. ;
Renforcement du partenariat et de la collaboration avec les CTEES, les URPS, les fédérations et les associations de patients ;
Diffusion large des divers guides de bonnes pratiques et des référentiels élaborés par le ministère de la Santé et de la prévention, l'Anap et le Conseil stratégique des industries de santé *(CSIS)*. Pour les cabinets de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, déploiement d'outils déjà élaborés par les associations santé-environnement, et organisations professionnelles, après les avoir validés.

AXE PRIORITAIRE N°3 : L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTIONS DE DÉCARBONATION DU SYSTÊME DE SANTÉ DE LA RÉGION GRAND EST SUR LES THÈMES PRIORITAIRES

En s'appuyant sur les initiatives des établissements pionniers, l'ARS s'engage sur le long terme dans la promotion, l'accompagnement et l'accélération de la transition énergétique et écologique en santé sur les thématiques : bâtiment et énergie, achats durables, déchets du secteur, éco-prescriptions, transports et mobilités durables. L'ARS valorisera, dans le cadre des accompagnements Ségur de la santé, les établissements de santé et médico-sociaux qui se sont particulièrement mobilisés sur ce champ.

CINQ OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°6 : Accompagner la réalisation du bilan carbone des établissements de santé et médico-sociaux ;
Objectif n°7 : Accompagner la rénovation écologique et la transformation énergétique des établissements de santé et médicosociaux et des maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est ;
Objectif n°8 : Réduire la pollution pharmaceutique en améliorant les pratiques de prescription ;
Objectif n°9 : Réaliser un bilan de la filière « Déchets d'activités de soins à risques infectieux *(DASRI)* » auprès des établissements de santé, des EHPAD et auprès des libéraux du Grand Est pour optimiser cette filière ;
Objectif n°10 : Accélérer la transition vers des transports et des schémas de mobilité à faible et très faible émission.

Résultats attendus

100% des établissements sanitaires du Grand Est ont réalisé leur BEGES et /ou bilan carbone direct et indirect ;
100% des établissements sanitaires ~~et ESMS~~ ont diminué de 40% leur consommation d'énergie d'ici à 2030 ; *(pour les ESMS attente du rapport sur les travaux menés actuellement par le shift)*
Poursuite du déploiement de supports dédiés à la démarche de déprescription ;
Cartographie et quantification des flux de DASRI du Grand Est ;
Accompagnement des établissements de santé et établissements médico-sociaux dans leurs plans de transports à faible émission et de mobilités douces et actives.

Principaux jalons

Promotion de l'utilisation de l'outil « Mon observatoire du développement durable » *(ANAP)*[4]*. (bilan carbone simplifié)* ;
Accompagnement des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé de ville dans la structuration d'une démarche de décarbonation ;
Communication aux établissements des modalités d'accompagnement possibles de ces bilans BEGES et /ou bilan carbone direct et indirect ;
Soutien, par les CTEES, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
Accompagnement des établissements dans la rénovation énergétique de leurs bâtiments ;
Promotion de l'éco-conception des nouveaux bâtiments incluant les pharmacies et les locaux des professionnels de ville ;
Promotion de la bio-climatisation des bâtiments et l'usage de matériaux bio-sourcés dans les constructions neuves ;
Mobilisation des leviers financiers existants : fond vert, les crédits dévolus dans le cadre du Ségur de la santé pour les investissements du quotidien *(alloués à des actions d'efficacité énergétique dans le secteur sanitaire)* et autres ;
Organisation et promotion de la sobriété énergétique des usages au sein des établissements ;
Pour la ville, maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé : promotion des cabinets verts, en lien avec la CNAM ;
Identification et partage avec l'ensemble des partenaires des actions pouvant être engagées sur les transports et des leviers pouvant être mobilisés, en s'appuyant sur le réseau de partenaires existants *(état des lieux).*

[4] *https://anap.fr/s/article/rse-publication-1644#* *Lien vers l'autodiagnostic : https://autodiag.anap.fr/autodiagnostic/76*

L'ADAPTATION AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le réchauffement climatique accélère et amplifie la dégradation de l'environnement et son impact sanitaire. En 1999, l'Organisation mondiale de la santé *(OMS)* déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que *« l'environnement est la clé d'une meilleure santé »*. Agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos que sont les bâtiments, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en luttant contre l'insalubrité. Dans tous ces milieux, il s'agit d'assurer la prévention des risques pour la santé, associés aux expositions à divers agents physiques, chimiques et biologiques omniprésents dans notre environnement et notre alimentation.

Les actions menées par l'ARS Grand Est et ses partenaires au travers de sa politique de prévention et de surveillance des déterminants environnementaux traitent les enjeux d'adaptation au changement climatique, avec notamment son engagement en matière de sécurité sanitaire des eaux ou avec les plans de gestion des vagues de chaleur ou autres évènements climatiques. Depuis 2017, en région Grand Est, le Plan régional santé environnement *(PRSE)* porte une politique ambitieuse afin de réduire l'impact des altérations de l'environnement sur la santé. Le PRSE n°4 fondé sur une approche « une seule santé » traite en fil rouge l'atténuation et l'adaptation au changement climatique dans une logique de cohérence des politiques publiques.

Ainsi dans le champ relevant du schéma régional de santé, l'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'adaptation au changement climatique pour limiter les conséquences sur la santé, autour de 4 axes, précisés en 7 objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : LA PRÉVENTION DES ALTÉRATIONS DE LA QUALITÉ DE L'EAU POTABLE

Notre défi consiste à accroître les démarches de sobriété, amplifier les efforts de préservation de la qualité de l'eau, notamment par la lutte contre la pollution, investir massivement dans la rénovation et la sécurisation des infrastructures de potabilisation, améliorer la gestion des périodes de sécheresse. Le récent plan gouvernemental « eau »[5], annoncé en mars 2023 par le Président de la République, vient répondre à ces ambitions à travers 53 mesures qui devront être mises en œuvre d'ici 2030. Face au défi climatique, l'ARS Grand Est, en lien avec les préfets de département en charge du plan ORSEC « eau potable », va poursuivre ses efforts dans la gestion des situations de crise mais également fournir le cadrage sanitaire et technique pour assurer la distribution durable et résiliente d'une eau potable de qualité, aux habitants du Grand Est.

[5] https://www.gouvernement.fr/preservons-notre-ressource-en-eau/les-53-mesures-du-plan-eau

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°11 : Améliorer la connaissance sur les substances préoccupantes dans l'eau potable et mettre en place les mesures de gestion adaptées ;
Objectif n°12 : Élaborer des plans de gestion de sécurité sanitaire des eaux *(PGSSE)* permettant l'anticipation et de remédiation.

Résultats attendus

100 % des responsables de la production et de la distribution de l'eau *(PRPDE)* ont été accompagnés pour la mise en place d'un plan de gestion de sécurité sanitaire des eaux *(PGSSE)* d'ici 2028 ;
Mise à disposition d'un bilan de la qualité de l'eau incluant les substances préoccupantes et d'un plan d'action sur les mesures à prendre.

Objectif n°11 - Principaux jalons

Réalisation de campagnes exploratoires de recherche des polluants non réglementés (PFAS, perchlorates et résidus d'explosifs, perturbateurs endocriniens, sous-produits de traitement, etc.) ;
Adaptation du contrôle sanitaire aux résultats obtenus.

Objectif n°12 - Principaux jalons

Mise en place d'outils de gestion à l'échelle des aires d'alimentation pour les captages sensibles en lien avec la DREAL, DRAAF et les Agences de l'eau ;
Formation des personnes responsables de la production et de la distribution de l'eau *(en lien avec CNFPT)* ;
Animation d'un réseau d'échange et d'expertise *(communauté PGSSE)* pour accompagner les collectivités gestionnaires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : LA PRÉVENTION DES IMPACTS LIÉS AUX ESPÈCES NUISIBLES À LA SANTÉ

Le concept *« une seule santé »*, initié au début des années 2000, repose sur un principe simple, selon lequel les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés, et la santé des uns dépend de celle des autres. Il convient de tenir compte de ces liens complexes dans une approche globale des enjeux sanitaires. Celle-ci inclut la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine.

Au moins 60% des maladies humaines infectieuses ont une origine animale. De nombreuses épidémies apparues ces dernières années, comme celles causées par les virus de la Covid-19, Zika ou Ebola, ont en commun de venir des animaux. L'activité humaine joue un rôle majeur dans la propagation de ces maladies infectieuses animales ou humaines, avec un phénomène marquant : son rôle dans le changement climatique, qui favorise par exemple l'adaptation d'animaux vecteurs d'agents pathogènes à de nouvelles zones géographiques, à l'image de l'arrivée

du moustique tigre en Grand Est. Ainsi, les maladies vectorielles ont un impact économique ou en santé publique croissant.

Par ailleurs, en France, les allergies aux pollens ont été multipliées par trois en 25 ans. Les pollens de graminées y constituent une des premières sources d'allergie pour les populations, après les acariens. Plus de 20% de la population française est allergique aux pollens. Ces allergies pourraient toucher la moitié de la population mondiale d'ici 10 ans. Les concentrations de pollens de certaines espèces à fort pouvoir allergisant, comme l'ambroisie, pourraient quadrupler d'ici 2050. Dans les prochaines années, cette tendance devrait s'amplifier, ce qui est un exemple du lien étroit entre la dégradation de la biodiversité et celle de la santé humaine.

QUATRE OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°13 : Lutter contre la prolifération du moustique ;
Objectif n°14 : Lutter contre la prolifération des chenilles processionnaires ;
Objectif n°15 : Limiter la progression de l'implantation de l'ambroisie en Grand Est ;
Objectif n°16 : Renforcer les messages de prévention par la diffusion des bulletins d'information aux professionnels de santé et personnes allergiques.

Résultats attendus

100% des collectivités colonisées par le moustique tigre dotées d'un CLS doivent y inscrire des actions de mobilisation sociale ;
100% des établissements sanitaires situés dans les quartiers colonisés par le moustique tigre doivent être formés à la lutte anti-vectorielle d'ici 2028 ;
Tous les territoires concernés par les problématiques de chenilles processionnaires doivent mettre en place une information et un plan de prévention et de gestion de l'exposition de la population ;
Des référents territoriaux *« Ambroisie »* sont désignés et formés dans au moins 80% des collectivités où la présence d'ambroisie a été signalée ;
Tous les départements à enjeux ont un réseau de sentinelles en charge du repérage de l'ambroisie ;
Une évolution positive du nombre de bulletins d'information sur les pollens diffusés ;
Une amélioration de la qualité des messages de prévention diffusés aux personnes allergiques.

Principaux jalons

Formation des collectivités territoriales, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des citoyens *(mentors, ambassadeurs)*, au risque, aux mesures de gestion et à la prévention ;
Communication à destination des citoyens en s'appuyant sur des kits de mobilisation sociale, etc. ;
Accompagnement des collectivités à la mise en œuvre des mesures de prévention et de gestion, notamment pour les sites infectés ;
Développement des actions de formation et de sensibilisation des gestionnaires et des usagers des lieux de tourisme de plein air : sites de baignades, etc. ;
Mise en place de Comités départementaux interministériels *« Ambroisie »* dans les départements à enjeux ;
Contribuer au réseau de surveillance des pollens *(dont l'ambroisie)* dans l'air ambiant ;
Étudier le lien entre les relevés polliniques et les changements climatiques ;

Déployer le réseau pollin'air sur l'ensemble de la région Grand est : formation de sentinelles, mise en place de polliniers dans chaque département de la région ;
Faire connaître ces dispositifs aux responsables de programmes d'ETP concernés.

AXE PRIORITAIRE N°3 : LA PRÉVENTION DU RISQUE SANITAIRE ENVIRONNEMENTAL DANS LES ESPACES CLOS

Une part dominante de nos activités humaines est exercée dans des bâtiments et pendant la grande majorité de notre temps. Les impacts du dérèglement climatique sur les bâtiments et les fonctions qu'ils abritent représentent ainsi un enjeu majeur et grandissant, qu'il y a lieu de particulièrement anticiper au regard de la longue durée de vie de ces constructions. Cet enjeu porte en premier lieu sur le confort thermique intérieur, mais aussi sur l'effet des aléas induits pour les lieux où ces bâtiments sont construits. Ainsi en Grand Est, nous avons priorisé notre action sur des pathologies particulièrement présentes, en tenant compte du fait que le comportement des occupants joue un rôle majeur, et que les démarches de sensibilisation et d'accompagnement à l'évolution des pratiques d'utilisation des bâtiments sont particulièrement importantes.

UN OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Objectif n°17 : Diminuer la prévalence de la légionellose en Grand Est.

Résultats attendus

Diminution de 25% de la prévalence de la légionellose en Grand Est d'ici 2028.

Principaux jalons

Accompagnement des gestionnaires des établissements concernés dans la mise en œuvre des évaluations des risques liés aux installations intérieures de distribution d'eau ;
Contribution à l'étude nationale LEGIO-DOM visant à ré-interroger les risques liés aux réseaux d'eau chaude sanitaire à domicile.

AXE PRIORITAIRE N°4 : LA PRÉVENTION DES IMPACTS LIÉS AU CHANGEMENT CLIMATIQUE PAR L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET L'ACCLIMATATION DES LIEUX DE SANTÉ

Il est aujourd'hui reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale *(stress, dépression, etc.)*, l'exposition aux agents délétères *(substances nocives, bruit)*, constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés à la qualité de l'environnement urbain.

Le concept d'urbanisme favorable à la santé a été initié par l'OMS *(Organisation mondiale pour la santé)* dès 1987 dans le cadre de son programme des villes-santé. Il a été complété par l'école des Hautes études en santé publique qui définit un cadre de références composé de 7 axes d'actions :

Réduire les polluants, les nuisances et autres agents délétères ;
Promouvoir les comportements de vie sains des individus ;
Contribuer à changer le cadre de vie ;
Identifier et réduire les inégalités de santé ;
Soulever et gérer, autant que possible, les antagonismes et les possibles synergies entre les différentes politiques publiques *(environnementales, d'aménagement, de santé, etc.)* ;
Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs, y compris les citoyens ;
Penser un projet adaptable, prendre en compte l'évolution des comportements et modes de vie.

L'intégration de ces enjeux de santé publique dans l'aménagement du territoire passe par une amélioration des collaborations entre les différents acteurs des champs de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisme, avec pour finalité le bien-être, la qualité de vie et donc la santé de la population sur l'ensemble du territoire avec une attention particulière portée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et à la réduction des inégalités de santé dans les Zones à Faibles Émissions (ZFE) dans les métropoles.

UN OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Objectif n°18 : Promouvoir et déployer le concept d'urbanisme favorable à la santé auprès des collectivités et aménageurs du Grand Est, notamment au sein des contrats locaux de santé.

Résultats attendus

100% des collectivités dotées d'un CLS sont sensibilisées aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé d'ici 2028.

Principaux jalons

Sensibilisation des élus et des agents des collectivités ;
Accompagnement des collectivités à la mise en place d'aménagements favorables à la santé *(AMO)* ;
Renforcement de la dimension santé des avis rendus par l'ARS sur les documents de planification en matière d'urbanisme et d'aménagement.

PRIORITÉ 2 : RENFORCER LA PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DES JEUNES *(0-16 ANS)* ET DE LEURS PARENTS

CONSTATS ET ENJEUX

Le développement des enfants, jusqu'à leur entrée dans l'âge adulte, se caractérise par une succession de périodes charnières. Leur suivi est morcelé car centré essentiellement autour des périodes dites de vulnérabilité *(grossesse, naissance et petite enfance, adolescence)*. Leurs habitudes de vie sont en construction et leurs compétences en cours d'acquisition. Ils sont de ce fait particulièrement réceptifs aux messages et donc dans une période privilégiée pour renforcer leurs connaissances, compétences et pratiques favorables pour leur santé et leur bien-être.

La santé se construisant en premier lieu au sein des relations familiales et sociales, la prise en compte de ces déterminants de la santé, dans une approche globale de promotion de la santé, est primordiale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé *(ISTS)* dès les premières années de vie. Dans le cadre d'une approche globale de la santé, des liens complexes interviennent entre ces différents facteurs sociétaux, environnementaux et personnels, chacun de ces aspects étant relié aux autres dans une interaction dynamique. Ainsi, l'environnement plus ou moins favorable dans lequel les jeunes évoluent doit être pris en compte dans l'analyse de leurs choix en matière de comportements alimentaires, d'activité physique, de consommation d'alcool, de tabac ou de drogues diverses, de relations aux autres et de relations affectives et sexuelles. Le parcours de santé d'un enfant ou d'un adolescent s'inscrit dans son parcours de vie au travers des différents lieux qu'il fréquente et qui représentent tout autant d'occasions d'accompagner les enfants et les adolescents pour promouvoir leur santé et limiter les facteurs de risques.

Une politique de prévention chez les 0-16 ans nécessite de décloisonner les champs concernés par la mise en place d'un cadre commun à l'ensemble des acteurs du territoire des différents champs et d'éviter les ruptures entre le projet de vie global, éducatif, scolaire et le projet de soins des jeunes *(situation de handicap, fragilité sociale, etc.)*.

Les principaux constats en région Grand Est

Les principales difficultés identifiées en région concernent différents champs impactant :

Chez les jeunes et leurs parents : des compétences insuffisantes pour agir en faveur du bien-être et de la santé *(notamment dans la pratique d'activité physique),* ne dépendant pas uniquement des comportements individuels mais également d'autres facteurs comme l'accessibilité géographique, socioculturelle ou encore financière ;
Des actions de prévention et de promotion en santé pas assez nombreuses et structurées autour du parcours de vie (développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, alimentation, activité physique, éducation à la vie affective et sexuelle, bientraitance, éveil culturel, nouvelles technologies et leurs effets, conduites à risques, etc.) ;
Un écosystème d'acteurs de la prévention riche mais mal coordonné notamment entre les secteurs sanitaire, médico-social et de l'éducation limitant les capacités collectives à construire un projet commun d'accompagnement et de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent correspondant à leurs besoins ;

Une offre de santé et de soins peu structurée autour de la complexité de certains parcours : les troubles du neurodéveloppement de l'enfant, la prise en charge du surpoids, de l'obésité et de la souffrance psychique ;
Un déficit de partage d'information et de données entre les différents acteurs de santé et de soins intervenant pour un même enfant ou adolescent ;
Une communication en direction des jeunes pas toujours adaptée, engendrant une absence d'appropriation des messages leur permettant d'agir favorablement vis-à-vis de leur santé.

Les principaux enjeux

Ces constats en Grand Est soulignent la nécessité d'apporter une réponse structurelle, collective et transversale à notre système de prévention et de promotion de la santé des jeunes. Il s'agit donc de **structurer la politique de prévention** menée pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en répondant aux enjeux de proximité, d'équité et de lisibilité des actions déployées dans les territoires. Ces actions servant la stratégie en matière de prévention pour les 0 à 16 ans et leurs parents seront déployées en **cohérence** et en **collaboration** avec les différents **partenaires** et **acteurs institutionnels**, tels que l'Éducation nationale, les Conseils départementaux, les Caisses d'allocations familiales *(qui coordonnent les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents - Reaap)*, l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole en milieu rural, les acteurs de la santé, de la prévention, de l'éducation, les acteurs sociaux, etc., la plupart étant déjà souvent fédérés dans le cadre de schémas ou contrats territoriaux, comme le schéma départemental des services aux familles, le schéma de prévention et de protection de l'enfance, les contrats locaux de santé *(CLS)*, etc.. Il s'agit par ailleurs **d'améliorer la qualité** des actions menées en intégrant systématiquement une **démarche d'évaluation** pour identifier les solutions à promouvoir et à déployer. L'enjeu du **décloisonnement et d'amélioration de la coordination** des acteurs de la prévention sera essentiel au niveau régional, départemental et infra départemental en s'appuyant notamment sur les CLS.

L'ARS Grand Est, s'engage dans une démarche de renforcement de la prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents en déployant un plan en quatre axes, précisés en dix objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour les cinq ans à venir, la stratégie régionale de l'ARS Grand Est s'articulera autour de quatre axes prioritaires portant sur le renforcement des compétences psychosociales, la prévention de la périnatalité à l'adolescence, la coordination des acteurs et les environnements favorables à la santé.

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DES JEUNES ET LES COMPÉTENCES PARENTALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET PROMOUVOIR LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ CHEZ LES JEUNES ET LEURS PARENTS

Chez les enfants, le renforcement des compétences psychosociales *(CPS)*[6] favorise le développement global *(social, émotionnel, cognitif, physique)*, et contribue à renforcer le pouvoir d'agir *(empowerment)*, à maintenir un état de bien-être psychique, à favoriser un fonctionnement individuel optimal et à développer des interactions constructives. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative. De ce fait, le développement des CPS permet de prévenir les problèmes de mal être, les conduites à risques tels que les comportements violents, les comportements sexuels à risque ou la consommation de substances psychoactives *(drogues illicites, tabac, alcool)*. Des actions probantes sont déjà déployées et sont à poursuivre en Grand Est comme *« Good behaviour game (GBG) et UNPLUGGED »*, mais d'autres actions, innovantes et/ou prometteuses peuvent les compléter, dès lors que l'on s'assure de leur évaluation.

Chez les parents, le renforcement des compétences parentales est un levier essentiel au développement global des enfants et des adolescents. Il n'existe cependant pas de définition unique de la parentalité et de ses pratiques : la parentalité dépend du contexte, de la culture, de la compréhension et de la position des parents et de leurs proches, de leur capacité à répondre aux besoins de l'enfant selon son âge *(et selon leurs propres antécédents personnels et familiaux)*, selon les étapes du développement de leur enfant, l'existence ou non d'inégalités sociales et d'accès à un parcours de soins adapté. Ce qui importe, c'est l'accompagnement et le renforcement des aptitudes et pratiques des parents et/ou de ceux et celles qui interviennent dans le développement et l'éducation de l'enfant, surtout *(mais pas seulement)* dans la petite enfance et dans tous les évènements de son parcours de santé et de vie jusqu'à l'âge adulte, tout en considérant leurs environnements de vie.

Le renforcement des compétences psychosociales des jeunes et des compétences parentales et la promotion des comportements favorables à la santé nécessitent donc de mener une démarche conjointe et cohérente vis-à-vis des jeunes et des parents en lien avec l'ensemble des acteurs accompagnant ces jeunes et leurs familles dans leur parcours de vie et de santé. Il pourra être pris appui sur les contrats locaux de santé pour mettre en œuvre des actions de proximité avec les familles et les acteurs en intersectorialité.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°1 : Permettre, à tous les enfants, de développer leurs compétences psychosociales *(CPS)* dès le plus jeune âge, pendant leur croissance et dans tous les lieux de vie qu'ils fréquentent ;
Objectif n°2 : Renforcer les compétences parentales.

[6] *Pour une définition précise des CPS, se reporter au site de Santé publique France :*
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-definition-et-classification

Objectif n°1 : Permettre, à tous les enfants, de développer leurs compétences psychosociales *(CPS)* dès le plus jeune âge, pendant leur croissance et dans tous les lieux de vie qu'ils fréquentent

Résultats attendus

Mise en place d'une coordination territoriale de développement des CPS des enfants et des jeunes dans chaque département avec l'ensemble des acteurs concernés ;
Déploiement au sein de chaque territoire d'un programme de développement des CPS chez les enfants et les jeunes.

Principaux jalons

Copilotage de la stratégie départementale de développement des CPS des enfants et des adolescents ARS / Éducation nationale / Conseils départementaux ;
Mise en place, de manière progressive, au sein de chaque département, des Comités territoriaux pour animer et coordonner les interventions CPS dans les structures / établissements / lieux de vie accueillant des enfants / adolescents *(établissements scolaires, médico-sociaux, collectivités, aide sociale à l'enfance (ASE), etc.)* ;
Formation sur les CPS des professionnels au contact des jeunes dans chaque département (en articulation avec les différents plans et schémas territoriaux existants comme le schéma départemental « enfance famille ») ;
Réalisation des premiers diagnostics territoriaux partagés, dès le 1er semestre 2024 ;
Inscription des actions CPS dans les contrats locaux de santé *(CLS*) et/ou les Conseils locaux de santé mentale en cohérence le cas échéant avec les Projets territoriaux de santé mentale *(PTSM)* : actions probantes, innovantes et/ou prometteuses

Objectif n°2 : Renforcer les compétences parentales

Résultats attendus

Déploiement, dans chaque département, de programmes probants ou prometteurs de soutien et d'accompagnement à la parentalité pour les parents d'enfants âgés de 0 à 11 ans ;
Soutien d'actions innovantes ou d'initiatives locales, construites par les acteurs de terrain en faveur de la parentalité, notamment avec les publics vulnérables *(AAP ou AMI)* ;
Mise en place dans les trois ante-régions du Grand Est des Services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité des personnes en situation de handicap *(SAPPH)* ;
Amélioration de l'articulation entre tous les acteurs concernés par la thématique.

Principaux jalons

Renforcement des partenariats dans la démarche « Programme de soutien aux familles et à la parentalité *(PSFP)* » ou autres programmes d'actions de parentalité avec les partenaires institutionnels, tels que les Caisses d'allocation familiales *(CAF)*, les conseils départementaux et autres collectivités locales ;
Poursuite de la déclinaison régionale de la stratégie des *« 1000 Premiers jours de l'enfant »* en fonction des nouvelles orientations nationales, en lien avec les acteurs institutionnels, les structures d'exercice coordonné, les associations ou tout autre acteur oeuvrant sur cette thématique dans une démarche pluri et intersectorielle ;
Soutien de la montée en charge des futurs Services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité des personnes en situation de handicap *(SAPPH)*, tout en s'appuyant sur une gouvernance partenariale ;
Élaboration d'une cartographie des acteurs et des dispositifs proposant des actions d'accompagnement et de soutien à la parentalité à l'échelle départementale, en collaboration avec l'ORS ;
Identification, avec les partenaires, des besoins non couverts et des réponses possibles d'accompagnement des parents / aidants *(MDPH, équipes relais handicaps rares (ERHR), Conseils Départementaux, PJJ, etc.)* dans des situations spécifiques comme maladies chroniques, maladies rares, handicap, santé mentale des enfants et adolescents *(y compris ceux suivis par les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)).*

AXE PRIORITAIRE N°2 : DÉPLOYER ET STRUCTURER UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION, DE LA PÉRINATALITÉ À L'ADOLESCENCE

Le constat est fait d'un nombre important d'acteurs et intervenants auprès des enfants et des adolescents qu'il est important de décloisonner tout en structurant et coordonnant leurs actions. Il s'agit d'abord de rendre lisible ce qui existe et d'améliorer l'articulation des dispositifs pour les parents et les enfants, en allant au plus près des familles sur les territoires. Et cela est vrai, en particulier, pour les points détaillés ci-dessous, sans pour autant être exclusifs.

L'entretien prénatal précoce *(EPP)* offre aux futurs parents un espace de dialogue autour des sentiments provoqués par la grossesse ou l'arrivée du bébé et permet aux professionnels d'évaluer les risques médicaux, sociaux et psychologiques chez les familles. Cet entretien a été rendu obligatoire depuis le 1er mai 2020, cependant, trop peu de femmes en France *(36,5% en 2021)*[6] bénéficient de manière effective d'un EPP au début de leur grossesse. En Grand Est, ce taux est inférieur à la valeur nationale et s'élève à 33%. Pourtant, la stratégie nationale autour des 1000 premiers jours a replacé l'enjeu relatif à la réalisation des EPP au cœur de la politique publique ainsi que les enjeux de prise en compte des situations de vulnérabilités *(addictions, violences, contexte psycho-socio-économique)* par un meilleur repérage des difficultés, une orientation adaptée des familles et une coordination des professionnels de différents champs. L'entretien post natal précoce *(EPNP)* concourt également à ces objectifs et est obligatoire depuis le 1er juillet 2022.

Par ailleurs, la crise sanitaire de la COVID a eu impact sur le quotidien et la vie de tous, et en particulier les jeunes, se traduisant par une dégradation de leur santé mentale, constatée par les professionnels qui les entourent *(personnels de l'Éducation nationale, professionnels de santé, etc.)*. Depuis début 2021, Santé publique France *(SpF)* alerte sur une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans. Le Grand Est n'est pas épargné : SpF relève en 2021 une part d'activité annuelle de passages aux urgences pour geste suicidaire de 6,3‰ pour la région Grand Est contre 5,6‰ pour la

France entière. Une stratégie multimodale nationale est déployée en région Grand Est avec l'appui de multiples acteurs du champ et du centre régional de prévention du suicide : centre répondant pour le 3114 *(numéro national de prévention du suicide)*, dispositif de recontact VIGILANS Grand Est, formations du Groupement d'études et de prévention du suicide *(GEPS)*. Les projets territoriaux de santé mentale *(PTSM)*, en articulation avec les conseils locaux de santé mentale *(CLSM)* et les contrats locaux de santé *(CLS)* contribuent également à la politique de prévention en matière de santé mentale, par l'identification des besoins et des ressources sur les territoires, favorisant les coopérations locales

De plus, une couverture vaccinale élevée contribue à protéger de manière efficace les individus contre différentes maladies infectieuses graves en diminuant le risque de développer ces maladies et en limitant leur transmission. La promotion de la vaccination pour les vaccins obligatoires et recommandés en France reste donc un enjeu majeur de santé publique. Face à ces constats et afin de favoriser l'accès à une protection vaccinale, le Président de la République a notamment annoncé le 28 février 2023 que la vaccination contre les virus à Papillomavirus humains *(HPV)* serait proposée dès la rentrée scolaire de 2023 à l'ensemble des élèves de 5e. Ainsi, l'ensemble des ARS, en lien avec les services du rectorat ainsi que les acteurs de la vaccination, auront à mettre en œuvre la campagne de vaccination HPV auprès des élèves de 5e dans l'ensemble des collèges de la région avec l'appui d'équipes mobiles de vaccination.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°3 : Encourager la conduite et l'harmonisation des pratiques concernant l'entretien prénatal précoce *(EPP)* et l'entretien post-natal précoce *(EPNP)* par les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes et leur entourage ;
Objectif n°4 : Mettre en place une politique en faveur de la santé mentale auprès des jeunes publics en Grand Est, notamment en matière de prévention du suicide ;
Objectif n°5 : Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal auprès des jeunes et de leurs parents en Grand Est, notamment la vaccination HPV.

Objectif n°3 : Encourager la conduite et l'harmonisation des pratiques concernant l'entretien prénatal précoce *(EPP)* et l'entretien post-natal précoce *(EPNP)* par les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes et leur entourage

Résultats attendus

Atteinte du seuil fixé dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement concernant la proportion de femmes ayant bénéficié d'un EPP dans tous les départements de la région ;
Atteinte du seuil fixé dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement concernant la proportion de femmes ayant bénéficié d'un EPNP dans tous les départements de la région ;
Élaboration et partage d'un guide de ces entretiens lors des formations, afin de couvrir au maximum les champs de fragilité potentielle *(repérage des addictions, violences, troubles psychologiques, etc.)*.

Principaux jalons

Réalisation d'un diagnostic territorial préalable concernant les EPP et EPNP ;

Organisation et mise en œuvre des formations à l'EPP et à l'EPNP en partenariat avec la Coordination périnatale Grand Est *(COPEGE)* et évaluer régulièrement le dispositif ;
Promotion de l'EPP et de l'EPNP auprès des professionnels de santé et du grand public, en partenariat notamment avec l'assurance maladie ;
Diffusion des supports de communication / information *(salles d'attente des professionnels concernés)*.

Objectif n°4 : Mettre en place une politique en faveur de la santé mentale auprès des jeunes publics en Grand Est, notamment en matière de prévention du suicide

Résultats attendus

Déploiement du dispositif Vigiteens avec 100% des centres vigilans incluant des mineurs d'ici à 2028 et 80% des services d'urgences pédiatriques incluant des mineurs dans Vigiteens ;
Mise en œuvre de la postvention pour le public jeune avec au moins un plan de postvention en place et fonctionnel sur les 3 rectorats d'ici fin 2028 et au moins un plan de postvention en place et fonctionnel sur d'autre structures jeunes d'ici 2028 ;
Formalisation des partenariats *« Maisons des adolescents / Points d'accueil écoute jeunes (MDA-PAEJ) »*, intégrant les autres acteurs de la santé mentale des jeunes tels que les établissements publics de santé mentale et les centres hospitaliers spécialisés *(EPSM / CHS)*, les soins de ville et le secteur médico-social, en articulation avec les CLS, CLSM et en cohérence avec les PTSM ;
Promouvoir les premiers secours en santé mentale *(PSSM)* auprès des professionnels qui sont en lien avec des publics jeunes afin de renforcer les compétences des professionnels au repérage et à l'orientation de la souffrance psychique des jeunes ;
Promouvoir la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation auprès des jeunes et du grand public.

Principaux jalons

Vigiteens : Implémentation Vigiteens sur les 3 centres Vigilans du Grand Est et partage de cette expérimentation avec les SAU pédiatriques pour faciliter l'inclusion des adolescents par les SAU pédiatriques dans Vigiteens ;
Postvention : Expérimentation de la mise en place d'un plan de post-vention en milieu scolaire puis promotion des plans de post-vention dans les différentes structures accueillant des jeunes *(milieu éducation agricole, hors milieu scolaire, services et établissements de protection de l'enfance, etc.)* ;
MDA et PAEJ : Création d'instances de coordination régionale et départementales *(intégré au COPIL de la MDA)* et maillage territorial MDA PAEJ cohérent pour améliorer l'accessibilité des jeunes du Grand Est à ces dispositifs ;
Au sein des PTSM, identification des professionnels concernés pour la promotion des PSSM ;
Inclusion de la thématique santé mentale dans les actions de communication auprès du grand public.

Objectif n°5 : Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal auprès des jeunes et de leurs parents, notamment la vaccination HPV

Résultats attendus

Amélioration des couvertures vaccinales des enfants en Grand Est aussi bien pour les vaccins obligatoires que recommandés comme HPV *(pour HPV : en terme de couverture vaccinale en Grand Est, passer de 44,8% en 2022 à 50% en 2027 pour le schéma complet chez les filles âgées de 16 ans, et de 9,7% à 15% chez les garçons).*

Principaux jalons

Poursuite du déploiement du dispositif de rattrapage vaccinal en milieu scolaire ;
Promotion des campagnes de communication sur les vaccinations en lien avec nos différents partenaires et communication plus territorialisée en prenant appui sur les CLS ;
Mise en place de la vaccination HPV en milieu scolaire *(élèves de 5e)* et promotion de la vaccination HPV au sein des ESMS PH et auprès des familles via des courriers d'incitation à destination des parents de jeunes ;
Communication et mise en place de temps d'échanges sur la vaccination avec les professionnels (PMI, sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, professionnels du secteur éducatif, etc.).

AXE PRIORITAIRE N°3 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS DE L'ÉCOSYSTÈME AUTOUR DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

En région Grand Est, ce sont au minimum 272 000 enfants de 2 à 17 ans qui sont concernés par une problématique de surpoids ou d'obésité (*Données ORS ; étude en cours*). L'estimation actuelle est de 128 000 enfants de 2 à 7 ans en situation de surpoids-obésité en Grand Est dont 87 000 sont d'ores et déjà en situation d'obésité. Or, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie, selon les études, de 20% à 50% avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50% et 70% après la puberté. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dans notre région. Prévenir, repérer au plus jeune âge le surpoids et son risque corolaire l'obésité afin de débuter au plus tôt une prise en charge de proximité dans un parcours de suivi gradué et structuré constituent de forts enjeux collectifs de santé publique dans notre région pour les cinq ans qui viennent. La coordination des différents acteurs autour de cette démarche est essentielle.

La nécessité d'un suivi harmonisé des enfants à risque ou vulnérables via la formalisation d'un parcours et l'importance des plateformes de coordination et d'orientation sont rappelées dans la recommandation de la Haute autorité de santé « *Troubles du neurodéveloppement (TND) – Repérage et orientation des enfants à risque* » de mars 2020, ainsi que dans les propositions du rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours de septembre 2020.

La région Grand Est présente le taux le plus important de prématurité en 2021 en France métropolitaine, la prématurité correspondant à un facteur de risque important de survenue de troubles du neurodéveloppement *(TND)*. L'enjeu de l'organisation d'un suivi harmonisé des enfants à risque de TND sur la région, effectué par des

professionnels de santé formés est donc majeur afin de repérer précocement les troubles et permettre une orientation adaptée, en lien avec les plateformes de coordination et d'orientation *(PCO).*

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°6 : Renforcer collectivement le repérage précoce des enfants en situation de surpoids-obésité, notamment en lien avec l'Éducation nationale, les établissements médico-sociaux et les services de Protection maternelle et infantile *(PMI)* ;
Objectif n°7 : Renforcer l'accès dans tous les territoires aux dispositifs de repérage des troubles du neuro développement *(TND)*.

Objectif n°6 : Renforcer le repérage précoce et l'orientation des enfants en situation de surpoids-obésité, notamment en lien avec l'Éducation nationale, les établissements médico-sociaux et les services de Protection maternelle et infantile *(PMI)*

Résultats attendus

Amélioration du recueil de données *(âge, sexe, poids, taille, indice de masse corporelle, évolution de la courbe de croissance)*, notamment lors des bilans de santé, et intégration de ces données recueillies dans le dossier médical partagé de l'enfant ;
Amélioration de l'orientation des enfants à risque de développer un surpoids ou une obésité.

Principaux jalons

Appui sur le Dispositif d'expertise régional *(DER)* en cours de création, et son expérience pour assurer une formation des professionnels ;
Réflexion sur la mise en place d'un réseau ville-hôpital de prévention et de prise en charge, en partenariat avec les centres spécialisés de l'obésité *(CSO)* ;
Sensibilisation et formation des professionnels de santé sur le surpoids et l'obésité pédiatrique *(ainsi que sur les enjeux du surpoids et de l'obésité dans le secteur du handicap)*, au repérage et à l'orientation des enfants identifiés à risque vers les structures de prise en charge adaptées ;
Consolidation du déploiement du dispositif *« Mission retrouve ton cap »* de l'Assurance maladie, en l'articulant avec les programmes d'ETP et la filière territoriale spécialisée ;
Intensification des campagnes de sensibilisation auprès de la population ciblée.

Objectif n°7 : Renforcer l'accès dans tous les territoires aux dispositifs de repérage et d'intervention relatifs aux troubles du neuro développement *(TND)*

Résultats attendus

Extension de la mise en place et suivi des Plateformes de coordination et d'orientation *(PCO)* pour les 0-12 ans pour un maillage territorial cohérent ;
Mise en place du Réseau de suivi des enfants vulnérables *(RSEV)* Grand Est, en cohérence avec les PCO.

Principaux jalons

Poursuite des actions d'information et de sensibilisation au repérage des TND ;

- auprès des professionnels de santé de 1ère ligne *(médecins, professionnels de la petite enfance, éducation nationale, etc.)*, notamment ceux exerçant au sein de structures d'exercice coordonné ;
- auprès des professionnels en charge des enfants et notamment relevant de la protection de l'enfance pour éviter les orientations inappropriées ;

Consolidation du maillage territorial en matière de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les TND ;
Accompagnement de la création du RSEV Grand Est par la CoPéGE et évaluation de son fonctionnement.

AXE PRIORITAIRE N°4 : AMÉLIORER LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET L'ACCÈS À L'OFFRE EXISTANTE EN PRÈVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÈ

Au même titre que les connaissances et les savoir-faire des individus, l'environnement dans lequel les jeunes évoluent sont de forts déterminants de leur santé. Ils influent non seulement sur l'exposition directe de l'individu, sur sa capacité à agir mais également sur la norme sociale et les modèles d'imitation. Aussi, outre les actions en direction des populations cibles, il est important que des actions puissent se mettre en place pour créer des environnements favorables, au sens large. Travailler sur les représentations est un enjeu majeur dans ce cadre, ce d'autant que les industriels, comme l'industrie du tabac, ont compris cet enjeu et mettent en œuvre des stratégies qu'il convient de contrer pour retarder au maximum voire éviter l'entrée dans les consommations et promouvoir des environnements sains comme les espaces sans tabac et l'accès à la pratique d'activité physique.

Par ailleurs, les programmes d'ETP sont tout autant utiles aux enfants et adolescents qu'aux adultes pour apprendre à gérer leur maladie ; les bons réflexes appris dès le tout jeune âge sont nécessaires pour permettre le bien vivre avec la maladie dans la vie quotidienne. La mise en place de programmes d'ETP pour les mineurs doit également tenir compte de leur temps scolaire ; la proposition d'horaires adaptés ou de programmes en e-ETP peuvent être des solutions pour permettre leur plus grande participation.

Par ailleurs, pour prévenir les situations de surpoids et d'obésité et promouvoir une santé mentale positive, la pratique d'activité physique représente un levier favorable avec de nombreux autres impacts positifs sur la santé. Ainsi, la promotion d'une pratique d'activité physique régulière, au même titre qu'une alimentation de qualité, dès

le plus jeune âge, est essentielle, et ce d'autant plus pour les enfants porteurs de maladies chroniques et/ou maladies rares.

Si l'on considère l'environnement social et familial, les violences à l'encontre des enfants et des adolescents comprennent, selon l'Organisation mondiale de la santé *(OMS)*, différents aspects : violences physiques, sexuelles et psychologiques, ainsi que défauts de soins ou négligences. Selon la Haute autorité de santé *(HAS)*, plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille et se caractérisent par son début souvent précoce et sa chronicité. Les violences subies durant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir des effets négatifs très importants et durables représentant une lourde perte de chances en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective et sexuelle, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. Ainsi, les coûts en termes d'impacts sociaux et économiques dans la société sont conséquents. Les violences faites aux mineurs représentent donc un enjeu majeur de santé publique et de société.

QUATRE OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°8 : Créer et développer des environnements favorables pour retarder ou éviter l'entrée dans les addictions et favoriser les comportements éclairés ;
Objectif n°9 : Favoriser l'accès à l'activité physique et sportive *(APS)* pour tous les jeunes dans tous les territoires du Grand Est ;
Objectif n°10 : Favoriser l'accès à l'éducation thérapeutique du patient *(ETP)* pour les enfants le nécessitant dans tous les territoires du Grand Est ;
Objectif n°11 : Renforcer les actions de lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants *(harcèlement, violences scolaires, etc.)*.

Objectif n°8 : Créer et développer des environnements favorables pour retarder ou éviter l'entrée dans les addictions et favoriser les comportements éclairés

Résultats attendus

Réduction des expérimentations du tabac, de l'alcool et des autres substances psychoactives chez les jeunes collégiens *(données EnClass)* ;
Baisse de 20% de l'expérimentation de tabac pour atteindre un résultat de 16% *(dernières données EnClass 2018 – publiée en sept 2022 = 20%)* ;
Passage sous le seuil de 50% pour l'expérimentation de l'alcool (dernières données EnClass - 2018 publiée en sept 2022 = 60,4%).

Principaux jalons

Déploiement des espaces sans tabac aux abords des écoles et autres lieux adéquats ;
Communication sur les nouveaux repères de consommation d'alcool auprès des jeunes et de leurs parents ;
Accompagnement de la mise en œuvre des interdits protecteurs en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites *(MILDECA)* et les autres partenaires, à savoir les interdictions de vente aux mineurs *(tabac, alcool, protoxyde azote),* les interdictions de consommation *(ex : interdictions de fumer dans les établissements scolaires, etc.)* ;
Soutien et relai des campagnes de communication nationales *(notamment celles de Santé publique France)* et régionales *(ex : SAFE)* pour les publics jeunes, leurs parents et la période périnatale sur toutes les formes d'addiction ;
Accompagnement de la lisibilité du dispositif Consultations jeunes consommateurs *(CJC)* auprès des jeunes, leurs parents et des partenaires.

Complémentarité avec l'axe 1 : Renforcer les compétences psychosociales des jeunes et les compétences parentales en matière de santé et promouvoir les comportements favorables à la santé chez les jeunes et leurs parents.

Objectif n°9 : Favoriser l'accès à l'activité physique et sportive *(APS)* pour tous les jeunes dans tous les territoires du Grand Est

Résultats attendus

Expérimentation de nouveaux projets innovants à destination des publics prioritaires (en particulier les jeunes dans les quartiers prioritaires, en milieu rural, en situation de handicap) ;
Inscription d'actions APS dans chaque CLS de la région pour tous les jeunes.

Principaux jalons

Lancement d'un appel à projets visant à soutenir des actions APS *(dont programme ICAPS)* et projets innovants auprès des jeunes à l'échelle des CLS travaillant également sur l'accès à une alimentation facorable à la santé ;
Définition du rôle des maisons sport santé dans l'appui et la mise en place d'actions APS à destination des jeunes notamment dans le cadre de dynamiques CLS ;
Promotion de l'activité physique et sportive auprès des enfants en situation de handicap ;
Engagement d'une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'ouverture du dispositif *« Prescri'mouv »* aux enfants porteurs de maladies chroniques et/ou maladies rares avec les partenaires concernés.

Objectif n°10 : Favoriser l'accès à l'éducation thérapeutique du patient *(ETP)* pour les enfants le nécessitant dans tous les territoires du Grand Est.

Résultats attendus

Augmentation du nombre de programmes d'ETP à destination des publics enfants (maladies chroniques et rares) ; Mise en place d'une offre d'ETP en distanciel permettant une accessibilité facilitée dans les territoires (e-ETP), en particulier pour les maladies rares.

Principaux jalons

- En lien avec les programmes ETP adultes, à partir de 2024, définition d'une stratégie de déploiement de l'e-ETP avec analyse des expérimentations en cours, identification des préconisations *(programmes concernés, périmètre envisagé, enveloppe financière, etc.)*

Objectif n°11 : Renforcer les actions de lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants *(harcèlement, violences scolaires, violences intrafamiliales etc.).*

Résultats attendus

- Augmentation du nombre d'actions et diversification des lieux de mise en œuvre de ces actions auprès des enfants, adolescents et de leurs parents *(au sein des établissements scolaires, structures médico-sociales et autres lieux de vie)* concernant les risques de discrimination, les comportements d'exclusion *(maladies méconnues, handicap, origines culturelle et/ou socio-économique, etc.)* et les ressources existantes pour en parler en cas de besoin.

Principaux jalons

- Déploiement des recommandations, principes éthiques, méthodes et outils de lutte contre la maltraitance dans les établissements accueillant des enfants en Grand Est ;
- Déploiement et renforcement des 10 UAPED ;
- Poursuite des partenariats ARS / Éducation nationale et ARS/PJJ *(conventions de partenariats 2023/2028)* ;
- Accompagnement des acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs dans les établissements et structures pour renforcer les connaissances et pratiques de lutte contre les violences et favoriser des environnements bienveillants pour les enfants et leurs parents ;
- Mise en place d'actions de prévention dans les établissements scolaires via l'AAP annuel lancé par l'ARS.

Complémentarité avec l'axe 1 : Renforcer les compétences psychosociales des jeunes et les compétences parentales en matière de santé et promouvoir les comportements favorables à la santé chez les jeunes et leurs parents et la partie violences faites aux femmes dans la partie 3 « L'organisation de l'offre de santé ».

PRIORITÉ 3 : ENCOURAGER UN ÉCOSYSTÈME DE LA SANTÉ FAVORABLE À LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

CONSTATS ET ENJEUX

Une approche écosystémique

Une exigence forte des citoyens français est, pour eux-mêmes et pour leurs proches, de pouvoir agir en autonomie, en prenant les décisions qui les concernent et en les mettant en œuvre. Le système de santé n'est pas exempt de cette exigence en particulier pour les personnes qui, du fait d'une pathologie transitoire ou chronique, stable ou évolutive, d'un handicap inné ou acquis, de leur âge, et/ou de leur milieu social[7], sont confrontées à une limitation de leur capacité à décider et à agir. L'autonomie d'une personne n'est jamais définitivement acquise : elle est fonction des évolutions de sa situation et des contraintes de son environnement. Elle peut se définir comme la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite et en suivant sa propre loi, tout en considérant les risques que l'on est prêt à assumer. L'autonomie recouvre également la possibilité pour la personne d'effectuer avec ou sans aide, les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, en interaction avec son environnement.

La loi du 2 janvier 2002[8] portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale incite à l'évolution d'un sujet protégé fragile vers la reconnaissance d'un sujet citoyen en garantissant l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne prise en charge par des établissements et services médico-sociaux. Les droits des usagers du système de santé ont ainsi été renforcés progressivement depuis 2016[9] en les intégrant au code de santé publique *(droit à l'accès aux soins et au choix du médecin, à l'information, au consentement aux soins, au respect de la personne, à la prise en charge de sa douleur et à l'accompagnement de sa fin de vie notamment)*. Cette tendance s'inscrit donc de façon pérenne afin de prévenir tout risque de maltraitance et d'affirmer dans la loi le droit à l'autodétermination *(Charte des droits et des libertés de la personne accueillie[10] / Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée[11])*. Le cadre juridique se précise donc depuis plusieurs années en soutenant la nécessité de rendre usuelle la participation sociale pour faciliter la capacité d'agir, l'autodétermination et l'empowerment de la personne accompagnée. Ceci amène à repenser la relation d'aide dans laquelle le professionnel motive et soutient la capacité d'agir de la personne vulnérable. **C'est tout l'enjeu de la mobilisation de l'écosystème de la santé dans une optique de soutien à un parcours de vie des personnes qui les place dans une posture d'autonomie à court, moyen et long terme**. Cette mobilisation est, par définition, systémique, car elle engage en coresponsabilité les acteurs de

[7] *Programme régional d'accès aux soins et à la prévention des populations vulnérables 2023-2028*
[8] *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
[9] *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*
[10] *Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles*
[11] *age-platform.eu*

santé aux côtés de l'État, des organismes d'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des associations, des institutions, pour trouver les voies et moyens de réponse. Cette dynamique partenariale renforcée doit permettre d'avancer ensemble vers les accompagnements souhaités. Ainsi, et à travers ce schéma régional de santé, l'ARS Grand Est entend faire de l'écosystème de la santé un terreau favorable, positivement orienté vers la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie, en pleine articulation avec les compétences de ses partenaires, et notamment des Conseils départementaux, chefs de file des politiques de l'autonomie dans les territoires.

Des difficultés croissantes d'attractivité

Les difficultés rencontrées actuellement par le secteur médico-social dans notre région ne peuvent être mises de côté. Le manque d'attractivité des métiers des secteurs du grand âge et du handicap *(conditions de travail difficiles, politique salariale, manque de reconnaissance, formation insuffisante, etc.)* reste un facteur important des difficultés chroniques rencontrées en matière de recrutements. Les conséquences sont multiples *(recrutement de personnel non formé et non qualifié, absence de formation continue du personnel)* et peuvent avoir un impact sur la bientraitance, l'accompagnement, la gestion de la douleur, le respect des droits et libertés. La crise sanitaire a mis en exergue des difficultés rendant difficile la conciliation des enjeux de santé publique avec la nécessité d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes vulnérables.

∞ *Partie 2 : Les ressources humaines en santé, un défi majeur, une opportunité pour innover*

Préserver l'autonomie par la prévention

La prévention est un levier majeur permettant de préserver l'autonomie à tous les âges de la vie en améliorant le bien-être et la qualité de vie des personnes. La prévention de la perte d'autonomie participe donc à cette ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Elle s'envisage dans une conception holistique avec une prise en compte des aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux, en transversalité, impliquant l'ensemble des acteurs publics. Ainsi, trois grands enjeux sont identifiés :

- Préserver par l'éducation à la santé, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, le capital d'autonomie de chacun ;
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables en repérant la fragilité ou ses facteurs de risque, au domicile et dans les établissements de santé ;
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

L'approche doit donc être globale et la plus précoce possible dans le parcours de vie de la personne, liant de manière indissociable les dimensions sociale, médico-sociale et sanitaire. Pour ce faire, les professionnels de santé et médico-sociaux, accompagnant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades ou leurs aidants, doivent renforcer l'intégration de la prévention dans leurs pratiques professionnelles : le système de santé doit donc pleinement intégrer la prévention dans son champ d'intervention. Bien vivre son avancée en âge, son handicap et/ou toute maladie doit par ailleurs, permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible. La prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne, et se poursuivre lorsqu'une limitation d'autonomie apparaît

afin d'en réduire l'ampleur ou d'en freiner la croissance. L'approche par la prévention doit se déployer à l'aune d'un modèle participatif qui implique les bénéficiaires. Partir de la personne d'une manière non culpabilisante est un prérequis. Les thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes par exemple, demeurent des actions prioritaires qu'il convient de renforcer grâce à l'investissement de l'ensemble des acteurs impliqués dans ces domaines.

Faire du libre choix un levier

L'accompagnement global de la personne doit être recherché afin de laisser une place plus importante à la considération faite à ses attentes, désirs, ses centres d'intérêt et à la valorisation de ses compétences. Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades doivent être prises en considération sous l'angle de leurs capacités plutôt que de leurs incapacités. Pour préserver et encourager l'autonomie, les notions de libre choix et d'autodétermination dans le parcours de vie sont à étayer pour être traduites dans les organisations et les environnements de vie de la personne. L'enjeu principal de l'autodétermination chez les personnes vulnérables, malgré le poids social de la marginalisation qu'elles vivent parfois, réside dans le maintien/développement de leur bien-être et la limitation du risque dépressif ou régressif. Outre la qualité de vie et le bien-être, les actions qui en découlent consolident l'estime de soi et entretiennent la motivation. L'éthique peut, par ailleurs, constituer une *« guidance »* pour justifier des interventions qui donnent sens à la meilleure décision dans le contexte donné. Elle favorise également une cohérence et un arrimage des actions au sein des équipes interdisciplinaires.

Lutter contre l'âgisme

Le vieillissement est une expérience individuelle et il est impossible de généraliser au sujet des aptitudes et des compétences d'une personne en se fondant uniquement sur son âge, pas plus qu'il n'est possible de le faire en se fondant sur tout autre aspect de son identité. Les principes qui régissent les droits de la personne exigent que tous les membres de la société soient traités en tant qu'individus et évalués selon leurs propres mérites, et non pas selon des présomptions, sans égard à leur âge. Il importe de reconnaître que les personnes âgées apportent une riche contribution à la société et qu'il ne faut pas limiter leur potentiel, mais au contraire s'en inspirer.

Prendre soin de l'aidant

Si le parcours de vie de la personne doit naturellement tenir compte de ses souhaits, de ses capacités, de son lieu de vie, il doit aussi considérer l'entourage avec qui la personne vit ou veut vivre. La préservation de l'autonomie passe donc également par la reconnaissance de la capacité d'action des aidants, dont le rôle est déterminant dans la réalisation du choix de vie des personnes aidées. La population des aidants familiaux constitue un ensemble hétérogène aux profils et aux besoins différenciés. La nécessaire prise en considération précoce des besoins d'adaptation relatifs par exemple à la gestion du temps, à l'organisation du travail s'agissant d'un salarié, ou encore à la vie quotidienne d'un enfant, adolescent ou jeune adulte aidant, appellent des actions ciblées, à renforcer.

Les obligations qu'assument les aidants d'un proche, les risques de perte du lien social, de lassitude ou d'épuisement et le sentiment de culpabilité sont à traiter, tout comme la volonté d'être reconnu, accompagné et

considéré dans leur rôle individuel. Une attention particulière sera portée quant à la préservation de la santé des aidants.

Une offre de soins adaptée et accessible

Enfin, l'allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des personnes en situation de handicap, l'augmentation des maladies chroniques, sont autant de facteurs qui engendrent nécessairement un besoin de soins courants croissant. Il est important de rappeler l'idée d'un droit universel aux soins, qui ne s'attache pas à quelques segments de la population, et qui se concrétise par territoire par une offre maillée et garantissant l'accès aux professionnels de santé. Usager du système de santé comme tout un chacun, la personne âgée, la personne en situation de handicap et/ou malade doit donc pouvoir bénéficier des soins courants les plus appropriés et adaptés. Pourtant, sa fragilité peut conduire à une remise en cause de ces principes et impliquer une prise en compte de spécificités médicales liées à l'âge, au handicap, à la maladie, avec la difficulté d'adapter la prise en charge sans exclure. Il est par ailleurs régulièrement constaté certaines difficultés majeures dans l'accompagnement sanitaire des personnes vulnérables, notamment âgées ou en situation de handicap : celles-ci concernent principalement la coordination des soins, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge nocturne et les passages aux services d'urgence, la santé bucco-dentaire ou encore l'accompagnement de la fin de vie.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin de construire ensemble un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie, nous avons identifié 4 axes prioritaires, déclinés en 11 objectifs opérationnels synergiques. Les actions concourant à la réalisation de ces objectifs seront notamment inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens *(CPOM)* des établissements médico-sociaux ou feront l'objet d'un conventionnement ad-hoc.

∞ *Partie 2 : Des actions ciblées et adaptées aux territoires pour la mise en œuvre du schéma régional de santé*

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER ET AMPLIFIER LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ POUR PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

La prévention en matière de santé est ***universelle***, pour l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, ce que l'on peut assimiler à l'éducation pour la santé *(ex. alimentation, activité physique, lien social, facteurs de risque cardio-vasculaires, risques médicamenteux, etc.).* La prévention est aussi ***sélective***, pour des sous-groupes de populations spécifiques en vue de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé *(ex. hommes de plus de 50 ans, population en situation de handicap, etc.) et* ***ciblée***, en fonction des sous-groupes et de l'existence de facteurs de risques spécifiques identifiés chez cette population *(ex. femme âgée ayant une sclérose en plaque).*

Par ailleurs, les modèles de réflexion sur la fragilité prennent en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de *« fragilité multi-domaines »* composé de la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités *(Rockwood 2005).* Ainsi par exemple, la fragilité chez les personnes âgées de

65 ans et plus a une prévalence moyenne de 10% des personnes âgées, mais des variations peuvent aller de 5 à 58% selon les contextes. L'implication de tous les acteurs est alors indispensable : médecins traitants, pharmaciens, équipes mobiles gériatriques intra ou extrahospitalières, associations, aidants, acteurs institutionnels, différentes coordinations gérontologiques de territoires ou autres dispositifs territoriaux *(Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), centre ressources territorial, etc.).* L'enjeu du repérage de la personne fragile est bien d'engager le plus tôt possible des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le repérage des troubles le plus précocement possible chez les enfants constitue de fait une orientation majeure traitée depuis plusieurs années dans le cadre de la stratégie nationale autisme / troubles du neurodéveloppement. Le but ultime est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables aggravant ou accélérant la perte d'autonomie, en s'appuyant le terreau local *(lisibilité, opérationnalité et interconnaissance des acteurs).*

∞ *Partie 1 : Priorité 2 « Renforcer la Prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents »*

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°1 : Renforcer et amplifier les actions d'éducation à la santé ;
Objectif n°2 : Accroitre l'accessibilité des personnes en perte d'autonomie aux actions de prévention ;
Objectif n°3 : Développer et soutenir les actions et les organisations innovantes axées sur la promotion de la santé.

Résultats attendus

- Soutien à l'acquisition et au renforcement des compétences et comportements favorables à leur santé ;
- Poursuite de l'accompagnement des professionnels et des structures comme acteurs de la promotion de la santé[12].

Objectif n°1 - Principaux jalons

- Poursuite des actions d'éducation à la santé permettant le développement des aptitudes personnelles en développant les compétences psycho-sociales et les savoirs expérientiels et en amenant la personne accompagnée à un niveau de connaissance de soi notamment par l'éducation thérapeutique du patient *(ETP)* ;
- Accompagnement des formations des professionnels à l'ETP dans la mise en œuvre de programmes personnalisés adaptés aux personnes dont l'autonomie est limitée et à leur entourage ;
- Poursuite des actions déployées pour apporter plus d'activité physique adaptée dans les parcours de vie des personnes accompagnées en s'appuyant notamment sur les référents activité physique en ESMS, et en soutenant les actions d'ESMS proposant des activités adaptées et accessibles aux résidents les moins autonomes ;

[12] *Les travaux de l'Association CoActis Santé (L'accès aux soins pour tous - CoActis Santé (coactis-sante.fr))seront relayés : SanteBD, boîte à outils pédagogique à destination des Usagers, et Handiconnect, site ressource pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès de personnes en situation de handicap.*

- Incitation aux environnements favorables permettant d'accéder aux actions de prévention *(tabac, addictions, vaccination)*, y compris à travers les contrats locaux de santé et les actions soutenues dans le cadre de la politique de ville.

Objectif n°2 - Principaux jalons

- Développement, au-delà des expérimentations en cours, du programme ICOPE[13] dans chaque département du Grand Est, en repérant la fragilité pour mieux prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- Sous l'égide de l'Assurance maladie et du Centre régional de coordination des dépistages des cancers *(CRCDC)*, organisation de l'accès de chaque personne dont l'autonomie est limitée aux dépistages organisés des cancers en intégrant les particularités liées aux handicaps et à l'oncogériatrie ;
- Promotion de la vaccination auprès des populations vulnérables en utilisant des outils de communication adaptés et en accompagnant leur diffusion et appropriation ;
- Renforcement de la lisibilité de l'offre des ateliers de prévention *(chutes, dénutrition, soins bucco-dentaires, etc.)* tels que soutenus par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie à l'attention des publics fragiles vivant à domicile et en institution dans le cadre d'actions multipartenariales.

Objectif n°3 - Principaux jalons

- Développement des équipes de prévention inter-établissements en les ouvrant au domicile, pour améliorer l'état de santé, la qualité de vie et la prise en soins des résidents en EHPAD ou bénéficiaires d'un Service de soins infirmier à domicile *(SSIAD)* ou Service autonomie à domicile *(SAD)* ;
- Soutien au renforcement de la participation au sein des organisations *(établissements médico-sociaux-Conseil de la vie sociale (CVS), Communauté 360, Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), etc.)* ;
- Accompagnement des actions de développement des outils numériques au bénéfice de la personne accompagnée pour lutter contre l'isolement social et atténuer la fracture numérique.

[13] *Le programme ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): une opportunité pour la prévention de la dépendance – Année gérontologique (annee-gerontologique.com)*

AXE PRIORITAIRE N°2 : ENCOURAGER LE LIBRE CHOIX DES PERSONNES DANS LEUR PARCOURS DE VIE ET SOUTENIR LES ÉVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES CORRESPONDANTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES QUI LES ACCOMPAGNENT

Le vieillissement altère souvent l'autonomie physique, et la compétence des personnes âgées est loin d'être toujours reconnue par les plus jeunes *(âgisme),* qui, aujourd'hui, sont parfois eux-mêmes confrontés à des problématiques personnelles. Par ailleurs, la vie associative est souvent appauvrie avec l'âge. Les possibilités de déplacement, les troubles sensoriels ou les décès dans l'entourage réduisent la solidité du réseau social préalable existant. L'appartenance est plus difficile lorsque manquent forces et revenus, des personnes avec qui partager ses émotions, ses joies et ses plaisirs. Par ailleurs, la société moderne, parfois *« disqualifiante »*, peut aussi être surprotectrice à l'égard des personnes âgées, en situation de handicap et/ou malades. La bientraitance doit tenir compte du respect de l'autodétermination de la personne accompagnée, en veillant à un équilibre responsable entre risque et sécurité. Les personnes dont l'autonomie est limitée doivent, comme tout citoyen, bénéficier d'une liberté de vivre leur vie comme elles l'entendent. La qualité de vie de ces personnes vulnérables passe par la mise en place de stratégies de bientraitance. Cette dernière constitue le fil conducteur de chacun des outils visant à garantir les droits des usagers. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont des enjeux majeurs pour les structures d'accompagnement. Ces dernières années, l'autodétermination est de plus en plus présente dans les réflexions en France, en particulier à la faveur du mouvement pour les droits des personnes handicapées. Le développement de l'autodétermination est lié positivement à de nombreux éléments : respect des droits, inclusion sociale, qualité des relations interpersonnelles, bien-être émotionnel, bien-être physique, bien-être matériel, qualité de vie et satisfaction face à sa propre vie.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°4 : Former et accompagner les personnes à exercer leur libre choix ;
Objectif n°5 : Former et accompagner les professionnels à la mise en œuvre du libre choix des personnes qu'ils accompagnent ;
Objectif n°6 : Soutenir les évolutions organisationnelles pour permettre l'expression du choix des personnes accompagnées.

Résultats attendus

- Développement des compétences des personnes à agir en autodétermination et autoreprésentation ;
- Renforcement des pratiques professionnelles et des environnements intégrant les choix des personnes.

Objectif n°4 - Principaux jalons

- Incitation des établissements et services médico-sociaux *(ESMS)* à former à l'autodétermination les personnes qu'ils accueillent et accompagnent *(y compris au domicile)* en s'appuyant notamment sur la démarche EPoP, et en créant des réseaux de *« personnes autoreprésentantes »* ;
- Soutien et promotion de la participation des personnes accompagnées en établissements de façon active, en particulier grâce à des informations accessibles ;
- Développement de la pair-aidance par des groupes de pairs, de paroles, la promotion des Groupements d'entraide mutuelle *(GEM)*, en les ouvrant le plus possible, en y associant l'aidant, mais également les

professionnels, pour tenir compte des expériences/parcours de vie des personnes, de leurs savoirs expérientiels *(y compris au sein du Conseil de la vie sociale par exemple).*

Objectif n°5 - Principaux jalons

- Développement de la formation à l'autodétermination, à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance pour tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement et le soin auprès des personnes dont l'autonomie est limitée ;
- Promotion des actions de sensibilisation des personnels des ESMS sur le respect du droit à l'intimité et à la vie privée ;
- Encouragement à l'organisation de groupes d'échanges de pratiques professionnelles inter-ESMS et inter-dispositifs de coordination *(Dispositif d'appui à la coordination DAC/ communautés 360, etc.)*.

Objectif n°6 - Principaux jalons

Généralisation de l'écriture en Facile à lire et comprendre *(FALC)* pour les livrets d'accueil, contrats de séjour, règlements de fonctionnement et projets personnalisés, plus largement pour tout document à destination des personnes et de leurs proches/aidants ;
Réalisation et diffusion d'un état des lieux des bonnes pratiques encourageant la mise en œuvre concrète du choix des personnes dans les ESMS ;
Soutien aux innovations des environnements médico-sociaux capacitants[14] permettant aux personnes accompagnées de vivre leur projet personnel, s'adossant sur les dispositifs existants ;
Structuration de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
Promotion de la participation sociale pour les SSIAD/Services autonomie à domicile en incluant les interactions entre le domicile, le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour coller au parcours de la personne.

[14] Un environnement capacitant offre des opportunités de développement professionnel en contribuant directement aux progrès des savoirs dans, sur et par l'action. C'est un environnement favorable au développement du pouvoir d'agir des personnes et de leurs dispositions à apprendre

AXE PRIORITAIRE N°3 : ÉTAYER LE PARCOURS DE L'AIDANT D'UNE PERSONNE ÂGÉE, EN SITUATION DE HANDICAP ET/OU MALADE, ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS PERMETTANT DE LE SOUTENIR, TOUT EN LE PRÉSERVANT

Près de 9 millions de personnes en France aident une personne dans les actes de la vie quotidienne *(dont 5 millions d'aidants environ intervenant auprès de personnes âgées et 4 millions auprès de personnes handicapées ou malades de moins de 60 ans ; près de 500 000 aidants sont mineurs)*. Les aides portent sur diverses actions : le nursing ou les soins, l'accompagnement à la vie sociale, l'appui aux démarches administratives, la coordination des intervenants professionnels du domicile, une vigilance permanente, un soutien psychologique, la prise en charge d'activités domestiques, etc. La reconnaissance et le rôle de l'aidant doivent donc être considérés en tant que tels tenant compte des difficultés et interrogations individuelles, indissociables de la réflexion sur l'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes dont l'autonomie est limitée.

Ces travaux déclineront les trois axes de la nouvelle stratégie nationale de mobilisation et de soutien 2023-2027 pour les aidants *(communiquer-repérer-informer/renforcer l'offre et l'accès au répit/soutien aux aidants)*.[15]

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°7 : Accompagner le parcours de l'aidant d'une personne âgée, en situation de handicap et/ou malade *(notamment souffrant de pathologies chroniques ou d'addictions) ;*
Objectif n°8 : Renforcer et amplifier les dispositifs d'offre de répit pour les personnes âgées, et/ou en situation de handicap et/ou malade et leurs aidants.

Résultats attendus

Amélioration du repérage des aidants ;
Renforcement de la présence de l'aidant, lorsqu'elle est souhaitée par la personne concernée, ou requise dans les échanges avec les professionnels ;
Renforcement de l'offre de soutien et de répit au bénéfice des aidants.

Objectif n°7 - Principaux jalons

Accompagnement de l'aidant à se reconnaître comme tel ;
Soutien des actions en faveur des jeunes aidants.

[15] Agir pour les aidants | Ministère des Solidarités et des Familles (solidarites.gouv.fr)

Objectif n°8 - Principaux jalons

Renforcement de la place et du rôle pivot des Plateformes d'accompagnement et de répit *(PFR)*, en soutenant leur lisibilité, en lien avec les partenaires et les autres dispositifs, et en étroite collaboration avec les futurs Services Autonomie Domicile ;
Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé *(aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens)* prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ;
Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées *(accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel)* dans le cadre des partenariats territoriaux.

AXE PRIORITAIRE N°4 : RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS COURANTS EN ASSOCIANT LES PERSONNES CONCERNÉES ET LEURS AIDANTS, ET EN MOBILISANT DES OUTILS ET DES ORGANISATIONS ADAPTÉS

La limitation de l'autonomie est une difficulté supplémentaire pour les personnes concernées, s'ajoutant aux problématiques d'accès aux soins pouvant caractériser certains territoires et/ou spécialités. Les personnes vulnérables, du fait de leur isolement géographique, de leurs possibilités personnelles, de leur compréhension du système de santé, sont donc en sur-risque de défaut de soins. Les personnes âgées de 75 ans et plus ont des besoins en soins adaptés, y compris en soins non programmés, fréquents et parfois itératifs du fait d'une polypathologie sévère, qui les conduisent trop souvent dans les services d'accueil et d'urgences peu adaptés à la gériatrie. Le déploiement en cours des filières gériatriques territoriales, axe stratégique majeur du projet régional de santé, offre l'opportunité de nouvelles modalités de prise en charge pour des soins non programmés plus adaptés, en particulier un accès facilité à un avis gériatrique grâce à une admission directe en cas de besoin d'hospitalisation, sans passer par les urgences. De même, la promotion des évaluations anticipées par les services d'hospitalisation à domicile au sein des EHPAD constitue un levier mobilisable. Il convient globalement de consolider ces dispositifs mais également de leur faire gagner en lisibilité. Cela s'avère d'autant plus important dans le contexte actuel du virage domiciliaire voulu par et pour les personnes âgées.

∞ *Partie 1 : Priorité 4 « Optimiser l'accès aux soins non programmés dans les territoires »*

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°9 : Améliorer l'accès aux soins des personnes accompagnées dans le secteur médico-social ;
Objectif n°10 : Adapter les prises en charge sanitaires en établissements de santé aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap ;
Objectif n°11 : Développer et structurer une offre de soins non programmés adaptée aux personnes âgées pour prévenir leur passage inadéquat aux urgences.

Résultats attendus

Amplification du recours aux soins courants adaptés aux personnes dont l'autonomie est limitée, en ville et à l'hôpital ;
Diminution du nombre de passages aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans ;
Augmentation du nombre d'admissions directes non programmées *(hospitalisations)* dans les établissements de santé ;
Augmentation du nombre des évaluations anticipées par les services d'hospitalisation à domicile *(HAD)* en EHPAD, chez les personnes de 75 ans ou plus, dans chaque territoire.

Objectif n°9 - Principaux jalons

Organisation et structuration de l'intervention de l'HAD en ESMS et incitation aux formations croisées des équipes;
Développement de partenariats entre les établissements médico-sociaux médicalisés et les professionnels de ville pour améliorer l'accès aux spécialités médicales, avec recours si pertinent à la télémédecine à domicile ou en établissement ;
Accélération du déploiement d'infirmiers en pratique avancée *(IPA)* dans le secteur médico-social ;
Développement d'un accompagnement adapté en soins palliatifs au sein des établissements médico-sociaux médicalisés, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles en soins palliatifs ;
Poursuite du déploiement des dispositifs renforçant la médicalisation d'ESMS à l'échelle d'un territoire, coordonnés par l'ARS (exemples : astreintes IDE de nuit, filières gériatriques, équipes mobiles de soins palliatifs, recours à l'espace éthique régional, etc.) ;
Renforcement du rôle et de la place des Centres ressources territoriaux *(CRT)* pour les personnes âgées ;
Généralisation d'un appui territorial gériatrique pour prévenir les hospitalisations évitables, en particulier via les équipes mobiles de gériatrie et les hôpitaux de proximité.

Objectif n°10 - Principaux jalons

Déploiement et amplification, en lien avec les universités et les écoles de formation, des stages de sensibilisation au handicap dans les formations initiales de tous les professionnels de santé et des travailleurs sociaux ;
Création et animation d'un réseau des référents handicap des établissements de santé pour qu'ils deviennent le pivot de l'accompagnement de la personne au sein de ces établissements ;
Identification d'au moins un dispositif de consultation dédiée pour les personnes en situation de handicap dans chaque département ;
Déploiement de dispositifs Handibloc et Handigynéco visant respectivement, à améliorer l'accès aux blocs opératoires et aux soins gynécologiques.

Objectif n°11 - Principaux jalons

Consolidation des filières gériatriques regroupant le sanitaire, le médico-social et la ville dans toutes les zones d'implantation de référence, incluant une offre de soins non programmée gériatrique ;
Développement des admissions directes non programmées dans toutes les zones d'implantation de référence afin d'éviter un passage inapproprié des personnes âgées aux urgences ;
Déploiement du « Kit Assure » pour prévenir le passage aux urgences de la personne âgée : déploiement de formations auprès des professionnels de santé des EHPAD.

PRIORITÉ 4 : OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LES TERRITOIRES

CONSTATS ET ENJEUX

Comme bien d'autres pays comparables et quel que soit leur système de santé, la France est confrontée depuis 30 ans à une hausse en continu de la demande de soins non programmés, de la fréquentation des Services d'accueil des urgences *(SAU)* et de l'activité de Permanence des soins ambulatoires *(PDSA)* réalisée en ville. La région Grand Est n'est pas épargnée par ce constat. Les soins non programmés relèvent d'une "urgence ressentie" conduisant à une demande de consultation le jour même ou le lendemain. Le soin non programmé couvre ainsi un large champ allant des urgences « vraies » au besoin urgent de soins ressenti comme tel par l'usager.

Notre système de santé a été profondément fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, et connait, depuis plusieurs mois, des tensions majeures. La fragilité des services d'accueil des urgences constitue la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système de santé, et qui questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

L'augmentation de la demande de soins non programmés relève de multiples facteurs dont l'analyse systémique apparaît de plus en plus nécessaire, mais dont certains éléments sont déjà bien identifiés : le vieillissement de la population, une prévalence croissante des maladies chroniques, l'environnement socioéconomique précaire, la vulnérabilité sociale et l'isolement social. Ainsi en Grand Est, on note une augmentation de 50% du recours aux services d'urgences *(consultation sans hospitalisation)* pour le quintile de la population le plus défavorisé comparé au quintile de la population le plus favorisé *(indice territorial de désavantage social de la commune de résidence - Grand Est 2019)*. Pour cette fraction de la population socialement défavorisée comme pour celle atteinte de maladie chronique, l'absence de médecin traitant, la non mise en place d'un parcours de soins est un risque supplémentaire de majoration du recours aux soins non programmés, et aux services d'urgences du fait de l'absence d'un suivi adapté de qualité.

Une offre de soins non programmés en tension

Une difficulté croissante de la médecine générale à répondre à la demande

La demande croissante de soins non programmés impacte, non seulement les services d'accueil et d'urgences, mais de la même manière les soins de premier recours. Selon l'étude de la DREES réalisée en 2019[16], les soins non programmés constituent déjà une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. Ainsi, en France en 2019, les demandes de soins non programmés représentaient plus de 30% de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. Dans le même temps, le nombre d'actes de Permanences des soins

[16] *H Chaput et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés N°1138 ; 22/01/2020*

ambulatoires *(PDSA)*, régulés et non régulés, est en croissance constante *(+24% entre 2015 et 2019)*[17]. Actuellement, la médecine générale se retrouve confrontée à un défi démographique, avec un nombre de médecins généralistes qui continuera de décroitre jusqu'en 2030 ; les médecins présents étant de plus en plus en difficulté pour répondre à la demande de soins programmés ou non.

Une saturation des services d'accueil et d'urgences

Dans la région Grand Est, le nombre de passages aux urgences a augmenté de la même façon qu'en France de 4 à 5% chaque année jusqu'en 2017 jusqu'à un niveau très élevé de 1 555 388 passages chaque année, difficilement soutenable et qui a perduré jusqu'en 2019. En 2022, après deux ans de crise sanitaire, le constat est toujours aussi alarmant : 1 551 503 passages aux services d'accueil et d'urgences chaque année en Grand Est. Cette croissance se fait notamment aux dépends des personnes très âgées de plus de 75 ans dont la fréquentation représente 20,6% des passages des adultes, alors qu'ils n'en représentaient que 19,4% en 2018. Une part importante de passages dans les services d'accueil et d'urgences n'aboutit qu'à une simple consultation sans acte complémentaire relevant le plus souvent d'un recours en médecine de ville. Dans la région Grand Est, en 2022, ce sont a minima 15% des passages aux urgences qui relèveraient de la médecine de ville alors qu'ils ne représentaient que 13,5 % des passages en 2018 *(Données Est-Rescue)*.

Une tension croissante sur l'aval des urgences

En 2021, dans le Grand Est, près de 330 000 patients ont été hospitalisés à partir des 46 services d'urgences *(taux d'hospitalisation de 23%)*. Seuls 17% de ces patients ont été hospitalisés en moins de 8h, la durée moyenne de passage aux urgences des patients adultes étant de 7h15, et de 8h04 pour les 75 ans et plus. Chaque jour, ce sont donc en moyenne 1 000 patients qui sont hospitalisés à partir des urgences dans le Grand Est pour un capacitaire régional *(hospitalisation conventionnelle hors obstétrique)* évalué à environ 12 000 lits. Le désengorgement des urgences est donc un défi quotidien pour les établissements de santé. Cette situation contribue à une altération de la qualité de vie au travail des professionnels *(temps passé à la recherche de lits, tensions aux urgences, répartition inégale des patients, etc.)*. Compte tenu de la complexité de la problématique, l'approche à mettre en œuvre est nécessairement systémique en abordant les différentes composantes de la gestion des flux d'hospitalisation *(gouvernance, règles de gestion, outils, logistiques)* et en prenant en compte les enjeux de chaque acteur. À l'instar de tout écosystème rassemblant de multiples activités et multiples acteurs *(institutions, établissements, directions, chefs de services, gestionnaires de lits, urgentistes, etc.)*, l'alignement collectif sur des valeurs et des intérêts à agir communs est capital tels que, par exemple, l'accès équitable pour chaque patient à un lit d'hospitalisation, que cette hospitalisation soit non programmée *(en urgence)* ou programmée et la bientraitance des patients en limitant le temps d'attente sur un brancard d'un lit d'hospitalisation.

[17] *Projet de rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023*

Mieux comprendre pour mieux répondre au besoin

Le comportement des usagers face à l'urgence ressentie pose question quant à ce que l'usager juge comme une réponse inadaptée, s'agissant par exemple des délais de rendez-vous. Dans l'enquête BVA-Hello Asso 2023 auprès d'un échantillon représentatif de la population de la région Grand Est, seuls 65% des personnes interrogées dans la région Grand Est avaient une expérience positive quant à l'obtention d'un rendez-vous sur la période des douze derniers mois[18]. Selon l'étude de la Drees réalisée en 2017[19], près d'un tiers *(32%)* des patients accueillis aux services d'accueil des urgences avaient fait des démarches auprès de professionnels de santé dans les 24 heures précédant leur arrivée au service, le plus souvent auprès d'un médecin *(76% de ces patients)*. Le Ministre de la santé, dans son rapport *"mission flash sur les urgences et les soins non programmés"* indiquait en 2022 que l'analyse de la hausse de consommation de soins non programmés par le seul prisme de la difficulté d'accès aux soins n'est pas suffisante, *"dès lors que l'accessibilité aux soins est liée à plusieurs facteurs distincts : accessibilité de l'offre elle-même (densité médicale) ; accessibilité logistique (transports, etc.) ; accessibilité financière ; accessibilité culturelle"* et qu'il fallait *"donc inclure toutes les composantes (acteurs sociaux, collectivités territoriales, milieu associatif) dans une démarche d'accompagnement de la consommation inadaptée des urgences, qui n'est que le symptôme d'une maladie plus profonde (isolement social, isolement culturel, isolement physique, etc.)"*. Dans le Grand Est, ce phénomène de consultation fréquente des urgences concerne 15,6% des patients qui ont consulté dans un service des urgences en 2021. Ces patients seraient à l'origine de 32,5% des passages aux urgences de la région[20]. Les premiers résultats de l'étude observationnelle sur les utilisateurs fréquents des services d'accueil et d'urgences *« Projet DAUM »* du CHRU de Nancy mettent en évidence les difficultés de prise en charge médico-sociales à domicile, de patients, âgés ou non, atteints de pathologies lourdes ; difficultés constitutives de situations favorisant une demande accrue et itérative de soins non programmés.

Une meilleure coordination des acteurs de l'écosystème

Pour l'usager, améliorer l'offre de soins non programmés, cela signifie un accès facile et lisible à une offre de santé qui satisfasse son besoin exprimé *(de réponse, de délai, d'accompagnement de son parcours de soins)*, implicite *(de consommation de soins, en réponse à l'angoisse provoquée par sa santé)* ou sous-jacente *(consommation de soins liés à des besoins composites non exclusivement sanitaires)*.

Pour les professionnels de santé, améliorer l'offre de soins non programmés, c'est l'enjeu d'une meilleure régulation d'accès à l'offre de soins non programmés garantissant l'orientation vers une réponse adaptée. Le corolaire en est de meilleures conditions de fonctionnement de l'offre des structures d'urgences comme celle des soins de premiers recours dans le cadre d'un partenariat ville-hôpital-services d'urgences renforcé, et d'une mobilisation plus large des acteurs de santé, y compris du secteur médico-social.

Face à ce défi des cinq prochaines années, il est nécessaire d'optimiser le temps médical en tirant le meilleur parti des compétences de chaque professionnel de santé pour constituer une offre adaptée de soins non programmés.

---

[18] *Enquête BVA-Hello Asso auprès d'un échantillon représentatif de la population du Grand Est – mars 2023*
[19] *Études et résultats n°1157 – DREES – août 2020*
[20] *Source SNDS – ARS Grand Est*

Mais cela sous-tend également un recours pertinent des usagers au bon soin, au bon moment et au bon endroit, adapté à un besoin identifié. Il faut donc cesser de raisonner uniquement par structure et essayer de mieux comprendre les besoins des usagers en se demandant collectivement quelle organisation du recours aux soins répond de la manière la plus efficace et qualitative possible à ces besoins. Cette identification ne peut se passer d'une meilleure communication et d'un partage d'informations fluide entre les acteurs du parcours de soins et du parcours de vie du patient notamment entre la ville et les urgences. Il s'agit de créer une chaine bienveillante d'intervenants autour du même patient.

Il s'agit donc d'ici 2028 d'aboutir à une structuration concertée au sein de chaque territoire permettant la mise en place d'un réseau coordonné des acteurs pour une prise en charge des soins non programmés mieux adaptée à la demande de l'usager et à son éventuelle vulnérabilité *(perte d'autonomie, handicap psychique, âges extrêmes de la vie, etc.)*. Cette structuration doit aussi répondre à une logique de parcours de soins et de vie, mais dans une approche réaliste des contraintes liées au défi démographique actuel en santé. La mise en place des Dispositifs d'appui à la coordination *(DAC)*, la généralisation en cours des Service d'accès aux soins *(SAS)* dans notre région ainsi que la valorisation des soins non programmés offrent de nouvelles opportunités pour de nouvelles organisations territoriales.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

La continuité des actions déjà engagées

Nous allons tout d'abord poursuivre et amplifier la co-construction entamée ces dernières années avec les acteurs de santé de solutions pragmatiques adaptées selon les besoins et ressources des territoires. Ces premières mesures issues de la stratégie nationale *« Ma santé 2018-2022 »* nécessitent d'être déployées, renforcées et consolidées dans chaque territoire. Nous poursuivrons également la mise en œuvre des actions prévues dans le Pacte de refondation des urgences 2019 *(Mesures de 1 à 12)* ainsi que les celles issues de la mission flash sur les urgences et soins non programmés réalisée en 2022. La diminution progressive du nombre de médecins, notamment en médecine générale au moins jusqu'en 2030 oblige à aller au-delà de ces premières mesures en repensant l'écosystème de santé.

De nouvelles réponses à élaborer

Les mesures déployées doivent s'accompagner pour les cinq ans à venir, d'une adaptation de l'ensemble de l'écosystème de santé d'un territoire dans une logique de responsabilité populationnelle des professionnels de santé et de responsabilité individuelle et collective des usagers. Il s'agît également d'améliorer la qualité perçue par tous : le bien-être des usagers et des professionnels. Le schéma régional de santé 2023-2028 se veut l'occasion de co-construire de nouvelles solutions face aux enjeux majeurs de l'accès aux soins non programmés : penser la stratégie à l'échelle des territoires, repenser les organisations et les collaborations en capitalisant sur l'existant, innover et expérimenter.

L'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'optimisation de l'accès aux soins non programmés dans les territoires, autour de 4 axes, précisés en 13 objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : CONNAITRE, MESURER, ÉVALUER POUR MIEUX PILOTER

La prise en compte des enjeux liés au soin non programmé ne sera effective que si elle repose sur l'appropriation par tous de ce qui se joue. C'est l'opportunité de mobiliser de façon transversale l'ensemble des acteurs des différents champs concernés, y compris les usagers, autour d'une culture partagée du diagnostic et du pilotage. Pour cela, il est tout d'abord nécessaire de s'appuyer sur les données en santé dont nous disposons, ou pouvons disposer, de les développer et surtout de les partager. Piloter à partir de la donnée, c'est prendre en compte le passé *(données historiques)*, le présent *(données en temps réel)* et le futur *(données prévisionnelles)*. Il s'agit donc de déployer une dynamique de recueil, d'analyse, de modélisation en vue d'intégrer les différentes dimensions de la donnée dans le pilotage stratégique de l'offre de soins. L'Observatoire régional des urgences *(Est-Rescue)*, en charge du recueil et de l'exploitation des données issues des structures d'urgences, constitue une première pierre de l'observation et de la connaissance de l'activité des flux non programmés. Il s'agit maintenant collectivement d'élargir le périmètre de l'observation pour embrasser toutes les dimensions des soins non programmés, en ville comme en établissement de santé et d'analyser les différents comportements de consommation. Enfin, il est désormais capital d'évaluer de façon systématique, partagée et transparente les actions menées afin de se doter collectivement d'une capacité d'adaptation, d'évolution, d'amélioration des solutions proposées : l'évaluation comme gage de l'agilité et de la résilience de notre système de santé.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°1 : Connaître l'activité de soins non programmés dans la région Grand Est ;
Objectif n°2 : Comprendre les comportements de consommation de soins au sein des structures d'urgences dans le Grand Est ;
Objectif n°3 : Identifier et évaluer les expérimentations et les organisations innovantes dans le domaine des soins non programmés.

Résultats attendus

Publication d'un rapport annuel sur l'accès aux soins non programmés en Grand Est ;
Mise à disposition des acteurs d'une solution d'analyse et de cartographie de l'usage fréquent des urgences ;
Création d'un dispositif de remontée automatisée des données des différentes offres de soins non programmés à partir des logiciels métiers des opérateurs *(notamment les SAS)* ;
Création d'un outil partagé de recensement des initiatives remarquables.

Principaux jalons

Mise en place d'un observatoire régional des urgences et des soins non programmés en s'appuyant sur les acteurs et dispositifs d'observation existant et en déployant des outils de e-santé pour recueillir les données d'activité en temps réel de l'offre de soins non programmés ;
Développement de la recherche-action dans le domaine des soins non programmés notamment en croisant les données des différentes offres de soins non programmées et en faisant appel aux sciences sociales pour mieux comprendre la dynamique des flux de consommation mais également pour évaluer nos actions ;

Animation d'un réseau régional d'expérimentations et d'organisations innovantes afin de partager les regards et les expériences professionnelles pour déployer des solutions adaptées aux territoires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : ADAPTER L'OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Le recours aux urgences est plus important parmi les personnes qui n'ont pas de médecin traitant déclaré. Le fait d'avoir un médecin traitant diminue ainsi d'un tiers le taux de recours aux urgences, avec une consommation de soins de généralistes plus importante[21].

CINQ OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°4 : Renforcer l'offre de soins de premiers recours ;
Objectif n°5 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés au sein des filières de médecine spécialisées ;
Objectif n°6 : Adapter la réponse à la demande de soins non programmés aux besoins spécifiques du nourrisson et de l'enfant ;
Objectif n°7 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés pour les personnes en souffrance psychique ;
Objectif n°8 : Développer et structurer une offre de e-santé adaptée aux besoins en soins programmés.

Objectif n°4 : Renforcer l'offre de soins de premiers recours

Adapter l'offre de soins non programmés en ambulatoire nécessite en premier lieu de renforcer le premier recours en mettant à disposition des professionnels de santé les leviers disponibles et à venir dans le cadre de la stratégie nationale pour libérer du temps soignant, du temps médical. Cela passe en particulier par le déploiement des assistants médicaux, le suivi des maladies chroniques par les infirmières de pratique avancée, les coopérations interprofessionnelles et la réduction de la charge administrative. Ces différentes mesures ont vocation à s'inscrire plus particulièrement dans le cadre de l'exercice coordonné, qu'il s'agisse des Communautés professionnelles territoriales de santé *(CPTS)*, des Maisons de santé pluriprofessionnelles *(MSP)*, des Centres de santé *(CdS)*, des équipes de soins primaires *(ESP)* ou au sein des établissements de santé[22].

[21] *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023*
[22] *Loi Rist 19 mai 2023*

Résultats attendus

Une augmentation du nombre de créneaux disponibles de Consultations non programmées ambulatoires identifiées par le Service d'accès aux soins *(SAS)* ;
Une augmentation du nombre de protocoles de coopération ;
Une augmentation du nombre d'infirmiers de pratiques avanacées formés et en activité.

Principaux jalons

Mobilisation des compétences médicales et non médicales des professionnels de santé, y compris les pharmaciens d'officine qui sont en capacité de réaliser des soins non programmés sur les territoires en s'appuyant sur les structures d'exercices coordonnés ;
Déploiement des protocoles de coopération de soins non programmés nationaux et locaux au sein des structures d'exercices coordonnés comme au sein des établissements de santé ;
Soutien aux innovations pour développer une offre de soins non programmés ambulatoire *(centre de soins non programmés, biologie délocalisée, maison médicale de garde, etc.)* ;
Développement des filières courtes ville-établissement de santé pour faciliter l'accès non programmé à un plateau technique.

Objectif n°5 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés au sein des filières de médecine spécialisées

En Grand Est, environ un patient sur sept usagers âgés de 18 à 74 ans avait eu en moyenne 1,5 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation alors qu'il était atteint d'une pathologie chronique relevant d'un parcours de soins *(maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), cancers, maladies neurologiques et neurodégénératives)* en 2019[23]. Les acteurs du premier recours doivent pouvoir s'appuyer sur un recours facilité aux spécialités, conditionné à un accès direct à la télé expertise ou la mise en place de filières dédiées, telles que les équipes de soins spécialisées. C'est là tout l'enjeu des filières territoriales spécialisées structurées dans une logique ville-hôpital et de leur capacité à pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés des patients atteints de maladies chroniques.

Résultats attendus

Une réduction du passage au service d'accueil des urgences *(SAU)* sans hospitalisation pour les cinq groupes de pathologies de l'Assurance maladie.

[23] *Données SNDS-ARS Grand Est*

Principaux jalons

Développement d'un accès direct à un avis et/ou une consultation spécialisée, une hospitalisation directe non programmée en établissement de santé ou à domicile pour les professionnels de premier recours dans chaque zone d'implantation de référence ;
Déploiement des équipes de soins spécialisés, des infirmiers de pratiques avancées pour le suivi des maladies chroniques selon les besoins des territoires ;
Accompagnement des usagers/aidants à une meilleure appréhension de leur pathologie et de ses conséquences en besoin de soins non programmés, urgents ou différés.

Objectif n°6 : Adapter la réponse à la demande de soins non programmés aux besoins spécifiques du nourrisson et de l'enfant

En Grand Est, 28,2% des passages aux services d'accueil et d'urgences concernent des patients de moins de 18 ans en 2022, dont 55% des passages sont réalisés pour des enfants de moins de cinq ans, tandis que 28% ne consistent qu'en une simple consultation sans examen complémentaire[21]. Une collaboration ville-hôpital autour de la santé de l'enfant s'avère actuellement indispensable pour repenser l'organisation de parcours de soins non programmés du nourrisson et de l'enfant lisibles pour les familles. Cela nécessite une réflexion commune et la coordination de tous les acteurs autour de la santé de l'enfant *(médecin généraliste, pédiatre, sage-femme, infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture, protection maternelle et infantile, pharmacien d'officine),* tant pour la régulation de la demande que la programmation sous 48 heures en ambulatoire de soins non urgents. Il convient également d'agir en amont du besoin de réassurance en favorisant l'acquisition de connaissances et compétences des parents sur l'auto-gestion des problèmes de santé courants au sein de la famille.

Résultats attendus

À minima, un programme d'éducation familiale à la santé mis en place dans chaque département ;
Une réduction des passages des enfants de moins de 15 ans ayant une simple consultation codée CCMU1 aux services d'accueil et d'urgences.

Principaux jalons

Renforcement au sein des SAS de la filière de prise en charge des soins non programmés pédiatriques, en intégrant tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'enfant ;
Renforcement de l'offre ambulatoire pédiatrique non programmé en soutenant la collaboration des professionnels de la santé de l'enfant ;
Déploiement des programmes probants d'éducation familiale à la santé en partenariat avec la Mutualité sociale agricole.

Objectif n°7 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés pour les personnes en souffrance psychique

En France, parmi les personnes ayant des passages très fréquents aux urgences *(plus de 5 fois dans l'année)*, 22,9% ont une maladie psychiatrique ; ces passages fréquents concernant principalement les 15-54 ans[24]. Le recours aux soins non programmés des personnes en souffrance psychique de tous âges est fluctuant au regard de la perception d'urgence ressentie par le patient et/ou son entourage familial ou institutionnel. Le recours est en outre majoré par le manque de réponse en amont de la crise, tant au cours du suivi que pour une demande initiale confrontée à des délais relativement longs. Les enfants et adolescents sont particulièrement concernés par cette problématique du fait d'une démographie médico soignante très défavorable. Cela nécessite de repenser l'offre.

Résultats attendus

80% des services d'accueil et d'urgences ont formalisé avec les ressources de leur territoire la prise en charge de la souffrance psychique adulte et pédiatrique avec identification d'une filière de soins non programmés par le service d'accès aux soins.

Principaux jalons

Déploiement d'une offre de Centre d'accueil et de crise *(CAC)* articulé avec un service d'accueil et d'urgence, a minima au sein de chaque zone d'implantation de référence du schéma régional de santé ;
Formalisation des prises en charge spécialisées des urgences liées à la souffrance psychique aux structures d'urgences non pourvues de centre d'accueil et de crise en mobilisant les alternatives à la ressource médicale et les ressources médicales hors établissement de santé ;
Déploiement de l'accès à un avis et à une prise en charge spécialisés des urgences pédopsychiatriques articulées avec les structures d'urgences et les soins de premier recours.

Objectif n°8 : Développer et structurer une offre de e-santé adaptée aux besoins en soins programmés

Le déploiement du numérique en santé participe de l'accès aux soins et de la structuration de l'offre de soins non programmés. Pour cela, il doit permettre à tous professionnels d'avoir accès à des outils et méthodes simples, sécurisés, interopérables, décloisonnés *(ville/ hôpital/ médico-social)*, créateurs de valeur *(un service rendu qui permet de dégager du temps et d'améliorer la qualité des soins)*. Le développement de la télésanté *(téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance et télésoins)* qui permet d'avoir accès à un avis médical ou des soins à distance participe également de cet accès aux soins non programmés en proposant une alternative pour lutter contre la fracture territoriale et répondre aux besoins de soins croissants liés au vieillissement ou à l'essor des maladies chroniques.

[24] *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023*

Résultats attendus

Une progression du nombre d'actes de télémédecine *(téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance)* et de télésoins ;
Une inscription systématique de la télésanté dans les programmes des organisations territoriales et des créneaux dédiés à l'accueil de soins non programmés par les professionnels de ces organisations.

Principaux jalons

Mobilisation de tous les acteurs et des outils numériques *(socle, intelligence artificielle)* pour répondre aux besoins/demandes dans l'organisation des soins non programmés ;
Déploiement de la formation à la téléconsultation assistée non programmée à domicile par les IDE, les aidants professionnels ou les aidants naturels ;
Déploiement de la télémédecine dans le champ de la psychiatrie ainsi que dans les milieux de privation de liberté ;
Déploiement de la télésurveillance et de la réponse aux alertes dans une logique ville-hôpital.

Pour la prise en charge en soins non programmés des personnes âgées : ∞ Partie 1 - Priorité 3 « Enourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie »

AXE PRIORITAIRE N°3 : ADAPTER LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Dans un contexte post-COVID19 tendu dans les établissements de santé par la pénurie en ressources humaines et les difficultés d'attractivité des métiers dans le milieu de la santé, il est nécessaire de se donner des perspectives communes pour faire évoluer notre réseau de structures d'urgences dans le Grand Est pour le rendre plus résilient, plus agile, plus en adéquation avec les aspirations des professionnels ou des usagers.

Le bien-être dans les structures d'urgences de la région Grand Est pour les usagers et pour les professionnels doit devenir un principe collectif afin d'améliorer les conditions de d'accueil des usagers, de leurs accompagnants et les conditions de travail des personnels de santé. Il s'agit donc d'actionner collectivement les différents leviers *(organisationnels, architecturaux, managériaux, etc.)* en s'appuyant notamment sur les nouveaux métiers, l'innovation, la transformation numérique et l'intelligence artificielle. L'intégration concertée de nouveaux acteurs de soins dans les organisations *(IPA urgences par exemple)* doit être accélérée. L'architecture des services d'urgences doit mieux incarner ces orientations. Plus modulaires et plus flexibles, les locaux doivent être pensés sur un objectif d'amélioration de la qualité d'accueil des patients et de leurs accompagnants en respectant la confidentialité et l'intimité quel que soit le volume du flux d'arrivée.

L'impact négatif des difficultés de gestion des flux d'hospitalisation, programmés ou non est désormais réel sur la prise en soins des patients et sur l'attractivité médicale et paramédicale au sein des structures d'urgence de la région. Il s'agit donc de se fixer un plan régional collectif, transversal et ambitieux visant à limiter l'attente d'un lit d'hospitalisation sur un brancard. La génération spontanée de la coordination des acteurs n'existant pas sur une problématique aussi complexe, ce plan doit s'appuyer sur un cadre, des principes et des règles collectives régionales ainsi que sur un dispositif d'évaluation du rôle de chaque acteur de soins qu'il dispose ou non d'un service d'urgence.

Cette démarche ne peut être réalisée que par une co-construction agile entre les acteurs de santé au sens large avec une méthodologie pragmatique issue du Conseil national de la refondation : écouter, partager et élaborer des solutions opérationnelles, transversales en partant du besoin afin de retrouver du sens et des valeurs communes. C'est l'impulsion donnée lors des premières assises régionales des urgences organisées en mai 2023 dont la dynamique de co-construction devra se poursuivre en élaborant un plan d'action régional opérationnel et transversal.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°9 : Fluidifier le parcours en aval des structures d'urgence et de l'aval de l'hospitalisation ;
Objectif n°10 : Améliorer le bien-être des usagers et des professionnels de santé dans les structures d'urgences de la région Grand Est.

Résultats attendus

Cible approchant le zéro brancard dans les services d'urgence pour les patients en attente d'hospitalisation ;
Amélioration de la satisfaction des usagers et des professionnels de santé au sein des structures d'urgences du Grand Est.

Principaux jalons

Élaboration et mise en œuvre d'une feuille de route "urgences" opérationnelle et transversale, co construite avec les acteurs dans les suites des premières assises régionales des urgences ;
Mise à disposition de plans d'anticipation des tensions au niveau de chaque territoire incluant les différents acteurs de la ville et de l'hôpital en décrivant le rôle de chacun *(plan "territoire en tension" avec des volets établissement de santé, ville, SAMU, etc.)* ;
Renforcement du rôle des acteurs *(notamment le CTRU, le CARU)* dans le pilotage de l'offre de soins urgents dans les territoires en intégrant systématiquement une réflexion éthique ;
Élaboration des recommandations régionales sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmée fixant les principes, les règles et le dispositif d'évaluation du rôle de chaque acteur sur un territoire ;
Déploiement dans chaque établissement de santé MCO d'un dispositif de gestion des lits articulé et coordonné avec un dispositif territorial de gestion des flux non programmés ;
Des enquêtes annuelles de satisfaction auprès des usagers et des professionnels de santé exerçant dans les structures d'urgences ;
Expérimentation et évaluation des dispositifs de repérage et d'accompagnement de consommation inadapté des urgences.

AXE PRIORITAIRE N°4 : MIEUX SE COORDONNER, MIEUX PILOTER ENSEMBLE

Le concept de responsabilité populationnelle est capital pour notre système de santé. Seul, un professionnel de santé, un établissement ne peut faire face à ce défi. La réponse doit être collective et coordonnée. Les structures d'urgences hospitalières doivent s'intégrer en complémentarité dans un système gradué aux côtés d'autres types de recours.

Ainsi, les CPTS, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire *(PDSA)*, la permanence des soins en établissements de santé *(PDSES)*, les urgences hospitalières, les pharmacies d'officine sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient. Ainsi, aux côtés du médecin traitant, le SAS peut constituer la clef de voute d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins non programmés sur le territoire qu'il couvre. Mais il nécessite de réussir un partenariat équilibré entre deux secteurs d'activités qui ont chacun leurs propres contraintes, de surcroît différentes d'un territoire à l'autre. Cette nouvelle organisation ne peut se passer d'une meilleure communication et d'un partage d'information fluide entre les acteurs du parcours de soins et du parcours de vie du patient notamment entre la ville et les urgences. En effet, certains usagers ont déjà des difficultés à s'orienter dans le système de santé, de façon générale du fait du handicap, d'une vulnérabilité sociale, d'un éloignement du système de soins. Il convient d'être particulièrement attentif à ce que ces nouvelles organisations se fassent dans une logique de lisibilité et d'inclusion pour l'usager.

La régulation nécessaire de la demande de soins non programmés oblige également à accompagner/sensibiliser l'usager et les acteurs de l'écosystème sur les règles collectives fixant les modalités de recours aux services d'accès aux soins, aux urgences, à l'offre de soin non programmé ambulatoire. En exploitant les potentiels de tous les moyens de communication permettant de toucher les différents publics, il s'agit de donner des repères communs, de diffuser les bons réflexes *(bonne utilisation des différentes offres de soins)*, d'informer sur le parcours de soin *(temps d'attente)* ou le fonctionnement des structures *(principe du triage par gravité par exemple)*.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif n°11 : Mieux piloter ensemble l'offre et la demande de soins non programmés ;
Objectif n°12 : Réguler collectivement la réponse à la demande de soins non programmés ;
Objectif n°13 : Rendre lisible et accessible l'offre de soins non programmés, urgents et non urgents, dans une logique inclusive.

Résultats attendus

Une réduction des passages pour une consultation simple sans acte complémentaire *(CCMU1)* dans les structures d'urgence ;
80% des personnes interrogées ont une opinion positive sur l'accès à une réponse face à une urgence ressentie.

Principaux jalons

Déploiment d'un Service d'accès aux soins *(SAS)* dans chaque département ;
Élaboration dans chaque département d'un plan territorial d'accès aux soins non programmés comportant le diagnostic territorial, une cartographie concertée des différents offreurs des soins non programmés *(détaillant les missions de chacun)* et précisant les règles de fonctionnement partagées par le réseau d'acteurs afin d'assurer une coordination optimale, une fluidité des parcours de soins et une visibilité partagée avec les usagers ;
Déployer des filières spécifiques de prise en charge de soins non programmés *(chirurgien-dentiste, sage-femme, IDEL, etc.)* en lien avec le SAS ;
Mise en place d'une démarche de partenariat entre le Service d'accès aux soins *(SAS)*, les permanences d'accès aux soins de santé, les dispositifs d'appui à la coordination quant aux besoins sociaux et médico-sociaux et les « communautés 360 » quant aux besoins des personnes en situation de handicap ;
Mise en place d'un comité régional des soins non programmés ;
Mobilisation des Conseils territoriaux de santé sur les réponses départementales à la demande de soins non programmés ;
Communication sur les ressources territoriales de soins non programmés dans une logique inclusive en prenant en compte la difficulté de compréhension liée au handicap, au faible niveau socio-éducatif et la fracture numérique ;
Mobilisation des collectivités locales notamment à travers les contrats locaux de santé et les associations d'usagers sur des campagnes de formation/information du grand public sur l'auto-gestion des problèmes de santé courants ;
Évaluation de la lisibilité, de l'accessibilité et de l'adaptation de l'offre mise en place en réalisant une enquête annuelle auprès des usagers sur l'accès aux soins non programmés, en partenariat avec Hello-Asso.

PARTIE 2 : LES CONDITIONS ET LES LEVIERS DE LA RÉUSSITE

Ce chapitre met l'accent sur les conditions et les leviers nécessaires à la réussite de la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028.

Pour réussir la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028, l'ARS Grand Est s'appuie sur l'ensemble des ressources humaines en santé des territoires de la région pour porter de nouveaux projets, et assurer la qualité et la sécurité des prises en charge pour les usagers. Le développement d'une culture de l'anticipation, l'animation de retours d'expériences et la facilitation de la coordination sont autant de leviers que l'ARS Grand Est mobilise pour renforcer la capacité collective des acteurs et partenaires du système de santé à trouver des solutions.

Les actions qui sous-tendent ce schéma régional 2023-2028 ont vocation à se déployer à l'échelle territoriale. La capacité à établir un programme pluriannuel d'actions, à ajuster et évaluer sa mise en œuvre au plus près des territoires est une condition première de réussite des objectifs ambitieux portés par ce schéma régional de santé.

Ce chapitre présente également, de manière synthétique, les leviers usuels dont dispose l'ARS pour mettre en œuvre la politique régionale de santé : l'innovation, le droit à dérogation, l'investissement immobilier, la mobilisation du fonds d'intervention régional et la communication.

LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ, UN DÉFI MAJEUR, UNE OPPORTUNITÉ POUR INNOVER

CONSTATS ET ENJEUX

La capacité à fédérer l'ensemble des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ainsi que l'ensemble des professions de santé, médicales et non médicales autour d'objectifs communs conditionne la réussite de la stratégie nationale et régionale de santé à l'horizon 2028.

Dans un contexte de démographie des professionnels de santé très contrainte, il est essentiel de tout mettre en œuvre pour regagner du temps médical et soignant, attirer et fidéliser les professionnels, adapter leurs compétences aux enjeux de santé publique, et encourager la solidarité territoriale, tout en préservant la qualité de vie au travail.

Une forte hausse des emplois des secteurs sanitaire, médico-social et social est prévue dans les prochaines années mais l'impact pour l'accès territorial aux soins demeure incertain du fait de la répartition inégale des ressources, d'incertitudes sur la persistance de l'attractivité de ces métiers et de l'augmentation du besoin de santé[25].

[25] *"La crise des ressources humaines en santé est mondiale avant d'être nationale et régionale" Stéphane Pardoux, Directeur général de l'ANAP.*

Pour la seule profession médicale :

La densité des médecins généralistes en Grand Est *(145,6 pour 100 000 habitants en 2022)* est inférieure à la densité France entière *(155,4)*. Elle a diminué régulièrement ces dix dernières années. Plus de 300 médecins généralistes de la région Grand Est n'ont pas été remplacés.
La densité médicale des spécialistes quant à elle progresse régulièrement depuis 10 ans mais reste inférieure à la densité médicale France entière. Elle est de 177,2 médecins pour 100 000 habitants en 2022, versus 200,5 France entière.
Dans le secteur hospitalier, sur les 1 000 postes de praticiens hospitaliers publiés dans la région, 70% restent régulièrement vacants.

Les études statistiques récentes[26] confirment que le besoin en professionnels de santé augmente encore à l'horizon 2030 pour assurer le remplacement des professionnels de santé partant massivement en retraite et pour répondre au besoin de soin croissant d'une population vieillissante.

Au delà de cette tendance générale, il est nécessaire de tenir compte :

- de la réforme du numérus clausus des études de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie qui ne commencera à produire ses effets qu'à partir de 2030. L'enjeu pour les cinq ans à venir est ainsi de trouver des solutions pour limiter l'impact de la baisse des effectifs médicaux, notamment en libérant du temps médical ;
- de l'arrivée à l'âge de la retraite des professionnels de santé qui génère un besoin de remplacement[27]. Toutes les professions sont touchées par l'augmentation des cessations d'activité, mais l'intensité du besoin en remplacement varie selon les professions. Aussi, dans un contexte de besoins croissants de professionnels de santé, l'intégralité des 8 100 départs annuels à la retraite devront être remplacés en sus des postes déjà non pourvus[28] ;
- du vieillissement de la population et de l'augmentation de la population dépendante qui nécessitent de créer des emplois supplémentaires. Afin de garder un niveau de service identique, les emplois consacrés aux personnes âgées et / ou dépendantes doivent évoluer proportionnellement au nombre de ces personnes. Ainsi, pour faire face à l'augmentation régionale de la population dépendante *(+3 300 personnes dépendantes / an)*, le secteur sanitaire et social devra créer environ 2 000 emplois supplémentaires par an *(en complément des besoins de renouvellement liés aux départs en retraite)*, dont 570 postes d'aides-soignants *(AS)*, 640 postes d'infirmiers diplômés d'Etat *(IDE) et* 130 postes d'agents de service hospitalier *(ASH)* ;
- du fait que chaque année, dans le secteur sanitaire et social, le solde des mobilités professionnelles est positif : le secteur gagne 700 actifs annuellement par ses mouvements. Cependant, ce solde ne compense que très partiellement les besoins de recrutement liés aux départs en retraite et aux créations d'emplois (*viellissement, dépendance)* ;

[26] *Les métiers en 2030 | France Stratégie - strategie.gouv.fr, rapport France Stratégie, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), mars 2022*
[27] *Les besoins de recrutement dans le domaine du sanitaire et social - Horizon 2030/Région Grand Est - OREF Grand Est*
[28] *Baromètre Emploi formation 2022 – OPCO Santé*

- de la densité des professionnels de santé dans la région Grand Est qui varie beaucoup avec des territoires urbains très denses, des territoires ruraux et étendus ou encore des territoires frontaliers de pays voisins très attractifs *(Belgique, Luxembourg, Allemagne et Suisse)*[29]. Les enjeux transfrontaliers des ressources humaines en santé en région Grand Est sont évoqués dans la partie 3 du schéma régional de santé.

Une évolution significative des métiers du soin et de l'accompagnement social et médico-social dans les prochaines années

À ces besoins d'emplois dans les secteurs sanitaire, médico-social et social s'ajoute la nécessaire évolution de certains métiers et la création de nouveaux métiers. Selon certaines études de prospective en santé[30], les métiers de la santé vont évoluer de façon significative dans les années à venir afin :

- de prendre en compte les innovations technologiques et organisationnelles en santé, notamment liées au déploiement du numérique en santé *(robotique, big data, intelligence artificielle, e-santé, etc.)* ;
- d'intégrer les enjeux de la transition écologique et de la raréfaction des ressources ;
- de répondre à la demande sociétale, notamment en faveur du maintien à domicile, en matière d'éthique, de prévention et de bien-être ;
- de satisfaire les attentes des professionnels en termes de management, de conditions de travail et in fine de qualité de vie au travail.

Par-delà l'évolution des métiers actuels, de nouveaux métiers apparaissent ou sont susceptibles d'apparaître. L'accroissement des délégations de tâches, l'objectif de "gagner du temps médical" et le renforcement du besoin de coordination pour mieux suivre le parcours des patients motivent la création de nouvelles formations et de nouveaux métiers comme les assistants médicaux, les infirmières de pratiques avancées (priorité du gouvernement) ou les coordonnateurs de parcours. Pour autant, leur reconnaissance reste à asseoir afin de faciliter leur expansion.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Face aux enjeux des ressources humaines en santé, l'ARS et ses partenaires ont adopté un plan d'attractivité des métiers de la santé en Grand Est dès l'année 2019. Ce plan a été complété par les propositions émises lors des réunions du Conseil national de la refondation santé *(CNR Santé)* locales et territoriales et vise à :

- Mieux anticiper les besoins de formation ;
- Former plus et mieux les professionnels de santé en adaptant les formations initiales et continues ;
- Renforcer l'attractivité des métiers de la santé pour les étudiants et les professionnels en santé ;
- Fidéliser les professionnels de santé dans la région et poursuivre leur accompagnement au quotidien dans l'exercice de leur fonction.

---

[29] *Le taux de fuite des professionnels de santé hors de la région est de 6%.*
[30] *"Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système ..." - Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020 ; "Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 - opco-sante.fr", Les rapports de l'observatoire, OPCO Santé, 2022*

AXE PRIORITAIRE N°1 : MIEUX ANTICIPER LES BESOINS DE FORMATION

En s'appuyant sur les travaux de l'observatoire régional de la démographie des professions de santé, sur les études de l'Observatoire région emploi-formation (OREF) du Grand Est et sur les travaux de prospective du Haut conseil de l'Assurance maladie, l'ARS Grand Est proposera aux acteurs de la formation et de la santé un outil de pilotage prospectif, pour identifier et anticiper les besoins de formation et de recrutement des territoires de la région.

L'objectif est d'affiner l'analyse des besoins de formation des professionnels médicaux et non médicaux en colligeant l'ensemble des données disponibles et en les diffusant à tous. Le croisement des analyses des entrants et des sortants dans la profession, des taux de fuite, des critères de capacitaires de formation et d'évolution de la population du Grand Est pourra permettre de réaliser des projections et de proposer des actions. Celles-ci auront pour objectif d'appuyer ou d'accompagner le recrutement dans les établissements de santé, tous statuts confondus, dans les structures médico-sociales ou d'exercice coordonné, ainsi que l'installation de professionnels de santé de ville.

Objectif n°1 : Déployer un outil de pilotage prospectif pour anticiper les besoins de formation des professionnels de santé dans les territoires

Résultats attendus

Identification précise des besoins de recrutement par profession de santé, par territoire et par filière prioritaire de la région, aujourd'hui, à 5 ans et à 10 ans ;
Déploiement d'un outil de pilotage partagé permettant un bilan annuel des résultats obtenus.

Principaux jalons

Rédaction du cahier des charges pour l'élaboration de l'outil de pilotage ;
Analyse de l'impact de la mise en œuvre des réformes en matière de besoins de recrutement de professionnels de santé et de nouvelles compétences ;
Analyses quantitatives et prospectives à partir des bases de données existantes par profession de santé et territoire de la région ;
Études ciblées sur des filières prioritaires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : AGIR SUR LA QUALITÉ DES FORMATIONS

En lien avec les universités et les instituts de formation, l'ARS Grand Est œuvre à adapter les cursus de formations des professionnels de santé, médicaux et non médicaux, afin notamment de :

Préparer les professionnels de santé à intégrer les innovations scientifiques, techniques et technologiques mais également à une acculturation de la notion de handicap dès la formation initiale ;
Renforcer les compétences psychosociales et relationnelles ;
Acculturer l'ensemble des professionnels de santé et des établissements à la prévention et la promotion de la santé, aux enjeux de la transition écologique et du développement durable ;
Sensibiliser les professionnels aux problématiques de prise en charge de la santé mentale dans toutes ses composantes ;
Soutenir la pratique avancée, l'exercice coordonné et l'interprofessionnalité dès la formation initiale avec le service sanitaire des étudiants en santé ;
Proposer des modalités de formation innovantes *(e-learning, simulation, intelligence artificielle*) favorisant l'accès à des formations de qualité au plus près des lieux de vie des étudiants et des soignants afin de les fidéliser sur leur territoire d'origine ;
S'assurer de la qualité de l'accueil du stage des apprenants en formation, en accompagnant les employeurs dans la professionalisation des tuteurs.

Les réformes des formations universitarisées ont permis leur inscription dans l'architecture européenne des études supérieures liées au processus de Bologne. Elles permettent aux étudiants de se voir délivrer, conjointement au diplôme d'État, le grade de licence ou de master. Dans le même objectif, une convention de partenariat entre le Conseil régional, les trois universités *(Lorraine, Champagne-Ardenne et Alsace)* ainsi que les trois groupements de coopération sanitaires des instituts de formation en soins infirmiers de la région Grand Est aura pour objet :

L'institution d'un environnement pédagogique de qualité au sein des instituts de formation, intégrant des ressources physiques et numériques dont certaines sont issues de la recherche et des expérimentations pédagogiques des universités ;
Le développement de capacités d'ingénierie et de conseil pour concevoir des cursus adaptés correspondants aux requis de l'universitarisation tout en conservant les points forts des cursus actuels ;
La contribution de personnels enseignants et hospitaliers et d'enseignants-chercheurs des universités dans les instances de gouvernance et de validation des résultats et leur participation aux enseignements universitaires ;
L'évaluation, à échéance régulière, des formations *(référentiel HCERES)* ;
La reconnaissance d'un niveau bac +3 à bac +5 au travers du grade de licence ou de master ouvrant la voie à la poursuite d'études doctorales ;
La délivrance de crédits de formation européens *(ECTS)*.

La création, avec financement ARS, d'un département des professionnels de santé dans chaque faculté, a permis l'élaboration de projets annuels communs pour la formation initiale des formations "universitarisées" des professionnels de santé non médicaux, qui doivent se poursuivre et s'enrichir.

Objectif n°2 : Former mieux

Résultats attendus

Un taux de remplissage proche de 100% des places en structures de formation répondant aux besoins de soins de la population ;
Une diminution des abandons en cours de formation permettant d'atteindre le nombre de diplômés nécessaires aux besoins identifiés et une amélioration des conditions d'accueil des élèves dans les écoles et instituts;
Une baisse du taux de fuite des élèves et étudiants formés aux métiers de la santé hors du territoire de la région Grand Est.

Principaux jalons

Déploiement d'une enquête permanente auprès des internes de Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie *(MMOP)* formés dans la région à 1 an, 5 ans et 10 ans pour suivre les cohortes et analyser les facteurs de fidélisation sur le territoire ;
Déploiement de suivis de cohorte ciblés pour les formations médicales et non médicales les plus en tension ;
Création d'un outil de pilotage prospectif pour identifier les besoins de formation et de recrutement, alimenté par les études de l'OREF ;
Création de passerelles entre formations aux métiers de la santé en cas de réorientation du parcours de formation des élèves et étudiants ;
Mise en place de plans d'actions territoriaux et régional pour faire connaître, valoriser et renforcer l'image des métiers de la santé et favoriser une meilleure connaissance des carrières possibles, des champs d'exercice, des publics à accompagner ;
Concentration des efforts de valorisation des métiers définis comme prioritaires en région Grand Est notamment au regard de la mise en œuvre de certaines réformes dont celle relative aux activités de soins.

AXE PRIORITAIRE N°3 : FORMER DAVANTAGE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°3 : Poursuivre la dynamique d'augmentation des places de formation dans les instituts de formation non médicale

L'objectif à l'horizon 2028 est bien d'avoir une capacité de formation au niveau régional en adéquation avec le besoin de soin de la population en tout point du territoire.

Des actions ont déjà eu lieu durant la période 2018-2023 en particulier pour les formations en soins infirmiers et aides-soignants qui seront poursuivies en amplifiées en lien avec nos différents partenaires institutionnels *(Conseil régional, Pôle emploi, DREETS)* et l'ensemble des structures de formation qu'elles soient publiques ou privées.

Les objectifs du plan d'action 2020-2023 relatif à l'attractivité des professions non médicales lancé par l'ARS Grand Est en 2019 étaient d'augmenter de 25% le nombre de places disponibles en institut de soins infirmiers et de réduire les abandons de formation ou de fuites des jeunes diplômés. Cet objectif est d'ores et déjà atteint en région Grand

Est avec une augmentation de 33%. L'effort sera poursuivi s'agissant de la réduction des abandons de formation ou de fuites des jeunes diplômés en lien avec les financements afférents du Conseil régional.

Le parcours de la formation infirmière doit être prochainement réformé et lors de la clôture de la réunion plénière du Conseil national de la refondation santé *(CNR Santé)*, le 3 mai 2023, le ministre de la santé et de la prévention a annoncé la refondation du métier infirmier, structurée autour de trois axes :

Les compétences, par le passage d'un encadrement strict des actes autorisés à une approche plus agile par grandes missions ;
La formation, par un cursus de formation adapté aux besoins locaux, une attractivité au métier et un renforcement de l'accompagnement jusqu'au diplôme ;
Les carrières, par un renforcement du collectif de travail avec un exercice de compétences élargies et reconnues dans une perspective de progression et d'évolution professionnelle.

Concernant la formation d'aide-soignant, il sera nécessaire de pousuivre le plan d'action multi-partenarial afin de pouvoir améliorer l'image de marque de la profession et diversifier les profils des élèves entrants en formation et fidéliser sur le long terme.

Cette augmentation du nombre de places disponibles à la formation doit également être poursuivie pour les métiers non médicaux les plus en tension comme la formation de Manipulateur d'électro-radiologie médicale *(MERM)* et de masseur-kinésithérapeute.

Objectif n°4 : Augmenter le nombre d'étudiants en Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie *(MMOP)* et améliorer leurs conditions de formation pour les ancrer dans les territoires de la région

L'ARS Grand Est n'a pas de levier direct pour augmenter le nombre d'étudiants en Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie *(MMOP)* sur le territoire. Pour autant, elle œuvre chaque année, en lien avec les Observatoires national et régional des professions de santé *(ONDPS)* et le Ministère de la santé et de la prévention pour faire évoluer le nombre de places offertes aux épreuves classantes nationales *(ECN)*. Entre 2019 et 2022, 55 postes supplémentaires ont été ouverts dans les trois facultés de la région, principalement pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Par ailleurs, l'ARS Grand Est, en lien étroit avec les universités et les centres hospitaliers, s'assure, chaque semestre, de la qualité de la formation des internes et du respect des maquettes de formation. C'est une compétence partagée avec les Universités. Depuis plusieurs années, l'ARS Grand Est veille également à assurer une répartition territoriale des internes afin de leur permettre d'appréhender des pratiques profesionnelles différentes en établissements universitaires et non-universitaires.

La réforme du parcours de formation de sage-femme sera également accompagnée par l'ARS. En lien avec les Universités et le Conseil régional, l'ARS poursuivra sa politique d'augmentation du nombre de places offertes à l'entrée en formation, la formation des maîtres de stages et l'accompagnement des étudiants sage-femmes notamment par le biais du Contrat d'allocation d'études *(CAE, cf. appel à projet 2023).*

Résultats attendus

Augmentation du nombre de places pour les formations en santé pour répondre au besoin de soins (par exemple : atteindre l'objectif de 3700 étudiants en soins infirmiers et de 6000 places d'aides-soignants- rapport El Khomri) dans un premier temps puis une adaptation au besoin de soin à l'horizon 2028 ;
Augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée formées et inscription de ces derniers dans des parcours professionnels répondant aux besoins des territoires et des priorités de santé de la région ;
Travail conjoint avec le Conseil régional d'identification du besoin de création de nouveaux instituts et filières de formation dans les zones moins dotées et accompagnement de ces nouveaux acteurs, création d'antennes universitaires ;
Développement de l'apprentissage notamment par la formation à la maîtrise d'apprentissage ;
Augmentation du nombre de maîtres de stages universitaires en médecine pour répondre aux besoins sur tout le territoire régional, tout en garantissant le respect des maquettes de formation ;
Augmentation du nombre de diplômés par une amélioration de l'accueil en stage de formation *(nouvelles modalités pédagogiques et meilleur accueil en stage)* et de la lutte contre les arrêts de formation.

Principaux jalons

Organisation des assises des formations de santé en Grand Est en lien avec les universités, le Conseil régional et les instituts de formation pour partager l'état des lieux et construire un plan d'action partagé ;
Conventionnement régional avec les partenaires notamment avec le Conseil régional, l'Éducation nationale, les écoles et instituts de formation publics et privés pour faire connaitre les métiers du soin avec l'idée de créer des stages pour les lycéens et collégiens dans les structures sanitaires et médico-sociales ;
Expérimentation des démarches visant à promouvoir le rôle de « tuteur » et les démarches de compagnonnage / mentorat ;
Incitation des professionnels du 1er recours à être maîtres de stage, enjeu majeur pour assurer le renouvellement et le maintien des jeunes professionnels dans la région et permettant de préserver ou d'améliorer l'égalité d'accès aux soins de la population *(poursuite du doublement du nombre de MSU initié en 2018)* ;
Développement des dispositifs de valorisation des acquis par l'expérience *(VAE)* pour faciliter les parcours professionnels et également pour adapter les formations *(proposition d'une VAE pour le métier d'Infirmier de pratiques avancées (IPA) par exemple)* permettant un doublement du nombre de professionnels reconnus ;
Accompagnement des facultés, des écoles et instituts, à la création de postes hospitalo-universitaires afin de permettre le renouvellement des praticiens hospitalo-universitaires partant en retraite les prochaines années.

AXE PRIORITAIRE N°4 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°5 : Favoriser une meilleure organisation du travail

1,21 million d'agents *(21% de l'emploi public)* travaillent dans les établissements de soins : 87% dans les hôpitaux, 9% dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et 4% dans les autres établissements médico-sociaux.

La prise en charge soignante et la permanence des soins qui y est associée, dans un contexte de manque de professionnels, dégradent les conditions de travail, avec des rappels inopinés de personnels et des activités en continu sur les soirs et week-ends.

Les professionnels et notamment les jeunes, souhaitent un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, avec un axe important sur l'environnement de travail et les conditions de vie. Afin de recruter et de fidéliser les professionnels nous devons collectivement porter des actions pour offrir un cadre de vie global agréable et accompagner la conciliation vie personnelle – vie professionnelle.

Résultats attendus

Mise en place systématique de procédures de suivi des temps de travail et de suivi des temps de travail additionnels ;
Mise en place *a minima* d'au moins une nouvelle équipe de territoire par groupement hospitalier de territoire *(GHT)* portée par les établissements de santé, notamment par le biais d'appels à projets annuels ;
Création ou renouvellement de 65 postes d'assistants spécialistes à temps partagés par an.

Principaux jalons

Adaptation du temps de travail et de l'organisation du travail des soignants

- Déploiement d'outils de suivi des temps de travail pour les établissements ;
- Accompagnement de la mise en place de la réforme sur le travail de nuit en fonction des préconisations nationales ;
- Travail au niveau territorial comme au niveau de chaque établissement sur les organisations du travail : meilleure répartition de la charge de travail, autonomie des collectifs dans la gestion des temps, meilleure anticipation de l'activité. La réforme de la PDSES peut par exemple être une occasion pour mieux répartir la charge entre professionnels d'un même territoire.

Organisation de la vie quotidienne des étudiants et professionnels en santé

- Accompagnement des partenaires dans l'amélioration et la mise à disposition de solutions pour les professionnels *(hébergements, transports, modes de garde d'enfants, etc.)* ;
- Accompagnement de la résorption de l'emploi précaire notamment par l'accélération des titularisations et cédéisation.

Travail en équipe organisé en lien avec la structuration des filières de soins

- Facilitation des remplacements entre établissements afin de favoriser le travail en territoire ;
- Poursuite du déploiement des postes d'Assistants spécialistes à temps partagés *(ASTP)*.

Cet objectif, les résultats attendus et les jalons sont indissociables du travail qui sera également entrepris pour améliorer durablement la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé *(cf. infra objectif 2 de l'axe 5)*.

Objectif n°6 : Favoriser les leviers financiers d'attractivité dans le secteur du soin

Les étudiants et professionnels de santé pointent régulièrement une rémunération insuffisante et inégalitaire entre les secteurs avec un manque de visibilité sur les systèmes d'aides financières. Alors que la région Grand Est a la particularité de partager ses frontières avec quatre autres pays, l'enjeu de la rémunération comme levier d'attractivité prend tout son sens. Sans pouvoir influer sur les rémunérations en tant que tel, l'ARS Grand Est souhaite continuer àdévelopper des leviers financiers spécifiques et mieux communiquer sur ceux-ci.

Résultats attendus

Une meilleure lisibilité des leviers financiers d'attractivité existants et accompagnés par l'ARS Grand Est et leur adaptation au contexte local dans le cadre d'une politique territorialisée et tout au long de la carrière des professionnels

Au moins 500 contrats d'engagement d'étudiants en santé par an visant une installation dans la région et/ou dans les zones sous dense de la région.

Principaux jalons

Soutien financier :

- Déploiement de la solidarité territoriale entre équipes avec la mise en œuvre de primes spécifiques type Prime d'exercice territorial *(PET)* ou Prime de solidarité territoriale *(PST)*, dans des conditions strictement encadrées pour s'assurer de la bonne corrélation entre les dispositifs et les objectifs de santé publique poursuivis ;
- Proposition systématique de Contrats d'allocation d'études *(CAE)* pour les étudiants non médicaux dans les professions les plus en tension, selon l'évolution de la situation régionale (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateur d'électro-radiologie médicale *(MERM)*, aides-soignants et sage-femmes) et des Contrats d'engagement de service public *(CESP)* pour les étudiants en médecine et odontologie.

Accès à l'information concernant les rémunérations, primes et aides financières :

- Valorisation et communication sur le portail d'accompagnement des professionnels de santé "PAPS Grand Est"[31], sur le guichet unique et sur les centres de ressources départementaux d'accompagnement des professionnels mis en place ;
- Cartographie des dispositifs existants par secteur et type de métiers.

L'engagement professionnel :

- Meilleure valorisation de l'engagement des professionnels par la mise en place de la prime d'engagement collectif dans les établissements ;
- Valorisation de la fonction de managers au sein des établissements et de la fonction de tuteurs de formation ;
- Systématisation de la proposition de la Prime d'engagement dans la carrière hospitalière *(PECH)* sur les territoires et spécialités en tension, en fonction des politiques validées au sein des structures.

AXE PRIORITAIRE N°5 : FIDÉLISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Les professionnels de santé, quels que soient leur profession et leur mode d'exercice évoquent régulièrement le manque de perspectives professionnelles et de diversification des parcours comme étant un frein à la fidélisation.

Une enquête du comité éthique de la Fédération hospitalière de France *(FHF)* a par exemple montré que la cohésion d'équipe et la qualité du management s'avèrent majeurs dans les critères de qualité de vie au travail, exprimés par les professionnels. Dans cet objectif, l'ARS Grand Est entend favoriser l'utilisation de l'intégralité des plans de formation continue et les renforcer.

Objectif n°7 : Assurer l'engagement des professionnels dans la gouvernance du système de santé en favorisant la co-décision

En complémentarité des dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et de la loi Rist, dans le cadre de la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS, l'ambition est de redonner aux services hospitaliers toute leur place et de renforcer la place des non médicaux et des usagers dans la gouvernance des établissements de santé dans un objectif de *"Mieux manager pour mieux soigner"*[32]. Ainsi, l'ARS Grand Est entend accompagner cet axe de travail pour accélérer le virage vers une médicalisation accrue de la gouvernance des établissements de santé, une meilleure association

[31] *PAPS Grand Est | Portail d'accompagnement des professionnels de santé | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Grand Est (sante.fr)*
[32] *Guide « Mieux manager pour mieux soigner» publié en juillet 2021 : boite à outils co-construite avec les acteurs hospitaliers pour favoriser lamodernisation de la gouvernance hospitalière et sa remédicalisation*

des soignants à la vie de l'hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation des établissements et la réhabilitation du service de soins.

Résultats attendus

Implication des managers / encadrants, des professionnels de santé et des usagers dans la définition d'une politique de gouvernance interne avec la généralisation des projets de management participatif ainsi que des chartes de gouvernance dans les hôpitaux plublics de santé.

Principaux jalons

Accompagnement de chaque établissement sanitaire et médico-social à réaliser un plan de formation à l'attention de ses manageurs / encadrants et professionnels de santé sur la gouvernance ;
Mise en place d'un partenariat régional avec les opérateurs de compétence *(OPCA et OPCO)* pour renforcer pendant cinq ans les formations continues ;
Accompagnement de l'ANAP pour les gouvernances des établissements impliquant les directeurs et les présidents de commission médicale d'établissement ;
Partenariat avec la conférence des présidents de CME pour mettre en œuvre les actions relatives à la médicalisation de la gouvernance dans les établissements de santé.

Objectif n°8 : Améliorer durablement la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé

Selon le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique[33], 2 200 déclarations de maladies professionnelles ont été notifiées dans la fonction publique hospitalière, dont 76% ont entrainé un arrêt maladie en moyenne de 106 jours. En 2022, le nombre d'accidents du travail recensés en Grand Est par les CARSAT est de près de 45000. Le secteur social, sanitaire et médico-social représente 31% des déclarations et arrive ainsi 2ème dans la sinistralité des métiers. De plus, il est à noter que les principaux problèmes de santé ayant donné lieu à une consultation des services de santé au travail pour les professionnels de santé sont les troubles musculo-squelettiques, les troubles mentaux et du comportement *(surmenage stress)* et les saisines pour des cancers cutanés.

Le taux d'absentéisme dans les établissements de soins est de 6,15% au niveau national *(3,70% pour le personnel médical et 8,60% pour le personnel médical)*, il est de 6,60% au sein de la région Grand Est *(3,76% pour le personnel médical et 9,49% pour le personnel non médical)*[34]. À cela s'ajoute un taux de turn over moyen de 12,85% au niveau national et 13% dans la région Grand Est.

[33] *Édition 2022 du 8 novembre 2022*
[34] *Données des bilans sociaux des établissements de santé en 2021*

Ainsi, l'ensemble des acteurs s'entend depuis plusieurs années sur la nécessité d'améliorer la qualité de vie et les conditions de travail, d'accompagner la santé des professionnels et de réduire les contraintes de la charge médico-administrative et logistique des professionnels de santé.

Les actions que l'ARS Grand Est entend porter avec ses partenaires s'intègrent dans le cadre du Plan régional santé au travail 2021-2025[35] et dans l'enjeu collectif de durabilité que nous portons tous afin de développer la Responsabilité sociétale des établissements *(RSE)*.

Résultats attendus

Davantage de temps de soin aux soignants pour donner du sens au travail ;
Un accès aux services de santé au travail à tous les étudiants et professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice ;
Un programme d'actions de prévention de la violence faite aux soignants.

Principaux jalons

Santé des professionnels

- Intégration d'un axe spécifique pour les soignants dans le plan régional santé au travail ;
- Poursuite du partenariat régional avec l'association « *Soins aux professionnels de santé (SPS)* » avec la mise à disposition d'une ligne de soutien psychologique téléphonique et application mobile 24h/24 et de la prévention des risques psycho-sociaux ;
- Renforcement des actions de santé au travail pour les professionnels de santé avec le développement du suivi médical des professionnels de santé *(visites médicales, suivi psychologique, etc.)* y compris pour les professionnels libéraux ;
- Encouragement au maintien dans / en emploi, incluant la lutte contre l'usure professionnelle ainsi que la prise en compte des travailleurs en restriction d'aptitude et en situation de handicap et accompagnement du déploiement du fonds national mise en place de prévention de l'usure professionnelle des soignants.

Mise en place des actions de "*Qualité de vie au travail (QVT)*"

- Promotion d'actions d'égalité professionnelle dans le cadre du partenariat avec l'association *"Donner des ELLES à la santé"* ;
- Poursuite du déploiement des appels à candidature annuels type « Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail *(CLACT)* » négocié localement avec les professionnels et les représentants syndicaux ou « redonner du temps de soin au soignant » en fonction des besoins ;
- Poursuite du soutien aux actions QVCT dans le secteur médico-social en partenariat avec l'ARACT ;
- Création d'une maison des soignants, 1er lieu de ressourcement des professionnels ;
- Former les managers à tous les échelons à la mise en place de mode d'organisation plus collectifs et participatifs et à la prise en compte du travail sur « les irritants du quotidien ».

Innover

- Accompagnement de l'universitarisation et de la recherche ;
- Participation à l'innovation en formation.

[35] pst4.pdf (travail-emploi.gouv.fr)

DES ACTIONS CIBLÉES ET ADAPTÉES AUX TERRITOIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

L'ARS Grand Est, avec ses partenaires, déploiera des plans d'actions territoriaux permettant de répondre aux objectifs du schéma régional de santé en mobilisant :

L'ensemble des expertises régionales et territoriales ;
Les acteurs de santé avec lesquels l'ARS contractualise ;
Les opérateurs financés par l'ARS pour mettre en œuvre un axe prioritaire de politique publique de santé ;
Les parties prenantes, en paticulier les citoyens, qui participent activement au conseil national de la refondation *(CNR)* en santé et à la démocratie en santé.

LA MOBLISATION DES PARTENAIRES ET DES ACTEURS POUR DES PLANS D'ACTIONS TERRITORIAUX DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Dès la publication du schéma régional de santé 2023-2028, pour chacune des quatre priorités, l'Agence régionale de santé, en partenariat étroit avec ses partenaires au niveau régional et départemental et en associant les instances de la démocratie en santé, en particulier les conseils territoriaux de santé et les parties prenantes du CNR santé, définira un plan d'actions pluriannuel adapté à la configuration de chaque territoire et permettant d'atteindre les objectifs et les résultats fixés dans le schéma.

Ce plan d'actions territorial :

S'appuiera sur un diagnostic territorial *(principaux constats, forces-faiblesses-opportunités-vigilances du territoire)*, sur les propositions du conseil national de la refondation en santé, sur le bilan 2018-2022 du projet régional de santé, sur les enseignements de la crise sanitaire, et sur les situations de tension du système de santé.

Prendra en compte en particulier :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en veillant aux populations vulnérables ;
- Les contraintes fortes des ressources humaines en santé ;
- La nécessaire coordination organisationnelle et territoriale des acteurs ;
- Les investissements et les innovations en santé ;
- Le renforcement de la place des usagers et de l'éthique en santé ;
- La parole citoyenne ;
- Les enjeux transfrontaliers pour les territoires concernés.

Précisera, pour chaque action ou dispositif à déployer, le bon niveau géographique de mise en œuvre ;
Identifiera les partenaires, expertises, ressources, leviers nécessaires pour la mise en œuvre, l'échéancier et les modalités de déploiement notamment le vecteur de la contractualisation avec les partenaires ou avec les opérateurs de santé, et de la communication.

Des points d'avancement réguliers, par département, seront réalisés ainsi qu'un bilan annuel du niveau d'atteinte des objectifs et des résultats. Ces bilans seront partagés avec les partenaires au niveau régional et territorial dans le cadre de la gouvernance définie pour le suivi de la mise en œuvre du schéma régional de santé.

Résultats attendus

Des plans d'actions répondant aux objectifs du schéma régional de santé dans tous les territoires de la région ;
Une stratégie régionale sur les données et les études liées à la santé *(données de santé et de démographie des professionnels de santé)* co-construite avec les partenaires et mise à disposition des acteurs dans les territoires ;
Une animation et une mobilisation des conseils territoriaux de santé pour la mise en œuvre utilisant le levier des CNR ;
Une transparence des financements octroyés ;
Un bilan et une évaluation des actions/projets dont les résultats sont partagés avec les acteurs du territoire.

UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ASSOCIANT LES ACTEURS ET LES CITOYENS

L'ARS entend poursuivre dans la durée la mobilisation des parties prenantes du système de santé, et notamment les citoyens. Cette mobilisation concerne à la fois la gouvernance, la réflexion collective sur les pratiques et la participation du citoyen dans l'élaboration des parcours de santé.

La pérennisation du Conseil national de la refondation *(CNR)* en santé engagé en novembre 2022 a pour objectif d'entretenir un dialogue permanent et de proximité avec les différentes parties prenantes pour faire remonter les besoins, et suivre la mise en œuvre d'initiatives locales identifiées par les partenaires et les citoyens.

L'ARS souhaite renforcer la dynamique partenariale déjà engagée d'interconnaissance, de partage des expériences et des expertises entre les acteurs et les territoires à l'instar de la création du réseau des coordonnateurs de contrats locaux de santé et de projets territoriaux de santé mentale, et de l'organisation de journées régionales thématiques.

L'accent mis sur la prévention dans ce nouveau schéma, la nécessité de lutter contre les maladies chroniques mettent naturellement le citoyen au cœur de sa prise en charge et plus globalement du système de santé. Ainsi la démarche de responsabilité populationnelle, inscrite dans le code de la santé publique depuis 2019 et expérimentée en région Grand Est depuis plusieurs années, constitue un nouveau paradigme de prise en charge des maladies chroniques et de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs que l'ARS souhaite promouvoir. Cette vision innovante de la santé, au-delà des bénéfices attendus pour les patients, est porteuse d'une dynamique partenariale renouvelée dans les territoires entre les collectivités territoriales, les services de l'État, les organismes d'assurance maladie, les professionnels de santé et les citoyens. Dans cette perspective, le partage avec les acteurs de diagnostics territoriaux en santé régulièrement actualisés constitue une étape indispensable déjà engagée par l'ARS.

Résultats attendus

La pérennisation du CNR santé ;
L'organisation de journées régionales thématiques impliquant les acteurs sur des thématiques prioritaires dans l'optique de partage des pratiques et de mobilisation collective *(exemples : journée régionale sur l'obésité de l'enfant, etc.)* ;
La poursuite et le développement d'expérimentations sur la démarche de responsabilité populationnelle.

UN PARTENARIAT INDISPENSABLE AVEC LES ACTEURS DES POLITIQUES PUBLIQUES

La réussite de la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028 dépend de la capacité à porter collectivement les projets au plus proche des besoins de la population en établissant des partenariats avec l'ensemble des acteurs des politiques publiques.

En effet, l'articulation de la politique régionale de santé avec les autres politiques publiques est essentielle dès lors que les interventions sont inscrites dans une perspective de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et qu'est visée l'amélioration de l'accès à la santé des populations qui en sont les plus éloignées.

Il s'agit de définir conjointement avec les partenaires les priorités d'action dans les territoires, de mieux les cibler et de mettre en œuvre de manière concertée et complémentaire des moyens, notamment en matière de financements.

Ces partenariats doivent aussi permettre de prendre en compte l'impact sur la santé des politiques menées que ce soit en matière de transport, d'aménagement du territoire, de logement, d'éducation, d'environnement, d'emploi, etc.

Avec les collectivités territoriales, ce partenariat se traduit par un contrat local de santé *(CLS)*, institué par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Conclus entre les ARS et les collectivités territoriales *(article L1434-17 du code de la santé publique)*, les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et d'articulation avec les mesures locales préexistantes *(mises en place dans le cadre des « Ateliers Santé Ville » notamment)*. À cet égard, les CLS constituent les volets santé des Plans territoriaux de relance et de transition écologique *(PTRE)*, des contrats de ville ou de ruralité quand ils existent. L'objectif est d'aboutir à des contrats qui soient à la fois en adéquation avec les besoins du territoire et rapidement opérationnels. Parmi les priorités identifiées, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est abordée de manière récurrente dans les CLS signés en région Grand Est.

Afin d'une part, de renforcer le levier des contrats locaux de santé pour la mise en œuvre territoriale du schéma régional de santé et d'autre part, de faciliter le déploiement d'actions probantes, un socle thématique a été défini en lien avec les coordonnateurs de CLS autour de 4 axes et d'objectifs opérationnels à déployer prioritairement dans les CLS :

Axe n°1 : Environnements favorables à la santé

- Mobilité(s) favorables à la santé
- Formation des agents/élus de la collectivité à la santé environnementale ;
- Lutte contre les perturbateurs endocriniens ;
- Qualité de l'air intérieur/extérieur.

Axe n°2 : Offre de soins / Accès aux soins

- Promotion de l'exercice coordonné ;
- Déploiement des communautés professionnelles de santé ;
- Renforcement de l'accès aux soins pour les précaires ;
- Attractivité des territoires / installation des professionnels.

Axe n°3 : Santé mentale

- Mise en réseau des acteurs ;
- Développement des compétences psychosociales ;
- Cellule de repérage des situations complexes ;
- Relai des dispositifs prévention du suicide.

Axe n°4 : Prévention, promotion et éducation pour la santé

- Promotion du dépistage organisé du cancer ;
- Actions de lutte contre le tabac ;
- Promotion de l'activité physique et sportive ;
- Développement des compétences psychosociales des jeunes ;
- Renforcement de la vaccination.

Résultats attendus

Des conventions de partenariat avec les acteurs de politiques publiques ;
Une couverture de 100% de la population de la région par des contrats locaux de santé ;
Le déploiement du contrat socle pour les CLS signés ou en cours de signature ;
L'animation du réseau des coordonnateurs de CLS ;
Le suivi annuel du déploiement des actions ;
Une évaluation de certaines actions.

LA CONTRACTUALISATION, UN LEVIER PRIVILÉGIÉ DE MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

La mise en œuvre de certains objectifs des priorités du schéma régional de santé pourra faire l'objet d'une contractualisation ou d'un conventionnement :

Avec les opérateurs financés par l'Agence régionale de santé, notamment l'IREPS, l'ORS, PULSY, etc. ;
Avec les partenaires institutionnels de l'ARS, notamment l'Éducation nationale, les services de l'État, Pôle emploi, la CARSAT, la ligue contre le cancer, etc. ;
Avec les collectivités territoriales dans le cadre de contrats locaux de santé ;
Avec les établissements, représentants des professionnels de santé dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens *(CPOM, contrat territorial en santé mentale)*, de leur projet de santé, du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, etc.

La contractualisation avec les opérateurs financés par l'ARS

Résultats attendus

Contractualisation avec l'ensemble des opérateurs, au plus tard fin 2024, sur la base du schéma régional de santé publié ;
Publication d'un bilan annuel des actions engagées ;
Évaluation / audit de l'atteinte des objectits assignés à chaque opérateur et de l'efficience de leur mise en œuvre d'ici la fin du SRS en 2028.

La contractualisation avec les établissements, les structures de santé, etc.

La dynamique de contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens sera poursuivie et renforcée.

Avec les établissements de santé : pour les établissements de santé publics, en particulier, ces contrats prennent en compte le projet médical partagé défini par le groupement hospitalier de territoire auquel appartient l'établissement de santé ;
Avec les établissements et services médico-sociaux : généralisé au sein de ces établissements depuis le 1er janvier 2017, le CPOM promeut l'évolution de l'offre médico-sociale dans une logique de parcours ;
Avec les acteurs de la prévention, et toute structure de santé portant des projets répondant à la politique régionale de santé ;
Avec les représentants des professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, des contrats territoriaux en santé mentale sont conclus avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre du projet territorial en santé mentale *(PTSM)* ayant pour objet de :

Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Résultats attendus

Validation des 12 projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire ;
Signature des 10 contrats territoriaux en santé mentale ; animation du réseau des coordonnateurs de projets territoriaux en santé mentale ;
Suivi annuel du déploiement des actions et évaluation à l'horizon 2028.

LES LEVIERS DE L'ARS GRAND EST POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU SRS 2023-2028

LE PARTAGE DES DONNÉES ET LA TRANSPARENCE

L'action territoriale doit s'appuyer sur des données territorialisées, mises à jour régulièrement et partagées avec les acteurs. Les sources de données disponibles pour effectuer des diagnostics de territoires, connaître l'activité des services de santé ou suivre la mise en œuvre d'une politique de santé sont foisonnantes. Le secteur de la santé ne manque pas de données mais ces données sont parfois difficilement accessibles, ou difficilement exploitables. L'ARS Grand Est fait le constat d'un déficit de pilotage intégré de la donnée.

Or, ce pilotage et ce partage de la donnée sont essentiels pour suivre l'action au quotidien, mieux anticiper les difficutés et prévoir les besoins de santé.

Aujourd'hui les données sont notamment accessibles :

Si elles figurent dans des bases existantes (données de mortalité, données sur les séjours hospitaliers (PMSI), données sur les soins de ville, données sur les parcours de soins (SNDS), sur les professionnels de santé (Adeli, RPPS)) ;
Si elles font déjà l'objet d'enquêtes effectuées régulièrement (par exemple sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou pour personnes avec handicap (ES HANDICAP), sur les établissements sanitaires (SAE)) ;
Si elles sont recueillies au titre du suivi d'une politique *(par exemple concernant le dépistage organisé des cancers)*.

Elles peuvent aussi nécessiter la réalisation d'enquêtes ad hoc dont il faut déterminer le champ, la maille géographique pertinente, la périodicité, etc.

Elles peuvent également être mises à disposition au travers d'outils existants en interne et par nos partenaires dont parmi eux :

Les observatoires cartographiques : ATLASANTE et ses observatoires *(SIRSE et Cartosanté)*, la statistique locale de l'INSEE, GEODES, etc.
Sur les déterminants de santé : l'outil Data pathologies, développé par l'Assurance maladie avec une cartographie annuelle des pathologies et les dépenses associées par région et département en data visualisation et Open data.

De nombreuses instances contribuent à la qualité et au maintien des données. L'amélioration continue des sources des données est un enjeu de fiabilité statistique mais également un gage de pertinence des décisions qui découlent de l'analyse des bases de données disponibles.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du schéma régional de santé 2023-2028 s'appuiera sur un pilotage par la donnée à travers un outil intégré qui sera mis à disposition des acteurs de chaque territoire, à l'échelle départemental.

Cet outil comportera :

Un diagnostic territorial actualisé à partir des bases de données existantes ;
Un tableau de bord d'avancement des plans d'action territoriaux validés ;
Un tableau de bord des tensions du système de santé ;
Une interface utilisateur permettant la diffusion d'enquêtes ad-hoc et leur archivage afin de capitaliser les données ainsi recueillies.

Mis à disposition des acteurs de santé par l'ARS, l'outil de pilotage intégré de la donnée de santé en Grand Est sera partagé par les délégations départementales, à périodicité régulière, aux acteurs de santé, notamment dans le cadre des CNR et des CTS.

Résultats attendus

Déploiement de l'outil régional de pilotage de la donnée.

Principaux jalons

Mise en place d'un comité technique pour élaborer un cahier des charges ;
Publication du cahier des charges ;
Choix de la solution, développement et/ou paramétrage de l'outil choisi ;
Tests et déploiement sur quelques territoires expérimentateurs.

L'INNOVATION

L'innovation en santé peut être diagnostique, thérapeutique, technologique, numérique, organisationnelle ou comportementale. Elle contribue à l'amélioration du système de santé au bénéfice des usagers.

La politique régionale d'innovation en santé soutenue par l'ARS Grand Est vise à accompagner la transformation du système de santé. Issues des territoires, les innovations qui font l'objet d'un accompagnement par l'ARS Grand Est répondent aux priorités de santé. Elles ont pour finalité l'émergence et la diffusion d'initiatives technologiques ou de pratiques organisationnelles dont l'impact sur les territoires de la région Grand Est fait l'objet d'une évaluation.

Le dispositif de soutien à l'innovation promu par l'ARS Grand Est se veut au bénéfice de l'évolution des pratiques et des usages, en réponse aux besoins des usagers et professionnels, via des expérimentations ou des preuves de concept. L'objectif est d'accompagner, d'appuyer et de soutenir les initiatives et projets : l'innovation en santé s'appuie sur l'expérience et la créativité des promoteurs de terrain.

Partant d'une idée nouvelle et d'une initiative de quelques porteurs, le chemin est long jusqu'à l'intégration de cette innovation dans le droit commun, son adoption par d'autres professionnels et usagers, sa diffusion dans d'autres territoires. Pour favoriser ce cheminement, le modèle de l'expérimentation s'est imposé comme un dispositif

transitoire indispensable de concrétisation et de maturation d'un projet. Ainsi, deux types de leviers opérationnels sont mobilisables :

Au niveau national, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Ce dispositif permet de déroger à des règles de financement de droit commun. L'ARS Grand Est et l'Assurance maladie accompagnent la construction du projet avec le porteur de projet en lien avec les équipes nationales. En 2023, 27 expérimentations sont en cours de déploiement en Grand Est. L'ARS participe également au déploiement de dispositifs nationaux en région comme le programme territoires d'innovation, en région il s'agit de *« E-Meuse santé »* et de *« Territoire de santé de demain »* ;
Au niveau régional, l'ARS Grand Est a instauré un fonds innovation doté de 5 M€ annuels pour soutenir des projets innovants, complémentaires au dispositif national. Elle contribue également au développement d'actions régionales en Grand Est avec le Conseil régional, la Préfecture de région et l'Assurance maladie. Ainsi, elle soutient plusieurs expérimentations *(OPTIMISTE qui vise à améliorer la qualité des soins après une chirurgie, le projet de déploiement d'équipes mobiles de ressources et d'appui aux patients atteints de sclérose en plaques, la mise en place d'un Centre de ressources et d'expertise en psycho pharmacologie Grand Est, ou le projet DAUM pour fluidifier l'accès aux services d'urgence en analysant le comportement des utilisateurs multiples).*

À horizon 2028, les enjeux portent sur la poursuite et le renforcement de cette politique d'innovation, en synergie avec les acteurs institutionnels, afin d'assurer un soutien toujours plus opérationnel à l'innovation au bénéfice de l'amélioration du système de santé en réponse aux besoins et propositions des professionnels et des usagers.

Résultats attendus

Réduction des délais d'instruction d'une demande de soutien à l'innovation ;
Accompagnement et financement d'au moins deux nouvelles innovations par département ;
Bilan et évaluation des innovations déployées.

LE DROIT DE DÉROGATION DE L'ARS

Le décret du 8 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé va permettre d'adapter les règles nationales aux besoins et aux spécificités du territoire dans une logique de simplification administrative. Il sera ainsi désormais possible pour les ARS de déroger à la réglementation en vigueur lorsque cela permettra d'alléger les démarches administratives, de réduire les délais de procédure ou de favoriser l'accès aux aides publiques. Ce droit de dérogation sera activé au cas par cas, en réponse à un besoin particulier et à des circonstances locales, pour débloquer une situation, accélérer une procédure, simplifier une démarche, et lorsque l'intérêt général le justifie.

Ce droit de dérogation pourra s'appliquer dans les domaines suivants :

L'organisation de l'observation de la santé dans la région ainsi que de la veille sanitaire, en particulier du recueil, de la transmission et du traitement des signalements d'événements sanitaires ;

La définition, le financement et l'évaluation des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ;
L'évaluation et la promotion des formations des professionnels de santé ;
Les autorisations en matière de création et d'activités des établissements de santé, des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ;
La répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale ;
L'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
La mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

Résultats attendus

Mobilisation, si nécessaire, du droit de dérogation pour la mise en œuvre des priorités du SRS 2023-2028 ;
Évaluation annuelle de l'impact de l'utilisation du droit de dérogation en Grand Est.

LES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS ET LES ÉQUIPEMENTS

Dans de nombreux domaines, les axes d'amélioration passent par l'acquisition, le déploiement et/ou le renouvellement d'équipements, la création de nouveaux services et de nouvelles structures pour mailler la région de manière optimale. Ces aspects sont précisés dans le chapitre sur l'offre de soins.

Les projets d'investissement immobilier sanitaires et médico-sociaux sont souvent des projets d'envergure qui engagent des choix structurants à long terme. Ils doivent s'inscrire dans la Stratégie Régionale d'Investissement en Santé et répondre aux priorités suivantes :

Mettre les usagers et les professionnels au cœur de la réflexion ;
Reposer sur un projet global ouvert à son environnement et en réponse aux besoins du territoire et des enjeux du PRS ;
S'inscrire dans des logiques de gradations des soins, de diversification et d'adaptabilité de l'offre ;
Être économiquement soutenables et porter une organisation performante.

Les projets à privilégier sont des projets globaux, ancrés sur leur bassin de vie et s'inscrivant dans une stratégie territoriale de l'offre.

À ce titre, ils se doivent d'être coconstruits avec l'ensemble des acteurs du territoire, dans une logique partenariale, décloisonnée et de proximité.

Ces projets peuvent et doivent s'appuyer sur l'ensemble des ressources nationales et régionales qui leur sont mis à disposition :

- Référentiels et publications du Conseil national d'investissement en santé *(CNIS)* ;

- Travaux du laboratoire des solutions de demain de la CNSA ;
- Référentiels, publications et dispositifs d'accompagnement de l'ANAP ;
- Organisation, modalités et outils mis en œuvre par les équipes de l'ARS dans le cadre de l'accompagnement, l'instruction, le suivi et l'évaluation de projets d'investissements, en lien avec le Conseil régional d'investissement en santé *(CRIS)* et plus particulièrement son comité des experts.

La démarche ainsi engagée en région Grand Est par l'ARS permet d'accompagner et de soutenir durablement les investissements structurants de nos territoires et ce au-delà de l'enveloppe Ségur.

Pour mémoire, les fonds mobilisés dans le cadre du Ségur, au titre de la restauration des capacités financières, des investissements du quotidien et de projets immobiliers structurants ont permis en 2021 de soutenir 149 établissements sanitaires et médico-sociaux pour un montant de 2 milliards d'€.

Résultats attendus

Mise en œuvre des projets immobiliers validés dans le cadre de la démarche initiée au titre du Ségur de la santé.

LA MOBILISATION DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Pour mener ses actions dans les territoires, l'agence régionale de santé mobilise d'importants moyens financiers. L'allocation de ressources aux acteurs de la santé quel que soit leur statut *(public, privé, associatif)*, leur mode d'exercice *(libéral, salarié)* et leur domaine d'intervention (*prévention, sanitaire, médico-social)* est une mission centrale des ARS.

Le Fonds d'intervention régional *(FIR)*, créé en 2012 et dont la gestion a été confiée aux agences régionales de santé, est un levier financier au service de la stratégie régionale de santé et de la transformation du système de santé. Les dépenses FIR au 31 décembre 2022 pour la région Grand Est s'élevaient ainsi à 425,1 M€.

Pour les cinq ans à venir, l'ARS orientera le FIR vers la poursuite de la transformation du système de santé en adéquation avec les orientations de la stratégie nationale de santé, et notamment vers les actions répondant aux quatre priorités fixées dans le schéma régional de santé 2023-2028.

L'ARS va poursuivre sa politique de soutien à l'innovation et la territorialisation de son action en continuant notamment à identifier des enveloppes départementales gérées au plus près du terrain par les délégations territoriales de l'ARS, et en ciblant ses financements par priorités et leviers du schéma régional de santé 2023-2028.

LA COMMUNICATION

L'élaboration d'une stratégie de communication sur cinq ans va permettre de faire vivre le schéma régional de santé, tant dans sa mise en œuvre que dans la valorisation des résultats.

Sur le premier volet, la communication de l'Agence régionale de santé a pour objectif de soutenir le déploiement des quatre priorités de santé en proposant des outils de communication pédagogiques et innovants comme la vidéo, le web- marketing, la communication digitale en fonction des projets afin de sensibiliser les publics cibles.

La valorisation des résultats des dispositifs issus des 4 priorités reposera sur un plan de communication qui accordera une place prépondérante aux témoignages des acteurs *(élus, professionnels de santé, partenaires)* et bénéficiaires des actions menées, pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, qu'il conviendra de médiatiser par différents canaux de communication.

PARTIE 3 : L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE

CONSTATS ET ENJEUX

La structuration des soins de proximité, souvent première étape du parcours de soins, repose sur la bonne coopération entre les professionnels de santé du secteur ambulatoire. Elle doit s'articuler avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale afin de garantir l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire de la région. Elle reste une des conditions de réussite de l'approche globale au plus près des patients dans le cadre de leur parcours de santé, de soins et de vie. La structuration des soins de proximité intégrant l'organisation de l'accès aux soins non programmés est majeure afin de prévenir le renoncement aux soins et ainsi éviter les ruptures de parcours.

En région Grand Est, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins restent encore marquées et l'offre de premier recours fragilisée en raison des évolutions de la démographie médicale en région *(cf. données démographiques à horizon 2030 dans le chapitre « Ressources humaines en santé »)*, avec des départs en retraite prévus dans les trois ans estimés de plus de 30% et en parallèle une augmentation des besoins notamment liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques.

L'accès aux soins est particulièrement problématique dans les zones sous dotées en médecins, où les patients rencontrent des difficultés à obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant, quand ils en ont un, et encore plus à un spécialiste. Ces difficultés augmentent lorsque le patient ne peut se déplacer et lorsqu'il s'agit de soins non programmés urgents.

Pour combattre les inégalités territoriales dans l'accès aux soins et faire face aux évolutions défavorables de la démographie médicale, l'action de l'ARS s'est articulée en Grand Est de 2018 à 2022 autour de :

La mobilisation des dispositifs d'aides à l'installation pour renforcer l'implantation de professionnels dans les zones définies comme fragiles et sur la promotion des protocoles de coopération ;
Le déploiement des structures d'exercice coordonné pour renforcer l'attractivité des territoires et favoriser une meilleure coordination clinique *(Équipes de soins primaires (ESP), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé (CdS))* et territoriale *(Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Plateformes territoriales d'appui (PTA), puis Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)) ;*
La diversification de l'offre de soins non programmés de premier recours pour permettre une gradation des urgences et un renforcement du lien ville/hôpital.

Dès novembre 2022, les concertations s'étant tenues à l'occasion du Conseil national de la refondation *(CNR)* dans son volet « santé » ont rappelé certains constats confortant l'ARS dans ses actions engagées et ont également mis en lumière :

Les inégalités d'accès aux soins entre territoires ;
La problématique de réponse aux soins non programmés ;
Une répartition hétérogène des professionnels de santé sur le territoire et un manque global de temps médical, conduisant à des difficultés d'accès aux médecins traitants et aux spécialistes.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

C'est dans cette perspective que l'ARS Grand Est projette de déployer ses actions selon 4 axes prioritaires stratégiques, à horizon 2028 de :

- Renforcer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé ;
- Faciliter l'accès aux professionnels de santé sur l'ensemble des territoires ;
- Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés ;
- Structurer la coordination territoriale.

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°1 : Poursuivre la politique de soutien à l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles

Afin de favoriser l'installation de professionnels de santé libéraux dans les zones sous-denses de la région Grand Est, l'ARS repère les territoires fragilisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins : c'est le zonage. Cette cartographie permet d'identifier les zones où des mesures d'aides seront mobilisées *(aides conventionnelles, aides de l'État, aides fiscales, contrat de début d'exercice).* Dans le but de répondre au mieux aux besoins des territoires, une évaluation à mi-parcours du zonage médecins actuel *(publié en juillet 2022)* sera menée sur 2023 et 2024 avant une réactualisation de sa cartographie. D'autres zonages seront également actualisés d'ici 2028, notamment celui des orthophonistes, des infirmiers, sage-femmes et masseurs kinésithérapeutes. Par ailleurs, l'ARS portera également son attention à la définition de zones fragiles en officine, territoires où l'accès au médicament pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante.

Dans ce cadre, l'ARS met en place des aides à l'installation ou au maintien d'activité, complémentaires aux mesures conventionnelles, à l'aide du Fonds d'intervention régional *(FIR).*

Principaux jalons

Évaluation et révision des zonages pour garantir leur pertinence tout en veillant à maintenir une visibilité pour les professionnels ;
Évaluation et, le cas échéant, adaptation des aides FIR spécifiques.

Objectif n°2 : Soutenir administrativement les professionnels de santé aux étapes clés de leur parcours professionnel

La loi de financement de la sécurité sociale de 2023 a prévu la création d'un guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé. Ce guichet unique pourrait également avoir pour objet de faciliter les démarches des professionnels pour l'obtention d'aides et d'accompagner les politiques dédiées aux soignants. Sa mise en œuvre, pilotée par l'ARS et l'Assurance maladie, nécessitera une concertation à l'échelle de chaque département impliquant les représentants des professionnels de santé et les élus.

Le guichet unique s'articulera avec les outils et démarches déjà mis en place en région tels que le PAPS, Portail d'accompagnement des professionnels de santé : https://www.grand-est.paps.sante.fr/, les journées de l'installation des médecins libéraux *(JIML)* destinées aux internes en médecine générale et spécialités, externes, remplaçants thésés. Le guichet unique bénéficiera également de la préexistence de GEMINSTAL *(Grand Est Médecins INSTALIation)*, dispositif dédié aux étudiants en médecine, aux internes et aux jeunes médecins de toutes spécialités dès l'internat, qui propose un accompagnement personnalisé et individuel pour la construction et la mise en œuvre de leur projet professionnel, adapté à leurs besoins.

Principaux jalons

Déploiement d'un guichet unique départemental sur l'ensemble de la région ;
Évaluation du dispositif Geminstal.

Objectif n°3 : Développer et accompagner la structuration de l'exercice coordonné

Garant d'une activité enrichissante, sécurisée et offrant de meilleures conditions de travail aux professionnels de santé, l'exercice coordonné se développe. Ce mode de travail confère un réel bénéfice pour la population à travers une prise en charge coordonnée des patients et par ailleurs, permet par ses modalités organisationnelles de fidéliser les professionnels sur un territoire. Le modèle du médecin exerçant isolément dans son cabinet devient peu à peu minoritaire face à une progression du travail en équipe *(maisons de santé pluri professionnelles (MSP), centres de santé (CdS) et équipes de soins primaires (ESP)*.

L'ARS Grand Est propose aux porteurs de projet une aide à la méthodologie sur différents volets, pour leur faciliter la tâche. Elle finance également des postes de chargés de missions, à la fois au sein de la FEMAGE et des URPS, pour proposer un soutien personnalisé au plus près des professionnels de santé de la région. Elle peut également octroyer un financement qui permet de soutenir la création de la structure *(ESP, MSP, CdS et CPTS),* de manière complémentaire au Conseil régional, qui mène également une politique de soutien aux professionnels de santé. L'ARS Grand Est veille à associer les élus, les usagers et les représentants des professionnels de santé à ces actions à travers les comités de labellisation des projets et les contrats locaux de santé ; autant de gages d'une dynamique globale de renforcement de l'attractivité de la région pour les professionnels de santé.

Enfin, s'agissant des centres de santé, l'ARS veillera à la mise en œuvre de la procédure spécifique aux activités dentaires et ophtalmologiques, désormais soumises à agrément, selon la loi n°2023-378 du 19 mai 2023.

Principaux jalons

Finalisation du déploiement des CPTS sur l'ensemble de la région avec une couverture à 100% ;
Soutien au déploiement des MSP dans le cadre de l'objectif national fixé à 4000 MSP d'ici 2027 ;
Poursuite du déploiement des ESP de phase 1 et phase 2, à hauteur de de 25 et 15 ESP/an ;
Poursuite du soutien des CdS pluriprofessionnels et polyvalents ;
Mise en œuvre de la procédure d'agrément des CdS dentaires et ophtalmologiques.

AXE PRIORITAIRE N°2 : FACILITER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°1 : Déployer les assistants médicaux

Le métier d'assistant médical est un nouveau métier du domaine de la santé. Le rôle des assistants médicaux est de seconder le médecin dans ses différentes tâches journalières :

Alléger le quotidien du médecin ;
Assister le médecin durant la phase de préconsultation ;
Améliorer le suivi et la prise en charge du patient ;
Assurer la coordination des équipes.

Le déploiement des assistants médicaux relève de l'action de l'Assurance maladie et sera soutenu par l'ARS, en lien avec les collectivités territoriales et les représentants des professionnels de santé, notamment à travers la création de groupements d'employeur ou la recherche de locaux immobiliers. Leur recrutement doit permettre de libérer du temps médical et donc d'accueillir 10% de patients supplémentaire. En 2023, les démarches administratives ou tailles des locaux peuvent être des freins majeurs à leur déploiement.

Principaux jalons

Soutien au déploiement des assistants médicaux via la création de groupement d'employeur ou la recherche de locaux immobiliers, en lien avec les partenaires

Objectif n°2 : Développer la délégation de tâches dans le cadre des protocoles de coopération et accompagner l'évolution des métiers

Le développement des structures d'exercice coordonné *(ESP, MSP, CdS, CPTS)* garantit sur le territoire des modes de prise en charge innovants, définis en concertation et intégrant par principe la coopération interprofessionnelle. Celle-ci assure une libération de temps médical et favorise les rapprochements.

Les protocoles de coopération sont un outil d'adaptation des pratiques, pour premettre un accès plus rapide et plus adapté à une prise en charge par un professionnel de santé qui n'est pas nécessairement le médecin, tout en respectant un haut niveau de qualité et de sécurité pour les patients. Aujourd'hui, des professionnels s'engagent dans cette démarche avec plus de cent équipes déployant des protocoles de coopération nationaux en Grand Est.

Par ailleurs, de nouveaux modèles voient le jour à travers le déploiement des IPA, favorisant une coordination forte entre les professionnels. D'autres professionnels tels que les pharmaciens ou les sage-femmes ont également vu leurs missions s'élargir, les incitant à s'inscrire encore davantage dans ces démarches interprofessionnelles.

Ainsi, les pharmaciens sont particulièrement impliqués dans la réponse aux demandes de soins non programmés, en tant qu'acteurs du premier recours comme l'a mis en évidence l'enquête réalisée en Grand Est, en partenariat avec l'URPS.

L'ARS souhaite soutenir ces initiatives en lien avec l'Assurance maladie en proposant un cadre d'accompagnement incitatif.

Principaux jalons

Poursuite de la communication auprès des professionnels concernant les protocoles de coopération ;
Mise en place d'un accompagnement financier des protocoles locaux de coopération ;
Valorisation des initiatives mises en place sur le terrain par les professionnels ;
Incitation au dialogue interprofessionnel concernant les nouveaux métiers et nouvelles compétences.

Objectif n° 3 : Mobiliser la télémédecine pour conforter l'accès aux soins

Dans un contexte d'inégal accès aux soins, les avancées technologiques actuelles peuvent répondre à la problématique de démographie médicale et faciliter ainsi la vie des professionnels de santé et des patients. La télémédecine se doit aujourd'hui de faire partie du panel de solutions proposées à la population. En effet, elle offre un gain de temps pour les praticiens, pour les patients et notamment pour les moins mobiles d'entre-eux. À travers elle, il est désormais possible de monitorer les pathologies chroniques, les phases de pré ou post hospitalisation. Elle favorise un accès rapide aux spécialistes. Elle facilite l'activité en réseau des médecins.

Les innovations technologiques ne sont pas accessibles à tous et demandent parfois un accompagnement que propose aujourd'hui la feuille de route télémédecine. Toutefois, l'ARS souhaite définir en complément un cadre d'expérimentation qui pourrait porter sur :

La valorisation financière des téléassistants ;
L'appui et la sécurisation aux centres dédiés de télémédecine ;
L'appui au déploiement d'équipes mobiles de télémédecine ;
La dérogation aux règles de remplacement d'un infirmier ;
Le forfait d'incitation à la réalisation d'actes de télémédecine.

Pour chacun de ces cadres d'expérimentation, il sera nécessaire de préciser les moyens financiers, mobiliers et immobiliers pouvant être mobilisés ainsi que les conditions de mises en œuvre. Ces cadres d'expérimentation pourront être déployés sur la base d'un appel à manifestation d'intérêt régional.

Principaux jalons

Mise en place d'un appel à manifestation d'intérêt permettant de fixer un cadre d'expérimentation favorisant le déploiement de la télémédecine.

AXE PRIORITAIRE N°3 : GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Objectif n°1 : Réviser l'organisation de la prise en charge des soins aux horaires de permanence des soins ambulatoires *(PDSA)*

L'accès à la santé exige également de pouvoir répondre aux demandes imprévisibles, en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Cette réponse doit être rapide et adaptée à chaque demande, 24 heures sur 24. Si elle relève parfois du simple conseil, elle peut nécessiter l'intervention de l'aide médicale urgente ou l'orientation vers un médecin de garde. En dehors des heures de fonctionnement du Service d'accès aux soins *(SAS)*, on parle alors de permanence des soins ambulatoires *(PDSA)*.

La PDSA est organisée dans le cadre d'un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé. La permanence des soins ambulatoires médicale est une organisation de l'offre de soins, qui permet de maintenir sur l'ensemble du territoire, la continuité, la permanence et l'égalité d'accès aux soins pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux. Elle doit par ailleurs s'incrire dans les orientations de l'amélioration de l'accessibilité aux soins non programmés *(priorité n°4 du SRS)*.

Compte tenu des évolutions actuelles et des tendances démographiques, ce cahier des charges doit aujourd'hui être révisé et s'articuler avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des soins non programmés mais également des demandes de soins urgents, relevant de l'ambulatoire comme de l'hospitalier. Le cahier des charges devra tenir compte de chaque organisation territoriale à travers des annexes départementales, écrites à la lumière des organisations retenues sur le SAS, la PDSES, les hôpitaux de proximité, mais également la présence potentielle de maison médicale de garde *(MMG)*.

Principaux jalons

Révision du cahier des charges régional de la PDSA en définissant des lignes directrices communes qui permettront une déclinaison territoriale adaptée

Objectif n°2 : Adapter la réponse des transports sanitaires aux nouvelles organisations

La réforme de la garde et des transports sanitaires urgents a permis de renforcer l'organisation et la réponse des entreprises de transport sanitaire privées lorsqu'elles interviennent à la demande du service d'aide médicale d'urgence *(SAMU)*. Mise en place début juillet 2022, cette réforme s'appuie sur la coordination SAMU *(Service d'aide médicale urgente)* / SDIS *(Service départemental d'incendie et de secours)* et ATSU *(Association départementale des transports sanitaires Urgents)* pour permettre au SAMU de mobiliser les ambulanciers privés

en journée, alors qu'ils n'étaient jusqu'ici en charge de la garde ambulancière que la nuit *(20h-8h)*, le week-end et les jours fériés.

Par ailleurs, la réponse aux demandes de soins non programmés n'est aujourd'hui plus du ressort unique de l'hôpital mais s'articule avec le milieu ambulatoire. Afin de permettre cette prise en charge, les transports sanitaires sont désormais autorisés, sur demande du SAMU et selon une liste des structures établie par l'ARS, à accompagner un patient vers une structure ambulatoire en capacité de la recevoir.

Principaux jalons

Évaluation de la mise en œuvre de la réforme et le cas échéant procéder aux adaptations nécessaires ;
Identification des structures ambulatoires pouvant accueillir des soins non programmés sur demande du SAMU.

AXE PRIORITAIRE N°4 : STRUCTURER LA COORDINATION TERRITORIALE

Objectif n°1 : Renforcer le développement de la coordination et de la coopération entre les acteurs de soins de proximité dans une logique de responsabilité territoriale et de gradation des soins

Les CPTS constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins spécifiques d'un bassin de population. Elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé. Les hôpitaux de proximité ont pour mission d'apporter un appui aux CPTS pour répondre aux besoins de la population. Leur action peut notamment se traduire par :

Des modalités d'accès direct à l'hospitalisation ;
La mise à disposition du plateau technique aux professionnels de premier recours ;
La mise en place de protocoles communs de prise en charge de certaines pathologies.

La gouvernance de ces établissements concrétise la coordination ville-hôpital par la participation des CPTS à leurs instances. Dans les faits, d'autres établissements de santé s'inscrivent également dans cette relation ville-hôpital en faveur des parcours patients et cette dynamique doit être valorisée et encouragée.

Principaux jalons

Valorisation des organisations probantes du lien entre CPTS et établissements de santé ;
Mise en place d'un appel à projet pour accompagner les démarches structurantes ville-hôpital.

Objectif n°2 : Soutenir la coordination des parcours complexes des usagers

Le système de santé est aujourd'hui confronté à un phénomène sans précédent de vieillissement de sa population mais également de développement de maladies chroniques. La complexité des prises en charge, requérant toujours plus de technicité et de compétences spécifiques, devient un défi majeur. Pour y répondre, les professionnels sont accompagnés dans leur coordination, dans les liens tissés entre la ville et l'hôpital ou professionnels de premier et de second recours.

Confrontés à des situations médico-sociales de plus en plus complexes, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux peuvent également s'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination *(DAC)*. En Grand Est, ils sont désormais au nombre de neuf et ont pour mission :

D'assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels en concertation avec le médecin traitant ;
De contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux personnes et à leurs aidants ;
De participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé en identifiant les ruptures de parcours et en analysant les besoins du territoire en matière d'offre.

Afin de leur permettre d'assurer ces missions, l'ARS doit contractualiser avec chaque DAC pour la mise en œuvre de projets labélisés et de leur suivi. L'enjeu sera d'évaluer la qualité du service rendu et l'impact de ces dispositifs sur la qualité des parcours mais également d'harmoniser les pratiques et les modes de financement entre les territoires. Ceux-ci devront s'articuler avec les Centres de ressources territoriaux *(CRT)* dont la mission est de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile. Ils visent également à accompagner les professionnels en charge de leur accompagnement par une mission d'appui.

L'amélioration des parcours peut également nécessiter pour certaines pathologies complexes un appui d'expertise et de formation des professionnels de santé du premier recours. À cette fin, les Dispositifs d'expertise régionaux *(DER)* ont pour missions de :

Concevoir et organiser l'accessibilité aux ressources et à la formation experte sur la thématique ;
Contribuer à l'animation, la coordination et la fédération des acteurs sur la thématique ;
De manière facultative, accompagner le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Principaux jalons

Contractualisation avec l'ensemble des DAC et poursuivre les travaux d'harmonisation régionale ;
Accompagnement de la structuration de DER au regard des besoins identifiés.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE

L'élaboration du schéma régional de santé doit comporter les objectifs quantifiés de l'offre de soins *(OQOS)* visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité soumise à autorisation énumérés aux articles R 6122-25 et R 6122-26 du code de santé publique.

Ainsi, et pour chaque activité de soins et par zones présentées ci-après, les OQOS sont définis en termes d'implantation, par un minimum et un maximum. Ces OQOS viennent, ainsi, préciser par activité de soins, les créations, les transformations ou regroupements nécessaires venant répondre aux besoins de la population sur le territoire de manière à couvrir l'intégralité du territoire pour la région Grand Est.

Ces OQOS s'inscrivent dans un cadre rénové, la majorité des activités de soins ont été soumises à une refonte, au 1er juin 2023, de leurs conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement. Ils seront également amenés à être modifiés en fonction des évolutions législatives et réglementaires non publiées à ce jour.

Le maillage de l'offre de soins qui en ressort a pour ambition de construire une réponse complète, répondant à l'exigence de sécurité, adaptée et graduée aux besoins de santé identifiés tout en ayant une vigilance particulière garantissant, en lien avec la commission spécialisée de l'offre de soins de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, la non dispersion des ressources humaines en santé sur le territoire.

Ces OQOS sont donc le fruit et la déclinaison de la réflexion menée dans le cadre des travaux d'élaboration du SRS à l'aune des textes connus à date. Ce cadre étant récent et pour une partie, non encore totalement abouti, le choix d'une certaine stabilité a été fait pour les activités déjà existantes. Des choix plus volontaristes ont été faits lorsque le cadre évoluait fortement. Pour orienter son action, l'agence régionale de santé s'est appuyée sur des diagnostics territoriaux, co-construits avec les experts de l'activité de soins concernée et, sur cette base, sur une analyse des besoins de soins en Grand Est.

Ainsi, ces évolutions de l'offre de soins sont inscrites dans un contexte de refonte majeure du régime des autorisations dont les impacts règlementaires ont été analysés à l'aune de l'activité réalisée dans la région Grand Est. De ce fait, ce schéma se veut souple et pourra faire l'objet de révision en fonction des futures évolutions réglementaires et au regard de l'activité et des besoins de la région. Le schéma régional de santé sera en toute logique révisé sur le périmètre pour lequel le cadre réglementaire évoluera et s'adaptera à toute évolution devenue nécessaire.

L'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ainsi que l'exigence de qualité et de sécurité dans l'intérêt des patients ont été les lignes directrices permettant la détermination de ces objectifs quantifiés. L'organisation de la prise en charge doit être abordée dans une logique de territoire, elle doit intégrer le principe de mise en œuvre d'équipes territoriales, portant le parcours de soins du patient, pilotées par le centre de référence ou de recours.

Par ailleurs, l'agence régionale de santé a pris en considération l'ensemble des spécificités du territoire en questionnant pour la définition des OQOS à la fois les besoins de la population ainsi que les spécificté territoriales. À ce titre, 486 communes de la région Grand Est sont concernées par la loi dite *"Montagne"* qui rappelle la nécessité d'intégrer dans la réflexion les éléments liés aux spécificités géographiques et plus spécifiquement l'accès aux

soins urgents et l'évacuation des blessés dans ces territoires au regard de la démographie et de l'activité saisonnière.

DES ZONES D'IMPLANTATION DIFFERENCIÉES SELON LES ACTIVITÉS DE SOINS

La délimitation des zones d'implantation, périmètre géographique des implantations des activités de soins et équipements soumis à autorisation, concourt à garantir, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, la gradation des soins, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité des prises en charge, ainsi que l'efficience de l'offre de soins.

Le périmètre géographique, arrêté en juin 2018, des zones d'implantation repose sur **deux niveaux géographiques** :

- Le niveau de **référence** *(délimitation de la région Grand Est en 12 zones d'implantation)*

Permet l'accès à une offre de premier recours : consultations médicales et paramédicales, laboratoire de biologie médicale, pharmacie, imagerie, permettant notamment la prise en charge régulière d'une pathologie chronique, le retour à domicile des patients le souhaitant.

- Le niveau de **recours** *(délimitation de la région Grand Est en 3 zones de recours)*

Assure les prises **en charge les plus spécialisées**, requérant les techniques les plus sophistiquées et des pratiques les plus avancées.

Afin de prendre en compte l'évolution des textes de la majorité des activités de soins et équipements lourds soumis à autorisation, ainsi que les activités de soins relevant, jusqu'à la publication du décret du 26 avril 2022[36], des schémas interrégionaux d'organisation des soins, un troisième niveau géographique de répartition des implantations est retenu :

Le niveau **régional** (délimitation régionale en 1 zone correspondant au territoire de la région Grand Est)

Assure des prises en charges **hautement spécialisées** pour les activités dont le périmètre est restreint, la spécialisation médicale rare et les activités limitées.

Le niveau de référence

Afin d'organiser les activités de soins du niveau de référence, la maille géographique de base pour la définition du périmètre géographique des zones d'implantation correspond aux territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire.

[36] *Décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé*

En tant que niveau principal de mise en œuvre de la planification sanitaire, la délimitation de leur périmètre doit répondre à deux impératifs :

Elles doivent avoir une réalité en termes de structuration de l'offre sanitaire, c'est-à-dire qu'elles doivent tenir compte des habitudes actuelles de consommation en soins de la population basées notamment sur les flux hospitaliers.
Elles doivent permettre d'organiser une offre de soins cohérente et graduée.

Ainsi, 12 zones d'implantation pour le niveau de référence ont été retenues en 2018, dont les limites géographiques correspondent à celles des territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire de la région Grand Est.

Pour le GHT « 21/52 » partagé avec la région Bourgogne Franche Comté, l'ARS Grand Est reste compétente pour la planification au sein du territoire relevant de la région Grand Est soit le sud de la Haute-Marne. La réflexion en termes de planification doit cependant intégrer les filières mises en œuvre avec l'établissement support, le CHU de Dijon, et l'offre complémentaire qu'il peut proposer.

Zone d'implantation n°1 *« Nord Ardennes »* ;
Zone d'implantation n°2 *« Champagne »* ;
Zone d'implantation n°3 *« Aube et Sézannais »* ;
Zone d'implantation n°4 *« 21-52 »* ;
Zone d'implantation n°5 *« Cœur Grand Est »* ;
Zone d'implantation n°6 *« Lorraine Nord »* ;
Zone d'implantation n°7 *« Sud Lorraine »* ;
Zone d'implantation n°8 *« Vosges »* ;
Zone d'implantation n°9 *« Moselle Est »* ;
Zone d'implantation n°10 *« Basse Alsace Sud Moselle »* ;
Zone d'implantation n°11 *« Centre Alsace »* ;
Zone d'implantation n°12 *« Haute Alsace ».*

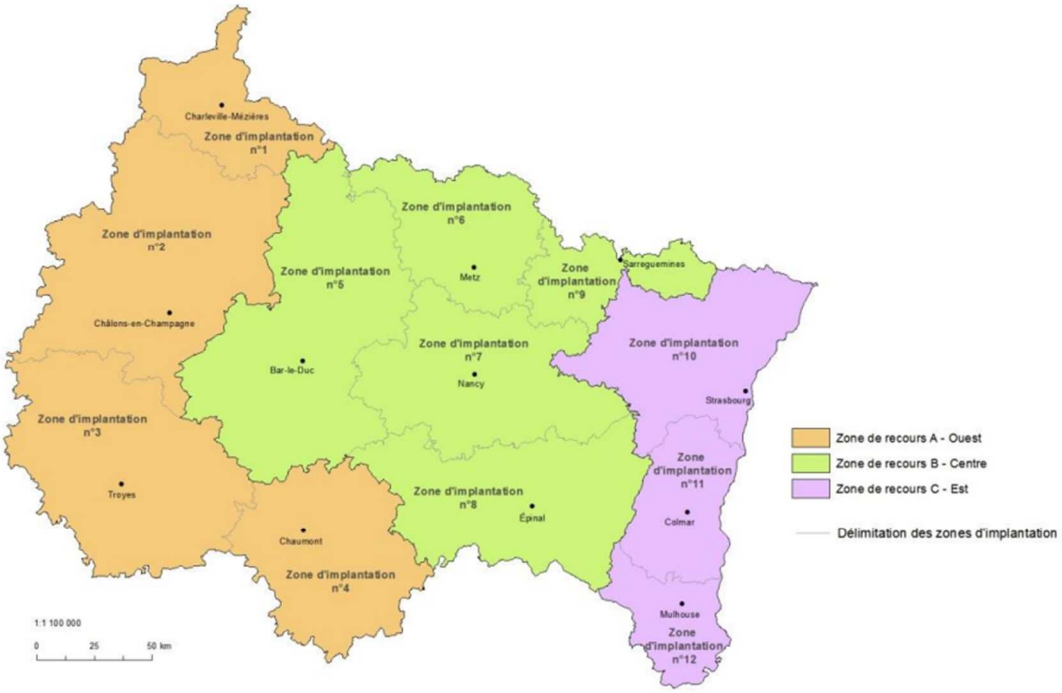
Carte n°1 : Délimitation des zones d'implantation de référence, arrêté ARS n°2018/2101 du 18 juin 2018

Le niveau de recours

Un second niveau de zonage, qualifié de recours, regroupe plusieurs zones d'implantation du niveau de référence. Il comprend une offre de soins très spécialisée, requérant les techniques les plus sophistiquées et des pratiques les plus avancées. Trois zones de recours ont ainsi été retenues en juin 2018 :

Zone de recours A - Ouest
Zone de recours B - Centre
Zone de recours C – Est

Carte n°2 : Délimitation des zones d'implantation de recours, arrêté ARS n°2018/2101 du 18 juin 2018



Le niveau de régional

Ce niveau assure des prises en charges **hautement spécialisées** pour les activités dont le périmètre est restreint, la spécialisation médicale rare et les activités limitées.

La répartition des activités de soins et équipements soumis à autorisation par niveau de zones *(référence, recours, régional)*

Tableau récapitulatif des activités de soins autorisées et EML	Zone de référence	Zone de recours	Zone régionale
MEDECINE	X		
CHIRURGIE			
> adulte	X		
> pédiatrique	X		
> bariatrique	X		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE			
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	X		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	X		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	X		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)		X	
PSYCHIATRIE			
> adulte	X		
> enfant et adolescent	X		
> périnatale	X		
> soins sans consentement	X		
SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION			
> polyvalent	X		
> gériatrie	X		
> locomoteur	X		
> système nerveux	X		
> cardio-vasculaire	X		
> pneumologie	X		
> système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	X		
> conduites addictives	X		
> brûlés		X	
> pédiatrie	X		
> Cancer - oncologie	X		
> Cancer - oncologie et hématologie		X	
MEDECINE NUCLEAIRE			
> mention A	X		
> mention B		X	
SOINS DE LONGUE DUREE	X		
GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES *(à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L.162-30-5 du code de la sécurité sociale)*			
> adultes			
> Rein		X	
> Pancréas			X
> Rein-Pancréas			X
> Foie			X
> Intestin			X
> Cœur			X
> Poumon			X
> Cœur-Poumon			X
> Cellules souches hématopoïétiques			X
> enfants			
> Rein			X
> Pancréas			X
> Rein-Pancréas			X
> Foie			X
> Intestin			X
> Cœur			X
> Poumon			X
> Cœur-Poumon			X
> Cellules souches hématopoïétiques			X
TRAITEMENT DES GRANDS BRULES			
> adultes			X
> enfants			X
CHIRURGIE CARDIAQUE			
> adulte		X	
> pédiatrique			X

Tableau récapitulatif des activités de soins autorisées et EML	Zone de référence	Zone de recours	Zone régionale
ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE			
Rythmologie interventionnelle			
> mention A	X		
> mention B	X		
> mention C		X	
> mention D		X	
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	X		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie			
> mention A		X	
> mention B			X
NEUROCHIRURGIE			
> socle		X	
> neurochirurgie fonctionnelle cérébrale		X	
> neurochirurgie pédiatrique		X	
> radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			X
ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE			
> mention A : thrombectomie mécanique		X	
> mention B : ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie		X	
MEDECINE D'URGENCE			
> SAMU	X		
> SMUR	X		
> SMUR pédiatrique	X		
> structure des urgences	X		
> antenne de médecine d'urgence	X		
> structure des urgences pédiatriques	X		
SOINS CRITIQUES			
Soins critiques adultes			
> réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	X		
> soins intensifs polyvalents dérogatoires	X		
> soins intensifs de cardiologie	X		
> soins intensifs de neurologie vasculaire	X		
> soins intensifs spécialisés de soins de rééducation post réanimation (SRPR)		X	
> soins intensifs spécialisés d'hépato-gastro-entérologie (HGE)		X	
> soins intensifs spécialisés en infectiologie		X	
> soins intensifs spécialisés respiratoires		X	
> soins intensifs spécialisés en chirurgie cardiaque		X	
> soins intensifs spécialisés de néphrologie		X	
> soins intensifs d'hématologie		X	
Soins critiques pédiatriques			
> soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	X		
> réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant		X	
> réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant		X	
> soins intensifs pédiatriques d'hématologie		X	
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE PAR EXPURATION EXTRARENALE			
> hémodialyse en centre pour adultes	X		
> dialyse médicalisée	X		
> autodialyse	X		
> dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	X		
> hémodialyse en centre pour enfants		X	
ACTIVITES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL			
AMP			
> préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	X		
> activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	X		
> conservation des embryons en vue d'un projet parental	X		
> recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	X		
> préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	X		
> conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	X		
> conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	X		
> prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	X		
> prélèvement de spermatozoïdes	X		
> transfert des embryons en vue de leur implantation	X		
> prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	X		
> mise en œuvre de l'accueil des embryons	X		
> activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	X		
> prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	X		
DPN			
> examens de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	X		
> examens de génétique moléculaire	X		
> examens en vue du diagnostic des maladies infectieuses	X		
> examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	X		
> examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	X		
> examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		X	

Tableau récapitulatif des activités de soins autorisées et EML	Zone de référence	Zone de recours	Zone régionale
TRAITEMENT DU CANCER			
Chirurgie oncologique			
A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	X		
A2 : chirurgie oncologique thoracique	X		
A3 : chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	X		
A4 : chirurgie oncologique urologique	X		
A5 : chirurgie oncologique gynécologique	X		
A6 : chirurgie oncologique mammaire	X		
A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	X		
B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	X		
B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	X		
B3 : chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	X		
B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	X		
B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	X		
C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de 18 ans		X	
Radiothérapie externe, curiethérapie			
A : radiothérapie externe chez l'adulte	X		
B : curiethérapie chez l'adulte	X		
C : **radiothérapie externe** chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte)		X	
C : **curiethérapie** chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte)		X	
Traitements médicamenteux systémiques du cancer			
A - TMSC chez l'adulte	X		
B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	X		
C - TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours		X	
EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES			
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	X		
> Analyses de génétique moléculaire	X		
HOSPITALISATION A DOMICILE			
> socle	X		
> réadaptation	X		
> ante et post partum	X		
> enfants de moins de trois ans	X		
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE			
> mention A	X		
> mention B	X		
> mention C		X	
> mention D		X	
EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS			
> Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	X		
> Caisson hyperbare		X	
> Cyclotron à utilisation médicale			X

DES PRINCIPES D'ORGANISATION ET LES OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS

MÉDECINE

L'activité de médecine, bien qu'étant soumise à autorisation, ne disposait pas de textes relatifs à ses conditions de fonctionnement et/ou d'implantation avant la réforme des autorisations. Le périmètre en est le suivant :

« L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé. »

Ainsi, l'activité de soins comprend :

La médecine adulte ;
La pédiatrie *(enfants et adolescents)*, hors néonatologie.

La prise en charge en soins palliatifs est de fait incluse ; elle bénéficie à ce stade d'une reconnaissance contractuelle.

1. État des lieux de l'activité

Situation sociodémographique régionale

La démographie des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région est similaire au national, avec toutefois des disparités infra régionales. La Haute Marne et les Vosges, suivis de la Meuse et de l'Aube, sont les territoires les plus vieillissants de la région. En effet, ils enregistrent une part des 75 ans et plus supérieure à 10% *(vs 9,4 pour le national et 9,3 pour le Grand Est)*. Par ailleurs, l'indice de vieillissement de ces départements est particulièrement marqué.

Dans les années à venir, la tendance est à la hausse de la population âgée de 65 ans ou plus, avec une augmentation marquée pour les personnes de 75 ans ou plus. En effet, selon les projections de l'Insee, en 2030, près de 23% de la population française seraient âgés de 65 ans ou plus *(dont plus de la moitié aurait 75 ans et plus)*. L'allongement de l'espérance de vie et la baisse du taux de natalité expliquent cette augmentation et l'inversion de la pyramide des âges. Ainsi, en parallèle, les maladies chroniques augmentent, représentant une problématique majeure et un enjeu de santé publique.

Concernant les indicateurs de pauvreté, il existe des différences selon les territoires du Grand Est. Les départements des Ardennes et de l'Aube sont particulièrement marqués par un taux de pauvreté élevé *(respectivement 18,9% et 16,2% vs 14,8% en Grand Est et 14,4% pour la médiane nationale)*. Ils sont suivis par la Meurthe-et-Moselle, les Vosges et la Moselle avec un taux avoisinant les 15%. Il est à rappeler que la pauvreté fait partie des facteurs de risque de renoncement aux soins.

Situation épidémiologique

Situation nationale

En 2019, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les patients hospitalisés en MCO, étaient les maladies de l'appareil digestif, puis les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. En pédiatrie *(avant l'âge de 15 ans)*, les maladies de l'appareil respiratoire représentaient le motif d'hospitalisations le plus courant *(dans 18% des cas)*.

Par ailleurs, il est à souligner la sur-représentation des patients en affection longue durée *(ALD)* pour une maladie chronique parmi les personnes hospitalisées. En effet, en 2016, ils représentaient 43% des patients hospitalisés en MCO.

Situation régionale

Le Grand Est enregistre des taux de mortalité supérieurs au national. Concernant les mortalités par cancer, le taux régional enregistre un écart positif avec le taux national. Il est à souligner que l'on constate une surmortalité dans la région, en comparaison du national notamment en lien avec les pathologies diabétiques *(écart de 40,9%)*.

Concernant la mortalité prématurée, définie par la survenue d'un décès avant l'âge de 65 ans, elle est également supérieure dans le Grand Est en comparaison du national. En effet, le taux standardisé de mortalité prématurée est de 182 pour 100 000 habitants pour la région versus 176 pour la France. Par ailleurs, on observe un gradient Est - Ouest avec des taux de mortalité prématurée plus faibles dans l'Est de la région.

Offre de soins régionale

Médecine de ville

La densité de médecins généralistes libéraux actifs sur le territoire varie selon les départements avec de fortes différences. Certains territoires sont en effet bien dotés en offre ambulatoire comme le Bas-Rhin *(densité 99,6 médecins pour 10 000 habitants)* ou encore la Meurthe-et-Moselle *(91,1)* ou la Marne *(85,5)*, en comparaison du national *(77,6)*. À l'inverse l'Aube *(61,6)*, la Haute Marne *(65,5)* et la Meuse *(66,4)* comptabilisent une offre plus clairsemée. Par ailleurs, la Haute Marne enregistre une part élevée de médecins généralistes libéraux de plus de 60 ans *(36% vs 32% France et Grand Est)*. Il est à souligner que l'évolution du nombre de médecins généralistes libéraux est négative pour quasi tous les départements du Grand Est entre 2015 et 2021. Le Bas-Rhin est le seul département enregistrant une évolution positive.

Hospitalier

Au 31/12/22, à l'échelle du Grand Est, 143 autorisations d'activité de soins de médecine sont en vigueur :

- 97 concernent l'hospitalisation complète *(HC)* et l'hospitalisation partielle *(HDJ)* ;
- 30 concernent l'hospitalisation complète seule ;
- 16 concernent l'hospitalisation partielle seule.

Par ailleurs, il existe 29 hôpitaux de proximité labélisés au 1er avril 2023 dans le Grand Est.

Concernant le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée de médecine *(y compris la pédiatrie),* pour 1000 habitants, les données se situent pour la plupart des départements entre 1,8 et 2,3 lits entre 2016 et 2021, pour une moyenne nationale *(France hexagonale)* à 1,9. Le territoire de l'Aube est le seul département avec un taux d'équipement inférieur au national et régional avec 1,4 à 1,5 lits. Cette tendance se confirme pour les taux d'équipement en lits de pédiatrie *(Aube : moyenne à 0,5 lits pour 1 000 enfants de moins de 16 ans vs 0,7 pour le national et le Grand Est).* Il est à noter que la Meuse est également sous dotée en lits de pédiatrie *(0,3 en 2019 à 2021)*.

2. Analyse du besoin

Entre 2017 et 2021, le taux de recours standardisé de la région Grand Est, en nombre de séjours, a diminué, se rapprochant du taux national *(à interpréter avec précaution au vu de l'impact de la crise sanitaire en 2020 et 2021)*.

Globalement, on observe que le taux de recours des zones d'implantation (ZI) 1 et 4 à 11, est supérieur au taux de recours national. La ZI 2 a un taux proche du national. Seules deux ZI ont un taux de recours inférieur au national *(ZI 3 et 12)*. La ZI 9 quant à elle dispose du taux de recours le plus important en comparaison du national.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins

Les principes d'organisation de l'offre de soins retenus s'inscrivent dans une volonté de :

Poursuivre la gradation de l'offre de soins sur la région en développant une offre de proximité en médecine proposant des prises en charge en médecine polyvalente avec un appui des établissements du territoire pour la médecine spécialisée *(ressources en tension)*, s'appuyant notamment sur le développement de la télémédecine. Par ailleurs, l'intégration d'un axe hôpital de proximité dans les projets médicaux partagés constitue un levier qui permet d'ouvrir une réflexion entre les acteurs, en lien avec le positionnement de l'établissement, son intégration dans les filières territoriales et le soutien des autres établissements du groupemennt hospitalier de territoire dans la réalisation de ses missions ;
Développer l'hôpital de jour pour les hôpitaux de proximité.

Une réflexion devra être menée sur les petits capacitaires, pouvant remettre en cause la continuité des soins et la qualité et sécurité des prises en charge patients ; ce sera un point de vigilance dans l'instruction des dossiers.

CHIRURGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

Le contour de l'activité de soins de chirurgie soumise à autorisation est précisé par l'article R. 6123-201 du CSP :

« L'activité de soins de chirurgie mentionnée au 2° de l'article R. 6122-25 consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins, à l'exception des actes relevant dfes activités mentionnées aux 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13° et 21° du même article. »

La pratique de la chirurgie couvre cinq types d'activité relevant chacune d'une planification et d'une autorisation spécifique :

Chirurgie de l'adulte : pour les patients de 15 ans et plus *(à l'exception de deux dérogations)*

Une seule autorisation permet la pratique de 11 Pratiques thérapeutique spécifiques *(PTS)* ;
L'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle n'est pas exigée du titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie lorsque les actes correspondant à l'activité de soins de radiologie interventionnelle sont réalisés par un chirurgien dans le secteur interventionnel.

Chirurgie pédiatrique : La chirurgie pédiatrique devient une chirurgie à autorisation indépendante de l'autorisation de la chirurgie d'adulte. Elle concerne les enfants de moins de 15 ans, avec quelques exceptions : en cas de besoin ou selon la situation clinique de l'enfant, le titulaire de l'autorisation de chirurgie pédiatrique peut prendre en charge des enfants entre 15 et 18 ans, si pathologie pédiatrique spécifique (polyhandicap, malformation, suivi pédiatrique pour maladie chronique) pour ces spécialités.

L'activité de soins de chirurgie *(adulte et pédiatrique)* ne couvre pas la chirurgie bariatrique, la chirurgie cardiaque, et la neurochirurgie, qui font l'objet d'une analyse spécifique.

La séparation de la chirurgie adulte de la chirurgie pédiatrique modifie le paysage sanitaire chirurgical par :

La précision, pour la première fois, de l'âge de l'enfant de 0 à moins de 15 ans ;
La sortie des enfants de 0 à moins de 15 ans des services de chirurgie classique ;
Le maintien, par dérogation, de la prise en charge des certaines urgences chirurgicales *(viscérale, ortho-traumatologie, urologie, et gynécologie),* pour des enfants de 3 à moins de 15 ans dans les services de chirurgie adultes ;
La réintégration des jeunes de 15, 16 et 17 ans dans les services de chirurgie adulte.

1. État des lieux de l'activité et analyse du besoin

Chirurgie adulte

Le nombre total des séjours chirurgicaux produits dans la région Grand Est approche les 500 000 séjours en 2022.

Trois ZI se distinguent par un taux de recours en nombre de séjours pour 1 000 habitants supérieur aux taux régional *(91,5)* et national *(91,1)* : ZI 2 Champagne *(114,3)*, ZI 7 *(142,8)* et ZI 10 *(104,7)*, en lien avec une attractivité de ces ZI, correspondant aux grands centres urbains. À l'inverse, les taux les plus faibles (<60) sont constatés dans les ZI 1, ZI 4 et ZI 9.

Le taux de prise en charge en ambulatoire dans la région Grand Est en 2022 *(57,6%)* est proche du taux national *(58,5%)*, avec des disparités entre les ZI *(de 48,7% en ZI 1 Nord Ardennes à 63,4% en ZI 4 « 21-52 »)*.

Chirurgie pédiatrique

Une baisse de nombre de séjours de chirurgie pédiatrique *(0 à 15 ans)* est constatée entre 2014 et 2022 de 19% en France, et de 26% dans la région Grand Est.

En moyenne, dans la région Grand Est, la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 15 ans représente environ 25 000 séjours par an, soit 5,1% de la prise en charge chirurgicale totale.

Le taux de recours dans la région Grand Est est de 5,2 séjours pour 1000 habitants, contre 6 en moyenne nationale. Les taux par département se situent entre 4,6 *(Meuse)* et 5,5 *(Aube)*.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Chaque ZI a été étudiée selon 5 critères pour évaluer le nombre d'autorisations dans le cadre de l'OQOS à attribuer, avec un seuil minimal et un seuil maximal d'autorisation :

1. Le nombre d'autorisations existant, et l'historique de l'évolution de l'offre sanitaire ;
2. Le nombre de séjours chirurgicaux pour 1 000 habitants ;
3. L'évolution de l'activité chirurgicale sur la ZI entre 2014 et 2022 ;
4. Le nombre de séjours chirurgicaux des enfants entre 0 et 15 ans ;
5. Le taux de chirurgie ambulatoire, et la possibilité d'accompagnement dans la prise du virage ambulatoire.
6.
7. Par ailleurs, et pour la chirurgie ambulatoire, cette modalité de prise en charge devra être développée, le cas échéant en envisageant des organisations innovantes, et les titulaires d'autorisation devront s'inscrire dans une démarche de développement.

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Avant réforme des autorisations : il s'agit d'une activité de chirurgie digestive sans autorisation spécifique pour les actes de chirurgie bariatrique.

Après réforme des autorisations

L'activité de soins de chirurgie bariatrique mentionnée au I de l'article R. 6123-2022 du CSP consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité au moyen des interventions chirurgicales fixées par arrêté du ministre en charge de la santé *(arrêté du 29 décembre 2022)*. L'autorisation implique une équipe pluridisciplinaire définie, une spécificité de la prise en charge pré opératoire et l'organisation du suivi du patient sur le long terme.

1. État des lieux de l'activité

La chirurgie bariatrique (et ses indications) doit s'intégrer dans un parcours de prise en charge des obésités complexes. Les Centres spécialisés de l'obésité *(CSO)* ont un rôle récent d'animer les filières territoriales de prise en charge *(Feuille de route nationale 2019-2022)*.

La chirurgie bariatrique est une chirurgie programmée après une prise en charge pré opératoire optimale pouvant s'étendre idéalement sur une durée de 12 mois, idéalement au sein d'une filière de soins spécifique des obésités complexes portée par les Centres spécialisés de l'obésité *(CSO)*. Quatre CSO sont labellisés en Grand Est.

La mise en place de l'autorisation et les engagements du titulaire en ce qui concerne le parcours de soins associé ont pour objectif de permettre d'améliorer la qualité et la pertinence de la chirurgie bariatrique dans l'arsenal thérapeutique de l'obésité complexe.

La Haute Autorité de Santé, préconise des conditions de réalisation de l'acte qui doivent mobiliser une équipe multi disciplinaire autour de l'évaluation, la concertation, et le suivi du patient dans le parcours de prise en charge de l'obésité morbide.

En Grand Est, seulement cinq sites font l'objet d'une labellisation « critères qualité » réalisée par la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques. La mise en place d'une autorisation et les éléments de doctrine quant aux conditions de fonctionnement constituent un levier pour la qualité, la sécurité et la pertinence des soins.

2. Analyse du besoin

Évolution épidémiologique

L'obésité massive représente la cible de la chirurgie bariatrique. L'indication opératoire est discutée en cas d'IMC *(Indice de Masse Corporelle)* ≥ 40 kg/m2 ou d'IMC ≥ 35 kg/m2 associé à des comorbidités *(hypertension artérielle, diabète de type 2, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose invalidante, etc.)*.

La dernière enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la ligue contre l'obésité conclut à un taux estimé de 17% d'adultes présentant une obésité en 2020 en France *(contre 10% en 2000)*. La région Grand Est reste la deuxième région la plus touchée avec un taux estimé de 20,2% des adultes ayant une obésité.

Évolution thérapeutique vers une « chirurgie métabolique »

Un possible élargissement de la population visée dans les cinq ans à venir est possible au regard des réflexions en cours concernant l'obésité modérée. L'élargissement de l'indication des actes de chirurgie bariatrique ferait passer la population cible actuelle de 3,5% des adultes à 5,5%.

Approche par l'analyse de l'évolution de la consommation de soins par zone d'implantation de l'activité de soins

La population cible de la chirurgie bariatrique est âgée de 18 à 64 ans. Il existe une disparité de taux de recours selon les zones de recours.

Avec 3 406 actes consommés par la population domiciliée en Grand Est en 2022 contre 4 803 en 2017, le recours régional a diminué de 29% sur la période. Sur la même période, le taux de recours moyen national a diminué de 27%. Cette tendance peut au moins en partie être en lien avec les démarches nationale et régionale d'amélioration de la pertinence des actes, en lien avec l'assurance maladie, ainsi que la crise COVID.

Le taux de recours moyen régional se situe en 2022 au niveau de la moyenne nationale, ce qui masque des disparités infra régionales : un taux de recours d'environ 10% supérieur à la moyenne nationale dans les zones de recours A et C, et de 10% inférieur à la moyenne nationale dans la zone de recours B.

Zones d'implantation de référence	Nb d'établissement réalisant des actes de chirurgie bariatrique au 31/12/2022	Nb d'établissement n'atteignant pas le seuil de 50 actes au 31/12/2022
ZI 1 - Nord Ardennes	1	0
ZI 2 - Champagne	3	1
ZI 3 - Aube et Sézannais	3	1
ZI 4 - "21-52"	0	0
ZI 5 - Cœur Grand Est	2	2
ZI 6 - Lorraine Nord	5	0
ZI 7 - Sud Lorraine	3	0
ZI 8 - Vosges	0	0
ZI 9 - Moselle	2	0
ZI 10 - Basse Alsace Sud Moselle	8	2
ZI 11 - Centre Alsace	2	1
ZI 12 - Haute Alsace	2	1
TOTAL	**31**	**8**

L'attractivité

Le taux de fuite en dehors de la région est stable sur les dernières années, autour de 7,5% : essentiellement vers les régions voisines Ile-de-France *(IDF)*, Bourgogne Franche-Comté *(BFC)* et de façon très sporadique les Hauts de France (HDF). À noter que 75% des actes réalisés au bénéfice des habitants de la partie Grand Est de la ZI 4 sont réalisés dans la partie BFC de cette ZI.

Le taux d'attractivité est également relativement stable, autour de 8% en 2022 *(actes réalisés en région pour des patients ne résidant pas en Grand Est)*, au bénéfice de patients résidant dans les trois régions limitrophes Ile-de-France, Bourgogne Franche-Comté, Hauts-de-France.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

L'autorisation de la modalité « chirurgie bariatrique », ne peut être accordée que si :

le titulaire dispose d'une autorisation sous la modalité « chirurgie pratiquée chez des patients adultes » ;
et de la pratique thérapeutique spécifique « chirurgie viscérale et digestive ». Lorsque le titulaire prend en charge des enfants, il dispose d'une autorisation sous la modalité « chirurgie pédiatrique » ;
Médecins spécialisés en chirurgie viscérale et digestive justifiant d'une expérience dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, dont au moins un médecin justifiant d'une formation universitaire dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, c'est-à-dire a minima, un chirurgien avec formation universitaire en chirurgie bariatrique et un chirurgien avec expérience de la pratique en chirurgie bariatrique.

Le premier critère lié à l'autorisation est la capacité de l'établissement à disposer des ressources et compétences nécessaires comme d'une organisation du parcours du patient en pré et post-opératoire. En effet, la chirurgie bariatrique est une chirurgie nécessitant un suivi pré-opératoire d'au moins 12 mois, et un suivi post-opératoire à vie, dans le contexte d'une équipe multi disciplinaire et pluri professionnelle dans le cadre d'un parcours de soins. Cela nécessitera une modification du fonctionnement de certains sites pour obtenir l'autorisation.

Le second critère est le seuil minimal de 50 actes qui n'est pas atteint actuellement par 8 sites géographiques *(26%)* sur 31 réalisant actuellement cette chirurgie ; ces 8 sites réalisent en 2022 moins de 8% de l'activité produite en région.

Principes élaborés en région, structurés en termes de gradation des soins

L'offre de chirurgie bariatrique est essentiellement portée par une offre privée. Il n'y a pas de gradation de l'offre, tous les établissements réalisant les quatre groupes d'actes faisant l'objet du périmètre de l'autorisation.

L'offre actuelle est en capacité d'absorber l'augmentation prévisionnelle d'activité liée à la progression de l'obésité, notamment chez les 19-44 ans. Cependant, le déploiement potentiel à venir d'une indication thérapeutique plus large des actes de chirurgie bariatrique *(« chirurgie métabolique »)* nécessite de prévoir à l'horizon 2028 une progression possible du nombre d'implantations pour obtenir un minimum d'un site par ZI ; pour le cas particulier de la ZI 21/52 *(n°4)*, la réflexion en termes de planification intègre le lien avec le CHU de Dijon dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

L'activité de chirurgie bariatrique sous-entend une certaine proximité pour le suivi ainsi que pour la répartition des implantations, ce qui justifie le zonage au niveau des zones d'implantation de référence.

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

Actuellement, l'activité de gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale se décompose comme ceci :

Gynécologie obstétrique : participation à la prise en charge des grossesses, identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ; réalisation de l'accouchement et des soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ; réalisation du suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.
Néonatalogie : surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatologie.
Réanimation néonatale : surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Concernant l'autorisation d'obstétrique, l'activité minimale annuelle est de 300 accouchements, sauf dérogation.

L'activité de soins gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale ne comprend pas les soins critiques adultes et pédiatriques *(relèvent de l'activité « soins critiques »).*

Les maternités sont organisées en quatre types d'établissements, correspondant à trois niveaux de spécialisation :

les maternités de type 1, équipées uniquement d'une unité d'obstétrique ;
les maternités de type 2 : type 2A avec un service de néonatologie ou de type 2B avec un service de soins intensifs néonatals ;
les maternités de type 3 : unités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale.

1. État des lieux de l'activité

Données démographiques

La région Grand Est connait une diminution du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans entre 2014 et 2019, en moyenne régionale de -3,2 points, plus ou moins marquée selon les ZI *(de -0,2% pour la ZI 10, à -9,5% pour la ZI 5)*.

En 2021, le taux de natalité était de 9,5 naissances pour 1000 habitants en Grand Est *(vs 11,3 en 2013)* et de 10,7 en France métropolitaine *(vs 12,2 en 2013)*.

Le nombre de naissances domiciliées était de 53 113 en Grand Est en 2021, en baisse de 15% par rapport à 2014 *(vs -9% au niveau national sur la même période). Source : Insee, Etat civil – 2021*

Indicateurs de santé périnatale

En matière de périnatalité, les indicateurs disponibles démontrent une marge de progression conséquente, tant au niveau national que régional, pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

Nouveau-nés, enfants

Au niveau national, le taux de mortinatalité hospitalière total est globalement stable depuis 2014, avec en 2021 un taux de 8,9 décès pour 1000 naissances. À noter une baisse ponctuelle en 2019 *(8,5 décès pour 1000 naissances)*.

Les taux de mortinatalité spontanée et relatif aux interruptions médicales de grossesse sont respectivement de 5,5 et 3,4 pour 1000 naissances. En région Grand Est, l'évolution de la mortinatalité présente des valeurs proches de celles du national en 2020.

Le taux de prématurité se stabilise en métropole en 2021 après avoir baissé de 0,17 point de 2018 à 2020 pour les naissances vivantes : 6,7% des enfants nés vivants naissent prématurément en 2021 en France métropolitaine. En France, la prématurité concerne plus d'une grossesse multiple sur deux.

S'agissant des grossesses uniques, **le Grand Est présente le taux de prématurité le plus élevé en 2021** parmi les régions de France métropolitaine avec 5,8 *(vs 5,2 pour la métropole)*.

Or la prématurité peut être à l'origine de complications chez l'enfant, faisant nécessiter une prise en charge dans un établissement adapté à l'âge gestationnel afin de réduire les impacts. La diminution des « **outborn** » *(naissance d'un nouveau-né prématuré au sein d'une maternité de niveau inadéquat, définie dans le cadre de la gradation des soins en périnatalité)* est donc un indicateur à suivre concernant la santé des nouveau-nés.

Par ailleurs, la prématurité constitue un facteur de risque important de survenue de **troubles du neuro développement**.

Femmes en ante et post-partum

La dernière enquête nationale sur les **morts maternelles** *(ENCMM)* publiée en 2021, sur des données de 2013-2015, met en évidence :

10,8 décès maternels pour 100 000 naissances (262 décès survenus entre 2013 et 2015, jusqu'à un an après l'accouchement) ;
Des décès probablement ou possiblement évitables dans 57,8% des cas et des soins considérés comme étant non optimaux dans 2/3 des cas ;
Les deux principales causes de mortalité qui sont les **pathologies cardiovasculaires et les suicides**, avec la nécessité de mieux prendre en compte ces éléments dans la prise en charge et le suivi des femmes ;
Un risque de décès maternel augmentant à partir de 30 ans chez les femmes ;
Une mortalité plus élevée chez les femmes migrantes par rapport aux femmes nées en France.

Des comparaisons régionales ont été effectuées sur les naissances vivantes, dans le cadre de l'ENP 2021. Des différences statistiquement significatives ont été retrouvées pour la région Grand Est par rapport à la métropole, faisant apparaitre une marge de progression concernant certains indicateurs :

Femmes en situation d'**obésité** : 16,9% en Grand Est *(contre 14,4% en métropole)* ;
Réalisation d'un **entretien prénatal précoce (EPP)** : 33% en Grand Est *(contre 36,5% en métropole*) ;
Allaitement maternel exclusif ou mixte à la sortie de maternité : 66,2% en Grand *Est (contre 69,7% en métropole)*.

Concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG), en 2020, 14 182 IVG ont été réalisées auprès de patientes résidant en région Grand Est *(contre 15 012 IVG en 2019 soit une baisse de 5,5%, suivant la tendance nationale)*.12% de ces IVG ont eu lieu hors d'un établissement de santé *(contre 29% en France métropolitaine)* selon la méthode médicamenteuse *(+6 points par rapport à 2017, suivant la tendance nationale)*. Les IVG médicamenteuses en ville se sont particulièrement développées en Champagne-Ardenne *(1 IVG sur 4 de patientes ardennaises et 1 IVG sur 5 de patientes marnaises sont réalisées hors établissement).*

Les patientes mineures représentent 3% des femmes résidant dans le Grand Est ayant recours à l'IVG en 2020 *(contre 4.4 % en 2016)*. Ce chiffre est à la baisse en France métropolitaine comme sur chacun des territoires du Grand Est.

La contraception constitue également un enjeu majeur de santé publique périnatale, notamment en termes de prévention des grossesses non désirées.

État des lieux de l'offre

Ces dernières années ont été marquées par des tensions grandissantes en matière de **ressources humaines en santé**, avec des inégalités territoriales quant à la densité des praticiens intervenant en périnatalité, aux niveaux libéral et hospitalier.

En effet, si le nombre de sage-femmes libérales a augmenté entre 2017 et 2022 dans tous les départements du Grand Est, la tendance inverse est observée pour les médecins généralistes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens libéraux, dont le nombre est globalement en baisse sur la région, à l'instar du niveau national.

Au 31/12/2022, la répartition territoriale des **40 maternités du Grand Est** était la suivante :

Type 1, équipées uniquement d'une unité d'obstétrique *(**16** dans la région)* ;
Type 2 : type **2a** avec un service de néonatologie *(**9** en Grand Est)* ou de type **2b** avec un service de soins intensifs néonatals *(**10** en Grand Est)* ;
Type 3 : unités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale *(**5** dans la région)*.

En 2022, au sein de la région, 1,4% des femmes âgées de 15 à 49 ans habitent à plus de 45 minutes d'une maternité ; soit légèrement en dessous de la moyenne nationale.

14 centres périnataux de proximité *(CPP)* viennent compléter cette offre.

L'activité des CPP peut s'organiser autour de plusieurs axes : suivi des grossesses et du post-partum ; gynécologie hors périnatalité ; pédiatrie ; éducation et prévention. L'articulation entre CPP et maternité permet d'offrir un suivi de proximité, notamment durant toute la grossesse, et d'orienter, le cas échéant, les patientes vers les structures les plus adaptées aux besoins de la mère et de l'enfant. Ces nouvelles offres contribuent également au développement des liens ville-hôpital.

2 maisons de naissance sont également présentes sur le territoire.

Il s'agit de structures sanitaires au sein desquelles des sage-femmes assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. Elles sont contiguës à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elles concluent une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité. Elles mènent de plus, des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes.

En périnatalité, l'**hospitalisation à domicile** *(HAD)* est l'une des modalités possibles de prise en charge qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée de la patiente et du nouveau-né, notamment en cas de sorties précoces. Elle peut être une alternative permettant de répondre aux souhaits de la patiente de se rapprocher rapidement de son lieu d'habitation. La sortie est organisée dans le cadre du réseau avec les relais existants et en fonction de chaque situation individuelle. Cet outil peut également être acteur de la prise en charge de la future mère en amont de l'accouchement en cas de pathologie ou de besoin de surveillance.

À noter : un établissement de la ZI 10 expérimente par ailleurs le dispositif d'équipe mobile de soins de néonatologie à domicile.

Enfin, **les hôtels hospitaliers** permettent de répondre à l'exigence d'accès aux soins. En réponse à la distance parcourue, les femmes enceintes habitant à plus de 45 minutes de route d'une maternité peuvent bénéficier d'un hébergement non médicalisé de cinq nuitées consécutives précédant la date prévisionnelle de leur accouchement. En cas de grossesse à risque, cette prestation peut être proposée à tout moment et rallongée, sur avis médical. Cette disposition s'appuie dorénavant sur un décret daté du 14 avril 2022 et l'expérimentation des hôtels hospitaliers.

Par ailleurs, la stratégie de lutte contre l'endométriose est à ce jour centrée autour des 3 centres recours des 3 CHU de la région Grand Est. Cette maladie gynécologique inflammatoire chronique touchant 1 femme sur 10 pour lesquelles le délai d'errance diagnostique évalué à 7 ans selon l'INSERM, fera l'objet d'une structuration régionale dans le cadre du plan interministériel 2023-2027 pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Synthèse des constats et enjeux

La diversité et le maillage territorial de l'offre sont à l'origine d'un travail en réseau permettant une prise en charge adaptée au choix des patientes et au niveau de risque évalué. L'état des lieux et les échanges avec les partenaires ont permis de mettre en évidence les éléments suivants :

Des parcours patientes devant être adaptés en fonction :

- Des choix des patientes qu'il s'agisse des modalités de suivi de grossesse et du post-partum, du lieu d'accouchement, de la méthode d'IVG ou de la contraception ;
- Des facteurs de risque présents (liées à une pathologie ou à une situation de vulnérabilité) ;
- Des spécificités territoriales en termes de géographie et de ressources.

Un maintien de la qualité et de la sécurité des soins à garantir sur toute la région, en lien avec les questions relatives :

- À la démographie des professionnels de santé (professionnels médicaux et non médicaux intervenant dans le champ de la périnatalité) et la nécessité de continuité des soins ;
- Au maintien des compétences et à l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- Aux transferts materno-fœtal, néonatal ou pour rapprochement parent-bébé ;
- Aux réflexions à mener avec les acteurs de terrain concernant l'adaptation des organisations territoriales pour faire face à ces différents enjeux.

Une prise en charge globale et coordonnée nécessaire, centrée sur les besoins des enfants et des familles *(chantier national des « 1000 premiers jours »)* avec les enjeux de prévention, d'accompagnement et de soutien à la parentalité, de « zéro séparation », de repérage et de prise en charge pluridisciplinaire des situations à risque chez la mère ou l'enfant, via une articulation entre les acteurs de différents champs : sanitaire, médico-social, social et éducatif, des CPTS, DAC *(Dispositif d'appui à la coordination)*, DSR *(Dispositif spécifique régional)*, de la triade ville-Hôpital-PMI, acteurs de la prévention et de la protection de l'enfance.

Une réflexion devra être menée concernant le nombre de maternités du niveau 3 dans la région : on en compte deux par zone de recours sauf pour la zone de recours Centre, où l'on constate par contre un taux d'out-born[37] de 17,6% en 2022 *(contre 5,3% dans les ante-régions de Champagne Ardenne et 7,3% en Alsace).* Ce seul indicateur est cependant insuffisant pour caractériser totalement les besoins et ne permet pas d'apprécier la capacité de mettre en œuvre une telle activité, dans un contexte marqué par des tensions majeures sur les ressources humaines médicales.

L'offre devra donc être organisée en parfaite coordination entre les établissements assurant l'activité de recours. C'est dans ce cadre que seront analysées les demandes d'autorisation sur les implantations relevant de ce niveau.

[37] *Nouveau-né « out-born » est un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés.*

PSYCHIATRIE

L'activité de psychiatrie comprend des actions à visée préventive, diagnostique, thérapeutique et de réadaptation.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de psychiatrie, elle intégre la prise en charge des adultes, des enfants et adolescents, la prise en charge des soins sans consentement et la prise en charge des soins psychiatriques en périnatalité. Les titulaires des autorisations doivent offrir les 3 modalités décrites dans le décret relatif aux conditions d'implantation (soins à temps complet, soins à temps partiel et soins ambulatoires), le cas échéant par convention avec un autre établissement. La prise en charge des soins psychiatriques des personnes en situation de précarité, souffrant de problématique d'addiction, sous sous main de justice, la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et la prise en charge spécialisée des urgences psychiatriques doivent également être organisées. Les titulaires des autorisations exercent leur activité en cohérence avec les Projets territoriaux de santé mentale *(PTSM)*.

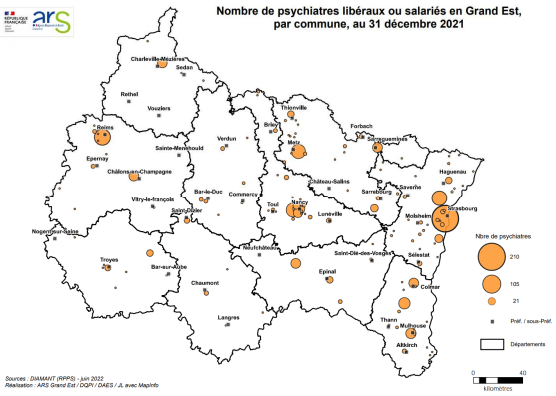
Le cas échéant, un conventionnement adapté permet de garantir la mise en œuvre des 3 modalités de prise en charge, le développement des coopérations notamment entre les acteurs sectorisés et non sectorisés.

1. État des lieux de l'activité

Ainsi que cela était présenté dans le précédent schéma régional de santé, les taux d'équipement en lits et places de psychiatrie pour la région Grand Est sont inférieurs à la moyenne nationale *(133/100 000 habitants en 2020, source DREES)* avec des disparités départementales pouvant être importantes : la Haute-Marne et la Meuse présentent quant à elles, des taux d'équipements supérieurs à cette moyenne nationale.

Aussi, et malgré le virage ambulatoire important pris depuis une vingtaine d'années, le capacitaire en lits est régulièrement tendu, malgré le développement d'une offre privée complémentaire pour laquelle certaines autorisations restent à mettre en œuvre.

Cette activité est également marquée par de fortes tensions en termes de démographie médicale.



Au niveau national, la psychiatrie est une discipline particulièrement sensible, en termes de démographie médicale. En Grand Est, à noter des difficultés prégnantes sur certains territoires (Meuse, Haute-Marne, Vosges, Aube et des bassins de vie comme le Nord de la Meurthe-et-Moselle).

Cette problématique est d'autant plus préoccupante que la démographie médicale est particulièrement défavorable dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont l'offre de soins est la moins développée. Certains territoires ne disposent pas ou peu de lits d'hospitalisation. Ainsi, les départements de l'Aube, de la Marne, du Haut-Rhin et des Vosges ont un ratio inférieur à 10 lits pour 100 000 habitants alors qu'il est en moyenne de près de 18 lits au niveau de la région Grand Est.

Au-delà de la prise en charge strictement sanitaire voire hospitalière, les filières en termes de réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques, à considérer comme des priorités de santé, ont fait l'objet d'une structuration en 3 niveaux.

L'objectif cible est de permettre un accès à des prises en charge de réhabilitation psychosociale sur tout le territoire.

Actuellement, la réhabilitation psychosociale dans la région est structurée selon les 3 niveaux :

Les centres supports de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ;

- 3 centres universitaires supports *(Centre Universitaire de Remédiation cognitive et rétablissement [CURe])* répartis sur les territoires ante-régionaux, Champagne-Ardennes *(51)*, Lorraine *(54)* et Alsace *(67)* ;

Les centres de proximités labellisés de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ;

- 9 centres de réhabilitation psychosociale de proximité labellisés au regard de l'instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, ProxiCure *(08, 51, 54, 2 dans le 57, 2 dans le 67 et 2 dans le 68)* dont 8 sont déployés fin 2022.

L'activité de réhabilitation psychosociale au sein des structures de soins ayant recours à la remédiation cognitive ou d'autres pratiques allant dans le sens de rétablissement et d'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il conviendra de poursuivre ce déploiement par la mise en œuvre de centres de proximité de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive labellisés prioritairement dans les départements qui n'en sont pas pourvus comme dans l'Aube, la Haute-Marne, la Meuse et les Vosges.

Par ailleurs, les compétences de proximité en termes de réhabilitation psychosociale au sens large devront être développées.

Enfin, afin de dépasser la logique purement sanitaire et de promouvoir une approche en termes de santé mentale, associant tous les acteurs concernés, le choix a été fait de promouvoir les Projets territoriaux de santé mentale *(PTSM)* et d'en faire le fondement de la politique régionale de santé mentale à l'échelle des territoires dans une logique d'offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale et de coopérations entre ces champs.

L'ARS est garante notamment de l'association de l'ensemble des acteurs pour permettre l'élaboration de projets partagés et favorisant la coordination des parcours de soins. Cette vigilance et cet accompagnement s'articulent au niveau départemental par une collaboration étroite entre les coordonnateurs de PTSM et les délégations territoriales de l'ARS et au niveau régional auprès des pilotes du parcours de santé mentale.

Leur élaboration vise à mettre en place des parcours de santé et de vie coordonnés et s'est appuyée sur une forte implication des acteurs des différents champs de la santé mentale. Néanmoins, le niveau d'avancement de leur mise en œuvre dans les différents territoires est hétérogène.

Ainsi 9/10 PTSM sont arrêtés et 7/10 CTSM *(Contrats territoriaux en santé mentale)* sont signés et 8/10 coordonnateurs occupent leur fonction.

Les travaux de diagnostic et d'élaboration de la feuille de route des PTSM ont permis de fédérer les acteurs des différents champs de la santé mentale.

Dans le cadre du fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie, de nombreux projets sont proposés mais encore trop peu centrés sur les dispositifs favorisant le parcours de vie coordonné.

2. Analyse du besoin

Les conséquences de la crise sanitaire encore très présentes

Les conséquences sur la santé mentale de la crise sanitaire COVID 19 ont été particulièrement marquées auprès des jeunes, dès le début de la crise sanitaire avec une augmentation des sollicitations en consultation, en urgence pédiatrique. Ce mal-être s'est traduit par :

une augmentation continue de passage aux urgences pour des gestes suicidaires qui se poursuit en 2022 ;
une augmentation des idées suicidaires.

Les professionnels mettent en avant la nécessité de développer des lits de crise, mais surtout une activité ambulatoire, sachant que les délais d'attente pour une prise en charge hors urgence oscillent entre 6 à 8 mois, parfois plus.

Le besoin de développement de prises en charge auprès des jeunes suivis dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance *(ASE)* a également été mis en évidence, car les risques de ruptures de parcours pour ces jeunes sont particulièrement prégnants. Aussi, il conviendra de porter une attention particulière à l'évaluation des projets récents mis en œuvre dans l'accompagnement des jeunes suivis dans le cadre de l'ASE. La stratégie des 1000 premiers jours a souligné la nécessité d'intervenir très précocement auprès des enfants et de leurs parents. La psychiatrie périnatale constitue un élément de cette stratégie.

Évolutions potentielles et leurs impacts sur la structuration de l'offre

Les travaux menés à des fins de structuration de la psychiatrie mettent en évidence une nouvelle manière d'appréhender l'organisation de l'offre. Cette évolution est particulièrement notable dans l'évolution du droit des autorisations dans le cadre duquel, on passe d'une logique de structure autorisée *(hospitalisation complète, hospitalisation de jour etc.)* à une logique d'activité laissant la structuration opérationnelle de l'offre à la main acteurs de la psychiatrie.

Ainsi, de nouvelles activités sont identifiées et soumises en tant que telles à autorisation *(la psychiatrie périnatale et les soins sans consentement)*.

La psychiatrie périnatale organise les soins conjoints parents-bébés en cours de grossesse, et en période périnatale, ainsi que les soins du couple dans le cadre d'un projet de conception. Ces soins ont pour objectif de permettre aux parents présentant des troubles psychiques, des conditions psycho-sociales, environnementales et/ou des antécédents psychiatriques les rendant vulnérables dans leur parentalité, ainsi qu'à leurs nouveau-nés et nourrissons, d'accéder à une prise en charge spécialisée des troubles parentaux et des difficultés interactives et développementales potentielles dans ce contexte. Si des dispostifis existent déjà dans ce champ, notamment sous forme d'équipes mobiles, cette nouvelle autorisation va imposer de travailler à un renforcement de cette activité et à structurer davantage cette prise en charge.

Les soins sans consentement relèvent également d'une autorisation d'activité de soins.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principes élaborés en région afin de structurer la gradation des soins en termes de psychiatrie sont les suivants :

Réduire les délais d'accès aux prises en charge programmées et renforcer l'accompagnement et le suivi des patients connus, ce qui permettra d'éviter la survenue de situation de crise ;
Couvrir l'ensemble du territoire par une offre de secteur de psychiatrie pour les adultes et les enfants et permettre le cas échéant de prendre en charge les soins sans consentement ;
Par ailleurs, au regard des recommandations en termes de prise en charge des mille premiers jours, il conviendra de permettre un accès aux soins de psychiatrie périnatale sur tout le territoire en développant des autorisations pour cette mention et en favorisant les coopérations et des équipes mobiles.

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION *(SMR)*

Les soins médicaux et de réadaptation ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus.

Les principales évolutions introduites par les nouveaux textes, et impacts sur les schémas régionaux de santé et les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont de différents ordres et notamment le changement de dénomination de l'activité qui conduit à une définition plus précise des conditions de fonctionnement, la création d'une obligation, sauf dérogation, d'une prise en charge en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation à temps complet, l'organisation d'une gradation de l'offre de soins avec la création de nouvelles mentions et modalités aura un impact direct sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins, avec trois évolutions majeures :

- La création de la mention « polyvalent » ;
- La création de la modalité « pédiatrie » comprenant deux mentions ;
- La création de la modalité « cancer » comprenant deux mentions (oncologie et oncologie et hématologie).

1. État des lieux de l'activité et analyse du besoin

Les soins médicaux et de réadaptation vont être fortement impactés par l'augmentation du nombre de personnes âgées atteints de pathologies chroniques puisque la part des personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 30% entre 2022 et 2032.

Des taux d'équipement variables selon les territoires

Les taux d'équipements en lits et places de SSR adulte traduisent de grandes disparités entre les départements de la région. Le taux d'équipement de SSR polyvalent du département le mieux doté *(Haut-Rhin avec 17,7 pour 100 000 habitants de 18 ans et plus)* est presque le triple de celui du département le moins bien *doté (Meuse avec 6,1 pour 100 000)*. Le taux d'équipement en région Grand Est est inférieur au taux d'équipement moyen en France, cette différence est liée à un taux d'équipement en SSR spécialisé moindre en région Grand Est.

En 2020, l'offre de SSR a été fortement impacté par la crise COVID mais depuis deux ans les tensions RH ont des répercussions importantes sur les capacités disponibles et l'offre de soin.

En 2021, le nombre de journées de SSR réalisées dans les établissements de la région était en moyenne inférieur de 15% par rapport à l'année 2019 versus 12% en moyenne au niveau national.

Au regard des nombreuses informations de fermeture de lits, transitoires ou durables, transmises par les établissements de SSR et des difficultés d'aval signalées par les établissements MCO, tout laisse à penser que cette tendance se poursuit en 2022.

Les territoires dont l'offre de soins de SSR est la plus impactée par une diminution du nombre de journées produites entre 2019 et 2021 sont les ZI 5 *(-27%)*, ZI 6 *(-26%)* et ZI 9 *(- 24%)*, alors que les territoires les moins impactés sont les ZI 3 *(-0,3%)*, ZI 11 *(-5,3%)* et ZI 1 *(-11,3%)*.

Les deux territoires qui ont réussi à limiter leur baisse d'activité *(ZI 3 et 11)* sont des territoires qui malgré le contexte difficile ont réussi à développer l'hospitalisation à temps partiel.

Des taux de recours SSR inférieurs à la moyenne nationale pour la population de la région

Le taux d'équipement moindre en région Grand Est par rapport à la moyenne nationale et la baisse plus importante du nombre de journées produites entre 2019 et 2021 a pour conséquence que la population de la région présente un taux de recours aux soins médicaux et de réadaptation inférieur à la moyenne nationale.

En région Grand Est, ces taux de recours sont inférieurs à la moyenne française pour l'ensemble des catégories majeures de diagnostic en 2019 et 2020 en hospitalisation complète ; les taux de recours sont légèrement supérieurs à la moyenne française en hospitalisation à temps partiel sans que cela ne compense le déficit observé en hospitalisation complète.

Lorsque qu'il sera fait référence à des taux de recours en SSR dans la suite de ce document, ce sont essentiellement les taux de recours de l'année 2019 *(année de la meilleure offre de soins de SSR/production et consommation de journées/ en région Grand Est)* qui seront pris comme référence.

Cependant pour la catégorie majeure affection de l'appareil circulatoire, les taux de recours SSR dont nous disposons sont sous évalués puisqu'ils ne prennent pas en compte les ouvertures récentes *(en 2022)* de plusieurs nouvelles implantations de SSR spécialisés pour la prise en charge de ces affections.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principes d'organisation de l'offre de soins s'inscrivent dans une volonté d'amélioration de la couverture du territoire en soins médicaux de réadaptation en s'appuyant sur :

Garantir l'accès à une offre SMR polyvalente ou gériatrique sur tous les territoires et organiser les parcours pour permettre l'accès aux SMR spécialisés :

Organiser la **gradation de l'offre de SMR** et le maillage territorial afin de garantir aux patients la juste accessibilité à une offre de réadaptation de proximité ou spécialisée ainsi que le recours à une expertise particulière pour des situations complexes.
Prendre en compte **les données de vieillissement de la population** et l'augmentation importante du nombre de personnes atteintes de **pathologies chroniques et de poly pathologies** en augmentant le capacitaire de SMR de mention spécialisée gériatrique : des transformations de lits et places de SMR Polyvalent en SMR gériatrique sont donc souhaitables et se traduiront par des augmentations d'implantations de SMR gériatrique.

Amplifier le virage ambulatoire en s'appuyant sur la nouvelle législation ; la mise en œuvre de la réforme des autorisations des soins médicaux et de réadaptation *(SMR)* doit permettre d'amplifier le virage ambulatoire en s'appuyant sur l'obligation pour les titulaires d'une autorisation de proposer à la fois une prise en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Pour le SMR polyvalent en particulier, il ne sera pas dérogé à l'obligation d'une prise en charge de SMR à temps partiel associée aux autorisations d'hospitalisation à temps complet. En revanche, la possibilité d'une activité en hospitalisation à temps partiel exclusive, sous réserve de

conventions, pour certaines mentions spécialisées sera possible. Une exception à cette règle pourra être envisagée pour la mention oncologie et hématologie de la modalité cancer au regard de la fragilité et fatigabilité des patients porteurs de ces pathologies, il faudra pouvoir proposer une hospitalisation à temps complet et une hospitalisation de jour voire uniquement envisager l'hospitalisation à temps complet sous réserve de conventions.

Veiller à la qualité et à la sécurité des prises en charges ; cet objectif se traduit dans des conditions techniques de fonctionnement d'un niveau plus élevé que pour les SSR jusqu'à présent, en particulier pour le SMR polyvalent. Cet impératif doit s'accompagner d'une réflexion sur les capacitaires installés, permettant de garantir la soutenabilité des organisations exigées. Cet élément fera l'objet d'une vigilance particulière dans le cadre de l'instruction des dossiers d'autorisations, en prenant en compte les spécificités territoriales.

Une réflexion avait été engagée sur du SMR post-aigu en amont des travaux sur le PRS ; si une telle activité ne relève pas d'une autorisation spécifique, ce sujet mérite de poursuivre la réflexion.

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Positionner les mentions « **pneumologie » et « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »** sur le périmètre géographique des zones d'implantation de référence et non plus sur le périmètre des zones de recours afin de permettre des possibilités d'autorisation d'activité en ciblant les territoires où la population ne bénéficie pas de cette offre de soins.

En effet sur les territoires ne disposant pas de la mention spécialisée correspondante, les taux de recours standardisés en SSR en 2019 pour les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles sont inférieurs de 30, 40 et même de 53% en ZI 3 par rapport à la moyenne nationale.

De même les taux de recours SSR pour les affections de l'appareil respiratoire sont très variables et fortement liés à l'existence d'un établissement spécialisé dans cette mention.

Il est donc donnée la possibilité de créer une implantation d'un SMR pneumologie sur les ZI 5 et 8 et d'un SMR digestif métabolique diabétologie et nutrition sur les ZI 1,3,5,7.

La modalité cancer comprend deux mentions. Afin de faciliter l'accès des patients atteints d'un cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours, **la mention oncologie** est positionnée au niveau des **zones d'implantation de référence**. En revanche, la mention oncologie et hématologie restera positionnée au niveau des zones de recours comme c'est le cas actuellement.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

L'activité de médecine nucléaire consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radiopharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à Tomographie d'émission mono photonique *(TEMP)* ou à Tomographie par émission de positons *(TEP)*, intégrant le cas échéant d'autres systèmes d'imagerie.

La réforme introduit une gradation de l'activité de soins de médecine nucléaire :

« **1° Mention « A »,** lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;

« 2° **Mention « B »**, lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés au 1°, les actes suivants :

a) Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;

b) Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;

c) Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif

d) Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique.

L'activité de soins de médecine nucléaire ne comprend pas la radiothérapie, ni la curiethérapie, lesquelles sont incluses dans l'autorisation de traitement du cancer.

L'autorisation de médecine nucléaire est accordée par site géographique, il est possible d'avoir plusieurs plateaux et par conséquent plusieurs promoteurs sur un même site géographique. Les GCS *(groupement de coopération sanitaire)* de moyen et SCM *(société civile de moyen)* et les GIE *(groupement d'intérêt économique)* ne peuvent en revanche pas porter l'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle.

1. État des lieux de l'activité

Organisation de l'offre

La médecine nucléaire intervient particulièrement dans le diagnostic du cancer, dans son suivi et son traitement mais également dans le diagnostic des pathologies cardiaques.

Pour sa mise œuvre, des ressources en médecins spécialistes en médecine nucléaire, en Manipulateurs en électroradiologie médicale *(MERM)*, en radio-physiciens et en radio-pharmaciens sont nécessaires ; ces 4 types de ressources sont sous tension.

Début 2023, le taux d'équipement matériel lourd autorisé en TEP est de 4,14 TEP par million d'habitants en Grand Est, versus 3,76 TEP par million d'habitants en France. L'ensemble des zones d'implantations de référence *(ZI)* dispose d'un accès à un TEP exceptées les ZI 1 et 11, pour lesquelles l'équipement matériel lourd n'a pas encore été installé et les ZI 4 et 5 pour lesquelles il n'y a pas de TEP autorisé. La ZI 5 ne dispose pas d'équipe de médecine nucléaire. De plus, il existe 2 plateaux qui ne disposent sur site que d'un TEP et pas de TEMP.

Début 2023, le taux d'équipement matériel lourd autorisé et installé en TEMP est de 7,75 TEMP par million d'habitants en Grand Est, versus 7,50 en France. L'ensemble des ZI dispose d'un accès à un TEMP excepté la ZI 5 pour laquelle il n'y a pas d'équipe de médecine nucléaire.

À noter que la région Grand Est dispose d'un TEP/IRM.

Le nouveau régime d'autorisation d'activité de soins en médecine nucléaire repose sur un plateau socle de 3 équipements matériels lourds *(TEP et/ou TEMP)* avec un accès par convention à l'équipement matériel lourd manquant, le maximum potentiel d'équipement matériel lourd étant de 9 par plateau. L'acquisition d'un équipement matériel lourd supplémentaire et/ou complémentaire sur un site autorisé pour la médecine nucléaire, sera soumise à une simple déclaration à l'ARS jusqu'à 3 équipements matériels lourds. Au-delà cela devra être justifié soit par une activité spécifique, une exploitation saturée du plateau en place *(volume d'actes)* ou une situation territoriale particulière.

Évolutions potentielles et leurs impacts sur la structuration de l'offre

Le recours à la radiothérapie interne vectorisée est une technique innovante néanmoins elle est très chronophage et mobilise beaucoup de ressources ; il est encore nécessaire d'en apprécier les modalités opérationnelles de développement.

C'est pourquoi la pratique de la radiothérapie interne vectorisée se fera dans un premier temps par les centres qui réalisent déjà cette activité en région et des travaux seront menés avec l'ensemble des acteurs de la filière *(médecin nucléaire, oncologue, radiophysicien, etc.)* sur les besoins et l'offre à organiser pour assurer l'accès à cette modalité de prise en charge.

Actuellement 3 établissements réalisent cette activité, un par zone de recours.

À noter que les traitements dans le cadre du cancer relèvent de la mention B, pour laquelle le titulaire de l'autorisation doit disposer d'une Pharmacie à usage intérieur *(PUI)* autorisée à assurer la préparation des médicaments radiopharmaceutiques *(D. 6124-186 du CSP)*. Les structures libérales sans autorisation de PUI et les établissements non autorisés pour cette activité à risque de préparation de médicaments radiopharmaceutiques ne peuvent prétendre à une autorisation de médecine nucléaire pour la mention B.

Les équipements matériels lourds supplémentaires, en lien avec la création de plateaux socles de 3 équipements matériels lourds peuvent générer jusqu'à 16 équipements matériels lourds supplémentaires, ce qui entrainera des besoins en Manipulateurs en électroradiologie médicale *(MERM)*, profession déjà sous tension. Cette contrainte nationale et régionale sur cette profession a un impact sur le développement de l'activité.

2. Analyse du besoin

Approche par la notion d'accès aux soins

Le maillage est assuré selon les délais d'accès :

96% de la population du Grand Est a accès à un TEMP à moins de 60 minutes, 77% de la population a un accès à moins de 30 min ;
94% de la population du Grand Est a accès à un TEP à moins de 60 minutes, 68% de la population a un accès à moins de 30 min.

Avec la réforme et la possibilité de plateau d'équipement matériel lourd composé de TEMP et TEP, à terme 96% de la population devrait avoir accès à un plateau de médecine nucléaire à moins de 60 min, 77% de la population à moins de 30 minutes.

Taux de recours et taux de fuite *(données 2021)*

Le taux de recours brut en médecine nucléaire, toutes activités confondues est assez homogène avec un taux plus élevé sur la ZI 4, et plus faible sur la ZI 3 et des taux de recours des ZI 1,2,3,6, 10 et 11 inférieurs au taux de recours moyen régional.

Des taux de fuite importants sur les ZI 1 et 11 s'expliquent par des TEP autorisés non encore installés et l'absence de TEP autorisé sur la ZI 4 et de plateau de médecine nucléaire sur la ZI 5.

De plus une offre de soins en mention B n'est pas disponible sur toutes les ZI.

L'activité spécifique Mention B

Taux de recours homogène bien qu'il n'y ait pas d'offre pour cette activité sur l'ensemble des ZI, avec toutefois un taux de recours légèrement supérieur sur la ZI 7.

Il n'y a pas d'activité thérapeutique du cancer *(mention B)* sur les ZI 1,3,4,6, 8 et 12. Seules les ZI 2,7,10 et 11 réalisaient une activité selon les critères en mention B en 2021.

Activité spécifique de scintigraphie cardiaque

On observe un taux de recours très important sur la ZI 12, plus du double de la moyenne régionale. Une étude est en cours et un travail va être engagé avec le groupe d'experts.

À contrario, le taux de recours est très faible pour les ZI 3, 1 et 6 *(à 50% voire moins de la moyenne régionale)*. Ce taux est également en dessous de la moyenne régionale *(qui est tirée vers le haut par la valeur haute de la ZI 12)* pour les ZI 2, 11 et 10.

À noter que les professionnels des ZI 2 et 10 ont fait remonter des délais importants concernant la prise en charge de patient pour des scintigraphies myocardiques, et de ce fait un renoncement des prescripteurs à demander ces examens notamment sur la ZI 10.

1 TEMP supplémentaire devrait être mise en œuvre dans la ZI 2 et également 1 TEMP sur la ZI 10 suite à la réforme des autorisations.

Délai de rendez-vous en TEMP et TEP *(enquête 2022 réalisée par l'ARS GE)*

TEMP Départements	Structures répondantes examens hors cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès hors cancérologie - TEP	Structures répondantes examens en cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès en cancérologie - TEP
10 - Aube	0	0	1	15
51 - Marne	1	21	1	8
52 - Haute-Marne	1	14	1	7
54 - Meurthe-et-Moselle	2	30	2	13
57 - Moselle	3	13	3	11
67 - Bas-Rhin	3	31	3	12
68 - Haut-Rhin	1	42	1	15
88 - Vosges	1	21	1	10
Total	**12**	**24**	**13**	**12**

TEP Départements	Structures répondantes examens hors cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès hors cancérologie - TEP	Structures répondantes examens en cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès en cancérologie - TEP
10 - Aube	1	21	1	21
51 - Marne	1	8	1	8
52 - Haute-Marne	0	0	0	0
54 - Meurthe-et-Moselle	2	14	2	13
57 - Moselle	3	13	2	16
67 - Bas-Rhin	5	7	5	7
68 - Haut-Rhin	1	3	1	21
88 - Vosges	2	12	1	8
Total	**15**	**11**	**13**	**12**

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Selon les données d'activité de 2021, peu de structures réalisent des actes qui seraient classés en mention B, et dans de nombreux cas, les volumes sont très faibles.

C'est pourquoi l'organisation de l'offre pour les plateaux mention B est planifiée à l'échelle des zones de recours.

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les USLD sont des structures sanitaires définies comme :

Des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entrainer ou aggraver la perte d'autonomie ;
Ces situations demandent un suivi médical rapproché, des actes médicaux, une permanence médicale, une présence infirmière continue et un accès à un plateau technique.

1. État des lieux de l'activité

A ce jour, l'offre en USLD pour le Grand Est est de 2 870 lits pour une population de 521 650 personnes âgées de plus de 75 ans. La majorité des unités sont des unités d'environ 30 lits.

La quasi-totalité des USLD a bénéficié d'une coupe Pathos-Agir en 2017-2019.

Outre l'augmentation en âge de la population du Grand Est sur les années à venir qui va s'accélérer et de facto l'augmentation des personnes dépendantes, poly-pathologiques, fragiles, l'offre en unités de soins de longue durée *(USLD)* en Grand Est doit être mise en regard de plusieurs éléments contextuels :

Le capacitaire

Après une diminution importante du nombre de lits d'USLD entre 2006 et 2010 *(pour partie convertis en places d'EHPAD)*, l'offre s'est stabilisée depuis 2010 sur la région Grand Est.

Les taux d'équipement

Au niveau national : sur la base des données de la DREES et de l'INSEE *(2022)*, pour 4 029 116 personnes âgées de plus de 75 ans, l'offre est de 30 580 places d'USLD, ce qui correspond à un taux d'équipement de 75 places pour 10 000 personnes âgées.

Au niveau régional : moyenne régionale de 55 lits pour 10 000 personnes âgées de plus de 75 ans ; avec un taux d'équipement à 77 la ZI 7 est la seule à dépasser la moyenne nationale, suivie de la ZI 10 et de la ZI 12. Les ZI 6 et 8 présentent les taux d'équipement les plus bas de la région *(<45)*.

Si les taux d'équipement USLD sont mis en regard du taux d'équipement EHPAD, autrement dit approcher le taux de lits d'aval, en particulier en sortie d'hospitalisation, ZI 1, 6, 9, 10 et 12 ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale *(1 010 places pour 10 000 PA de 75 ans et plus)*, les autres territoires, sont au-delà de la moyenne régionale.

Les ZI 1, 6 et 9 ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale tant sur les EHPAD que sur les USLD.

En termes d'organisation d'une offre de qualité, de sécurité et de pertinence des soins, une mission IGAS est en cours en 2023 faisant suite à celle de 2016. Aussi, il est proposé d'attendre ses conclusions pour faire évoluer largement l'organisation.

2. Analyse du besoin

Deux éléments sont à prendre en considération : le vieillissement de la population va s'accompagner d'une augmentation de la perte d'autonomie, en particulier de la perte d'autonomie psychique. Cette dernière va complexifier le virage domiciliaire, ces patients ont besoin d'un accompagnement de tous les instants, épuisant leurs aidants qui très souvent décèdent avant les aidés.

Le ratio aidant/aidés est défavorable, plus de personnes à aider que de personnes qui peuvent aider.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'implantation des USLD doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans un délai de transport raisonnable *(art 48 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007)*. Un objectif d'articulation autour d'unités de 30 lits *a minima* par filière gériatrique est souhaitable afin de garantir une taille critique minimale.

GREFFE D'ORGANES ET DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES *(CSH)*

En vertu de l'article D.6121-11 du code de la santé publique, l'activité de soins de greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques *(CSH)* relevait du Schéma interrégional de l'offre de soins *(SIOS)*. Cet article *(modifié par décret n°2022-21 du 10 janvier 2022*) précise :

« Font l'objet du schéma interrégional de santé prévu à l'article R.1434-10 les activités de soins suivantes :

1. Chirurgie cardiaque ;
2. Neurochirurgie ;
3. (abrogé) ;
4. Traitement des grands brûlés ;
5. Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ».

Le tableau ci-dessous présentent les implantations prévues au SIOS 2018 ainsi que celles qui sont autorisées à date au niveau de l'« interrégion ».

Activités de soins		Grand Est	Bourgogne Franche Compté	SIOS 2018
Rein	Adulte	3	2	5
	Enfant	2	0	2
Rein-pancréas	Adulte	0	0	2
Pancréas	Adulte	0	0	
Foie	Adulte	1	1	2
	Enfant	0	0	1
Cœur	Adulte	2	1	3
Poumon	Adulte	1	0	1
Cœur-Poumon	Adulte	1	0	2
CSH	Adulte	2	1	3
	Enfant	2	0	2

Cet article a été abrogé par décret du 26 avril 2022. Ces activités de soins relèvent désormais d'une planification au niveau régional.

L'article L.1234-3-1 du code de santé publique indique que le schéma régional ou interrégional de santé est arrêté par l'autorité compétente après avis de l'Agence de la biomédecine lorsqu'il concerne l'activité de greffes d'organes.

1. État des lieux de l'activité

Autorisations au niveau de l'interrégion Est de greffe d'organes et de CSH, au 31/12/2022[38]

Les évolutions suivantes sont notées au niveau de l'inter région Est pour la greffe d'organes :

greffe cœur poumon : 1 centre autorisé au lieu de 2 *(caducité pour fin 2014 pour 1 établissement)* ;
greffe pancréas : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation *(caducité en 2019 pour un établissement, en 2021 pour l'autre)* ;
greffe rein-pancréas : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation ;
greffe foie enfant : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation.

Autorisations en Grand Est de prélèvement

Autorisations en Grand Est de prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques

Dix établissements de santé disposent d'une autorisation de prélèvement de tissus à cœur arrêté, de prélèvement multi-organes *(PMO)* et de tissus lors d'un PMO à cœur battant.

Dix établissements de santé ont une autorisation de prélèvement de tissus à cœur arrêté.

Trois établissements de santé sont autorisés au prélèvement d'organe sur personne vivante.

Autorisations en Grand Est de prélèvement de CSH

Les établissements disposant d'une autorisation de prélèvement de CSH[39] sont au nombre de :

2 pour celui sur moelle osseuse *(allogéniques, autologues)* ;
3 pour celui sur sang périphérique *(allogéniques)* ;
4 pour celui sur sang périphérique *(autologues)* ;
4 pour celui sur sang placentaire.

Etablissements du Grand Est inscrits sur une liste d'établissements habilités

à la greffe d'îlots de Langerhans : 1 établissement
à l'utilisation des CAR T Cells dans les indications adultes et pédiatriques : 2 établissements.

[38] *Source : ARHGOS, 2022 – SIOS 2018 : objectifs quantifiés en implantation 2018 du SIOS 2014-2018.*
[39] *Source ARGHOS*

Activité en Grand Est de greffes d'organes

Activité		Rein	Pancréas	Foie	Cœur	Cœur-Poumon	Poumon	Total
	GE	265	0	79	24	3	48	419
2019	F	3643	84	1356	425	9	384	5901
	GE/F	7.3%	-	5.8%	5.6%	-0,33	12.5%	7.1%
	GE	184	0	75	21	2	31	313
2020	F	2595	34	1128	370	8	283	4421
	GE/F	7.1%	-	6.6%	5.7%	-0,25	0,11	7.1%
	GE	263	0	84	21	1	39	408
2021	F	3252	67	1225	409	6	316	5276
	GE/F	8.1%	-	6.9%	5.1%	(16.7%)	12.3%	7.7%
	GE	270	0	81	18	0	33	402
2022*	F	3376	70	1294	411	8	334	5490
	GE/F	0,08	-	6.3%	4.4%	-	9.9%	7.3%

Source : ABM - GE : Grand Est – F : France – Cœur-poumon : données en % à titre indicatif au regard des effectifs.

La crise sanitaire a impacté l'activité de greffe en 2020 où 313 greffes ont été réalisées en Grand Est, soit une baisse de 25,3% par rapport à celle de 2019.

En 2021, l'activité de greffe réalisée en région représente 7,7% du niveau national, ce taux est supérieur pour la greffe de rein, de poumon et inférieur pour la greffe de foie et de cœur.

L'évolution de 2021 à 2022 de l'activité de greffe en Grand Est, est à la baisse de 1,7% alors qu'elle est en augmentation au niveau national de 4%. Les données par greffe d'organe sont les suivantes *(source : ABM)* :

Evolution 2021/2022	Niveau régional	Niveau national
Greffe rénale	0,023	0,037
- dont donneur vivant	-0,021	0,018
Greffe hépatique	-0,036	0,057
- dont donneur vivant	-	0,105
Greffe cardiaque	-0,143	0,005
Greffe pulmonaire	-0,077	0,057
Greffe pancréatique	-	0,044
Total	**-0,017**	**0,04**

Il n'y a pas de greffe hépatique à partir d'un donneur vivant en Grand Est.

À noter, le plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026 prévoit des objectifs quantifiés en nombre de greffes sous la forme d'un « couloir de croissance » pour la période couverte par celui-ci. Les attendus en nombre de greffes d'organes sont au niveau :

National

fin 2022 : 5139 – 5550 ;
au terme du plan : 6760 – 8528.

Grand Est

fin 2022 : 398 – 429 ;
au terme du plan : 523 – 660.

Greffe rénale à partir d'un donneur vivant

Le SIOS 2014-2018 inscrit comme action : d'« augmenter les greffes à partir de donneur vivant : atteindre 20% de l'activité et au moins 20 greffes/an à Nancy et à Strasbourg et 8 pour les trois autres régions de l'interrégion Est ».

En 2022 et 2021, ont été réalisées en Grand Est, 47 greffes rénales pour chaque année à partir de donneurs vivants *(513 et 502 au niveau national)*, soit moins de 20% de l'activité de greffe rénale régionale. En termes de nombre de greffes réalisé par centre, en 2022, l'objectif de 8 est atteint par 2 établissements sur les 3.

Quant aux attendus du plan ministériel pour la greffe rénale réalisée à partir d'un donneur vivant, ils sont de 20% de greffes rénales réalisées à partir d'un donneur vivant et pour le Grand Est d'ici fin 2022 : 49-52 et au terme du plan : 60-80.

Recensement, prélèvement des patients en état de mort encéphalique

Patients en état de mort encéphalique (EME)						
		Recensement		Prélèvement		Taux d'opposition
		Nbre	/Mhab	Nbre	/Mhab	
2019	GE	263	46,9	113	20,1	32,3%
	F	3471	51,4	1729	25,6	30,5%
2020	GE	231	41,1	96	17,1	31,6%
	F	2942	43,4	1355	20	33,0%
2021	GE	234	41,6	100	17,8	39,7%
	F	2812	41,3	1392	20,4	33,7%
2022	GE	264	46,9	115	20,4	32,2%
	F	2986	43,7	1459	21,3	33,0%

Source : ABM - GE : Grand Est – F : France - /Mhab : ratio du nombre de recensements ou prélèvements par million d'habitants.

À noter, en 2020, dès le début de l'épidémie COVID-19, que la plupart des personnels médicaux et paramédicaux des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus *(CHPOT)* ont été redéployés et/ou confinés. Une astreinte téléphonique a été maintenue sur la plupart des sites. Lors de la deuxième vague, les CHPOT étaient en place, seuls quelques temps partiels avaient été redéployés.

En 2021, en Grand Est, le ratio du nombre de recensements par million d'habitants est supérieur à celui observé au niveau national ce qui place la région au 10ème rang (sur 16) alors que celui relatif au prélèvement est inférieur à la moyenne nationale (région au 13ème rang sur 16). Le taux d'opposition quant à lui est supérieur à la moyenne nationale.

Recensement, prélèvement patients M3

Patients M3		Recensement Nbre	Prélèvement Nbre
2019	Grand Est	30	16
	France	393	177
2020	Grand Est	27	4
	France	425	151
2021	Grand Est	41	15
	France	559	217
2022	Grand Est	48	15
	France	612	235

Source : ABM

Allogreffe de CSH

Etablissements autorisés pour l'allogreffe de CSH	2019		2020		2021	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Total	**90**	**27**	**99**	**29**	**107**	**28**

Source : base ProMISe, données ABM

Sur les 28 enfants pris en charge en 2021, 25 (89.3%) sont domiciliés en Grand Est, 3 sont originaires de Bourgogne Franche Comté. En termes d'activité d'allogreffe de CSH, le SIOS 2014-2018 fixait notamment comme objectif pour :

les enfants, de recentrer et restructurer sur les 2 centres, l'activité d'allogreffe de CSH pédiatrique qui se réalisait sur 3 centres jusqu'en 2012, pour les patients de l'inter région ;
les adultes, d'atteindre un accès à la greffe de 60 patients par an et par centre au sein de l'inter région.

2. Analyse du besoin

Greffe d'organes

Inscriptions et greffes pour les patients du Grand Est entre le 1.01.2022 et le 1.01.2023

Patients greffés	Eq dans RA Res dans RA (1)	Eq hors RA Res dans RA (2)	Total besoin : Res dans RA (3 = 1 + 2)	Eq dans RA Res dans RA / Total « besoin » : 1/3 (4)
Cœur	18	12	30	60%
Cœur-poumon	0	1	1	0%
Foie	80	27	107	74.8%
Intestin				
Pancréas	0	5	5	0%
Poumon	32	3	35	91.4%
Rein	250	20	270	92.6%
Total	**380**	**68**	**448**	**84.8%**

1 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région 2 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe hors de la région 3 : total des besoins de la région : nombre de patients résidant dans la région quelle que soit la région d'inscription ou de greffe 4 : ratio du nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région sur le total des besoins de la région.

Pour les prises en charge hors région, elles sont représentées pour la greffe :

Cœur : IDF pour les 12 (100%), Ardennes, Aube, Marne ;
Foie : IDF 23, BFC 4 ;
Pancréas : ARA 4, IDF 1 ;
Poumon : IDF 3 ;
Rein : ARA (8), BFC (6), IDF (6).

Nouveaux patients inscrits	Eq dans RA Res dans RA (1)	Eq hors RA Res dans RA (2)	Total besoin : Res dans RA (3 = 1 + 2)	Eq dans RA Res dans RA /Total « besoin » : 1/3 (4)
Cœur	29	16	45	64%
Cœur-poumon	0	1	1	0%
Foie	118	40	158	75%
Intestin	0	1	1	0%
Pancréas	0	8	8	0%
Poumon	40	4	44	91%
Rein	338	34	372	91%
Total	**525**	**104**	**629**	**84%**

1 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région
2 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe hors de la région
3 : total des besoins de la région : nombre de patients résidant dans la région quelle que soit la région d'inscription ou de greffe
4 : ratio du nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région sur le total des besoins de la région
Nouveaux inscrits : inscriptions médicales entre le 1.01.2022 et le 1.01.2023 (date non comprise).

Inscriptions et greffes par million d'habitants en Grand Est et en France en 2021

Reins		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	111,1	131,5
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	80	78,9
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	48,2	47,8
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	7%	9%

Foie		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	15,5	12,3
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	23,6	24,4
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	18,7	18
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	25%	26%

Cœur		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	3	4,4
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	7,3	7,4
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	6	6
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	29%	20%

Poumons		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	4,3	2,3
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	5,5	5,2
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	7,1	4,6
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	19%	40%

Poumons		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	4,3	2,3
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	5,5	5,2
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	7,1	4,6
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	19%	40%

Pancréas		
Données 2021	**GE**	**France**
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	0,2	1,5
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	0,7	1,4
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	0,9	1
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	100%	51%

Allogreffe de CSH

Lieu de prise en charge, quel qu'il soit :

Enfants

Sur les 27 enfants domiciliés en Grand Est ayant eu une allogreffe de CSH en 2021, 26 *(96,3%)* ont été pris en charge au niveau de cette région.

Adultes

En 2021, 142 patients adultes domiciliés en Grand Est, ont bénéficié d'une allogreffe de CSH dont :

20 *(14,1%)* domiciliés en Champagne-Ardenne, [18 *(90%)* pris en charge en Ile-de-France] ;
76 *(53,5%)* domiciliés en Lorraine, [72 *(94,7%)*, pris en charge en Lorraine] ;
46 *(32,4%)* domiciliés en Alsace, [44 *(95,7%)* pris en charge en Alsace.

Ainsi, sur ces 142 patients, 121 *(85,2%)* ont été pris en charge au niveau du Grand Est, avec des fuites vers l'Ile de France pour les patients de Champagne-Ardenne.

3. Principes d'organisation de l'offre retenus

Considérant le caractère de recours évident pour cette activité, le niveau de planification retenue pour celle-ci est la zone de recours.

Les implantations retenues s'inscrivent dans la continuité de l'organisation actuelle, et ont fait l'objet d'échanges avec l'ABM.

Greffes d'organes

L'activité de greffe d'organes et de CSH est réglementée par les décrets n°2007-1256 et 2007-1257 du 21 août 2007, modifiés, relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables Le plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus comporte 9 axes, chacun définit une feuille de route comportant une liste d'actions :

Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés ;
Améliorer l'accès à la liste nationale d'attente et développer la transplantation d'organes ;
Développer la greffe rénale à partir de donneur vivant ;
Développer le prélèvement et la greffe de tissus ;
Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus, ainsi que la gouvernance des données ;
Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins ;
Optimiser le financement des activités de recensement, de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus ;
Soutenir la formation, la recherche et le rayonnement européen et international dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes et de tissus ;
Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels.

Allogreffe de CSH

Sept grandes orientations, incluant les thématiques prioritaires pour les 5 prochaines années composent la stratégie du plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques :

1. Garantir le maintien et l'accès à toutes les sources possibles de greffons de CSH ;
2. Améliorer les conditions de prélèvement et le suivi des donneurs de CSH ;
3. Maintenir la qualité et l'exhaustivité des données des registres ;
4. Renforcer la biovigilance en matière de prélèvement et d'allogreffe de CSH ;
5. Maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de CSH ;
6. Maintenir, et adapter aux évolutions, le financement des activités CSH ;
7. Poursuivre et adapter la communication sur le don non apparenté de CSH.

À noter, l'activité de traitement par CAR-T Cells, bien que soumise à autorisation, ne relève pas d'une planification dans le cadre des objectifs quantifiés de l'offre de soins. Elle est cependant conditionnée aujourd'hui à la mise en œuvre d'une autorisation d'allogreffe de CSH et c'est dans ce cadre précis que toute demande de nouvelle autorisation sera examinée. Si en revanche, ce cadre devait évoluer, les instructions de nouvelles demandes se

feront à l'aune du « droit positif » et avec à l'esprit la volonté de garantir largement l'accès à l'innovation dans la région Grand Est en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Forces	**Faiblesses**
Bons résultats qualitatifs (CUSUM). Dynamique des équipes. Réseaux existants : modèle Néphrolor Offre de greffes en région (sauf pancréas solide) Liens existants entre l'ABM et les équipes de greffes	Disponibilité des greffons. Taux de prélèvement pmh inférieur à la moyenne nationale. Ressources humaines. Diversification insuffisante des sources de greffons.
Opportunités	**Menaces**
Plan ministériel. Livre blanc de la transplantation rénale. Manifeste pour le don d'organes, Greffes+ Expérimentation IRCT en Alsace. Audit FSNB Health & Care.	Densité de professionnels (PM, PNM) Situation des établissements de santé avec notamment l'accès au bloc opératoire.

GRANDS BRÛLÉS

L'activité de traitement des grands brûlés consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation. L'autorisation de pratiquer cette activité mentionne si le titulaire prend en charge des adultes, des enfants ou à la fois des adultes et des enfants.

Il s'agit d'une filière intégrée dans une organisation interrégionale telle que définie, d'une activité de soins critiques d'hyper-recours *(18 centres en France)*, les centres de traitement des grands brûlés *(CTB)* implantés en Grand Est visant à couvrir les besoins de la région Grand Est et de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Les CTB ont une obligation de moyens dans la constitution d'une filière de soins avec la rééducation spécialisée et la chirurgie plastique et réparatrice. La prise en charge doit être pluridisciplinaire *(anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens plasticiens, rééducateurs, etc.)* et l'ensemble des actes de la filière est réalisé dans une seule et même structure *(unité de lieu)*.

L'activité de traitement des grands brûlés est une activité soumise à autorisation dont les textes n'ont pas été révisés. Jusqu'à la publication du schéma régional de santé 2023-2028, cette activité de soins relevait du SIOS *(Schéma inter régional d'organisation sanitaire)* Inter Région Est 2014-2018 prorogé.

Cependant, les soins aux brûlés couvrent différentes réalités et niveaux de gravité en fonction de la surface brûlée, des zones à risque atteintes, des causes à risque de complication et/ou du terrain/pathologies associées :

Les grands brûlés, patients nécessitant une prise en charge en soins critiques *(CTB autorisés)* ;
Les brûlés chirurgicaux, patients nécessitant une prise en charge en chirurgie avec gestion de la douleur
Les petits brûlés (suivi en ambulatoire).

À noter enfin, que certaines pathologies sont équivalentes à des brûlures graves et nécessitent une prise en charge en CTB *(dermoépidermites nécrosantes)*.

1. État des lieux d'activités

Le nombre d'implantations de CTB en Grand Est est de deux : 1 CTB adulte et 1 CTB pédiatrique.

Un SSR spécialisé adultes pour les brûlés est présent sur le territoire ainsi qu'un service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie plastique permettant la prise en charge des patients brûlés intermédiaires/chirurgicaux *(plusieurs dizaines par an)* en lien avec les CTB. D'autres établissements peuvent intervenir ponctuellement *(autres CHU notamment)*.

2. Analyse du besoin

Le livre blanc de la société francaise de brûlologie de 2019 pointe notamment les éléments suivants :

1/3 des patients hospitalisés pour brûlures sont des enfants de moins de 5 ans ;
Plus de 50% des patients sont hospitalisés en dehors des CTB ;

Quelle que soit la brûlure, une expertise par un brûlologue doit être réalisée dans un délai raisonnable ;
La prévention doit être renforcée ;
La nécessité d'améliorer les moyens de communication, la connaissance et l'expertise pour une prise en charge plus optimale.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La mise en œuvre de la réforme des autorisations conduit à une requalification des unités de surveillance continue *(USC)* grands brulés en unités de soins intensifs *(USI)* spécialité « Grands Brûlés ».

Les principes élaborés en région sont structurés en termes de gradation des soins : maintien des activités et implantations actuelles dans l'attente de la refonte du cadre réglementaire.

CHIRURGIE CARDIAQUE

L'activité de soins de chirurgie cardiaque s'exerce suivant deux modalités :

L'activité de soins de chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes ;
L'activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique.

1. État des lieux d'activité

À fin 2022, l'activité de chirurgie cardiaque est répartie au sein de 6 établissements de la région Grand Est, dont un présente une activité pédiatrique sur un site distinct de l'activité adultes.

La chirurgie cardiaque adulte

En 2022, plus de 60 000 actes de chirurgie cardiaque ont été réalisés chez des adultes en France, dont un peu moins de 5 000 en Grand Est.

Sur la période 2017-2022, on observe une légère diminution de l'activité de chirurgie cardiaque adultes au niveau national *(-3%)*, plus marquée en Grand Est *(-10%)*, avec des disparités d'évolution en infra régional : augmentation de l'activité réalisée dans la zone de recours A-Ouest, et diminution dans les deux autres zones de recours.

Pour les actes réalisés au bénéfice de patients du Grand Est, les fuites extra-régionales représentent environ 11% des actes en 2022, dont ¾ vers l'Ile-de-France *(essentiellement des patients résidant en Zone de recours A)*.

L'attractivité extra-régionale est de 4% en 2022 : actes au bénéfice de patients des Hauts-de-France vers la zone de recours A, et dans une moindre mesure de Bourgogne-Franche-Comté vers la zone de recours C.

Pour ce qui est de l'analyse des taux de recours standardisés *(quel que soit l'âge)*, ceux des patients domiciliés en région Grand Est sont comparables à la moyenne nationale en 2022, tant pour les pontages aorto-coronariens,

que pour les remplacements valvulaires avec CEC, ou les autres interventions, avec toutefois quelques disparités infra-régionales.

La chirurgie cardiaque pédiatrique

Le nombre d'actes de chirurgie cardiaque pratiqués chez des enfants de 15 ans et moins domiciliés en Grand Est, est stable depuis 2017, avec en moyenne autour de 330 actes par an.

On observe une tendance à la baisse des fuites extra-régionales vers l'Ile-de-France : globalement, les fuites sont de l'ordre de 53% en 2022 contre 75% en 2017.

Il convient de noter que ces fuites représentent une part très différente selon la zone de recours de domicile des enfants :

100% de fuites vers l'Ile-de-France pour les enfants domiciliés en zone de recours A ;
81% pour les enfants domiciliés en zone de recours B ;
13% pour les enfants domiciliés en zone de recours C.

En Grand Est, ces actes sont réalisés au sein d'un unique établissement, dont l'activité est à peu près stable depuis 2019.

En termes d'attractivité, moins d'une vingtaine d'actes annuels sont réalisés en Grand Est au bénéfice de patients d'une autre région, en l'occurrence de Bourgogne-Franche-Comté.

2. Détermination du niveau de zonage pertinent

Cette activité de soins ne relève plus d'une planification inter régionale, mais régionale. Les actes de chirurgie cardiaque sont des actes complexes demandant une maîtrise technique et un haut niveau d'expertise pour optimiser le taux de succès et minimiser le taux de complications. Par ailleurs, le niveau exigé en termes de seuil minimal annuel ne permet pas d'envisager une répartition au niveau des zones de référence.

Ces arguments conduisent à utiliser le zonage de recours pour la répartition des implantations de chirurgie cardiaque chez les adultes.

Pour l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique, c'est le niveau régional qui est pertinent.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Le maillage actuel en implantations de chirurgie cardiaque est satisfaisant.

ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intra-luminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie *(art. R. 6123-128 du CSP)*.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie s'exerce suivant trois modalités :

Rythmologie interventionnelle ;
Cardiopathies congénitales hors rythmologie ;
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Pour deux de ces modalités il est introduit une gradation, matérialisée par des « mentions » :

Rythmologie interventionnelle : mentions A-B-C-D correspondant à une technicité et une spécialisation croissantes ;
Cardiopathies congénitales hors rythmologie : mentions A et B.

Cette gradation a pour objectif de tenir compte de la complexité différenciée des techniques et des exigences à y associer en termes de qualité et de sécurité et d'inscription dans les filières de cardiologie des territoires. Un arrêté du 16 mars 2022 fixe le nombre minimal annuel d'actes pour les différentes modalités et mentions.

Rythmologie interventionnelle

Introduction d'un seuil (50 actes dont 10 procédures diagnostiques) pour la mention A (activité antérieurement non soumise à autorisation) ;
Le seuil passe de 50 à 100 pour mention B.

Cardiopathies congénitales hors rythmologie : le seuil passe de 40 dont 20 chez enfants à 40 pour mention A et 80 pour mention B.

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte **:** le seuil passe de 350 à 400 pour angioplasties coronaires / pas de seuil pour les actes diagnostiques.

L'Instruction DGOS n°46 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, inscrit la liste officielle des actes soumis à autorisation par modalité et par mention, en précisant ceux qui sont inclus pour le calcul de l'atteinte des seuils.

1. État des lieux de l'activité

Données démographiques

La densité en cardiologues tous modes d'exercice confondus est en Grand Est légèrement supérieure à la moyenne nationale en 2022 (*12,0 / 100 000 habitants vs 10,9)*. La répartition par mode d'exercice est superposable à celle de la France : 47% en libéral exclusif, 28% exercice mixte et 25% salarié.

À noter qu'un peu plus du tiers des cardiologues de la région ont 60 ans ou plus.

Indicateurs de santé

Les maladies cardio-neurovasculaires *(ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins)*, et leurs complications sont la première cause de décès dans le monde. En France, elles sont la deuxième cause de décès après les cancers, avec plus de 140 000 morts chaque année. En 2018, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour maladie cardio-neurovasculaire, risque cardio-vasculaire ou diabète.

État des lieux de l'offre

Taux d'équipement

Avec 16 plateaux techniques autorisés pour les **angioplasties coronaires** *(modalité « autres cardiopathies de l'adulte »)* fin 2022 en région, le taux d'équipement est de 0,36 pour 100 000 habitants adultes, taux très proche du taux moyen national *(0,38)*, avec toutefois des disparités infra régionales.

Avec 14 plateaux techniques autorisés pour la modalité « **rythmologie interventionnelle** » fin 2022 en région, le taux d'équipement est de 0,32 pour 100 000 habitants adultes, taux très proche du taux moyen national *(0,30)*, avec toutefois des disparités infra régionales.

Délai d'accès routier

La part de population adulte du Grand Est à une distance routière de plus de 60 min d'un plateau technique pour les angioplasties coronaires, est de moins de 5%. Au sein des zones d'implantation de référence *(ZI)* comportant une part plus marquée de leur population à plus de 60 min, l'organisation pré hospitalière assurant la possibilité de thrombolyse extra hospitalière vise à assurer la qualité et la sécurité des prises en charge sans perte de chance, dans l'état actuel des recommandations scientifiques des sociétés savantes.

Production de soins

Les données ont été calculées sur la base des actes inscrits dans l'Instruction DGOS n° 46 du 6 avril 2023. À noter que l'activité de TAVI *(implantation de valve aortique par voie transcutanée)* n'est pas décrite ici, elle ne sera plus incluse dans le périmètre de l'activité de soins de cardiologie interventionnelle soumise à autorisation après mise en œuvre de la réforme.

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit près de 61 000 actes relevant de cette modalité en 2022, en augmentation de 21% par rapport à 2017. Sur la même période, l'augmentation a été de 12% en moyenne nationale.

Les actes diagnostiques représentent en région 60% du total en 2022, leur production est en augmentation de 23% par rapport à 2017 *(vs + 10% en moyenne nationale)*.

Les autres actes *(dont angioplasties coronaires et fermetures de septum inter auriculaire)* sont en augmentation de 18% *(vs +14% au niveau national)*.

Les actes diagnostiques ne sont pas soumis à autorisation avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Il est à noter que, en 2022, cette activité est réalisée intégralement au sein des 16 implantations autorisées pour les angioplasties coronaires : fonctionnement en plateaux techniques intégrés coronarographies / angioplasties coronaires.

La réforme inscrit par ailleurs un relèvement du seuil minimal annuel de 350 à 400 actes d'angioplasties coronaires /an. Parmi les 16 implantations autorisées au 31/12/2022, une a bénéficié d'une autorisation en 2021 et n'atteint pas encore ce seuil sur l'année 2022.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit plus de 19 000 actes relevant de cette modalité en 2022, en augmentation de 30% par rapport à 2017. Sur la même période, l'augmentation a été de 24% en moyenne nationale.

Actes relevant de la mention A

Les actes diagnostiques et les poses de pace maker mono et double chambre avec sonde ne sont pas soumis à autorisation avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Il est à noter que, en 2022, cette activité est réalisée en Grand Est au sein de 32 implantations géographiques, dont 14 détenant une autorisation de rythmologie interventionnelle, avec un total de plus de 11 000 actes en 2022 *(en augmentation de 19% par rapport à 2017)*.

Parmi ces 14 implantations, 13 se situent dans une des 5 ZI non pourvues en autorisation de rythmologie interventionnelle en 2022 et 7 présentent une activité nettement inférieure au seuil de 50 actes annuels.

Actes relevant de la mention B

Les établissements implantés en Grand Est ont produit plus de 4 000 actes relevant de cette mention en 2022, en augmentation de 23% *(vs + 15% en moyenne nationale)* par rapport à 2017.

Cette augmentation est essentiellement portée par les actes d'ablation atriales droites et atrio-ventriculaires, en augmentation de 30% *(comme au niveau national)* avec plus de 2 800 actes produits en région en 2022.

L'activité de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites est quant à elle stable entre 2017 et 2022, tant en Grand Est *(près de 1 100 actes en 2022)* qu'au niveau national.

Actes relevant de la mention C

Ces actes dits d'ablation complexe sont en très nette augmentation entre 2017 et 2022, avec un doublement au niveau régional comme national, ce qui représente près de 3 500 actes produits en Grand Est en 2022. Aucun des sites n'a une activité exclusivement pédiatrique.

Actes spécifiques à la mention D

Au niveau national, un total de 774 actes dits « à haut risque de plaie cardiaque » a été réalisé en 2022 *(stable depuis 2019)*. En région, un total de 44 actes a été réalisé en 2022 *(moyenne de 40 actes annuels sur les 6 dernières années)*.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 531 actes en 2022, dont 488 relevant de la mention A *(340 actes classés mention A et 148 actes classés « B chez enfant » mais réalisés chez des adultes)*.

Un total de 62 actes classés mention B a été réalisé en Grand Est en 2021 et 42 actes en 2022 *(moyenne de 52 actes par an sur les 6 dernières années).*

Les établissements qui réalisent certains de ces actes chez des adultes, devraient pouvoir continuer à les réaliser, au titre de la prise en charge de « cardiopathies structurelles de l'adulte », dans le cadre de leur autorisation pour cette modalité.

Virage ambulatoire : Part des séjours sans nuitée au sein des séjours ayant comporté un acte parmi ceux qui seront soumis à autorisation

Cardiopathies ischémiques et structurelles

Sur la globalité des actes, le taux d'ambulatoire en Grand Est passe de 18% en 2019 *(contre 16% France)* à 33% en 2022 *(contre 26% France)*.

Sur les seuls actes diagnostiques, le taux d'ambulatoire Grand Est passe de 30% en 2019 *(contre 24% France)* à 51% en 2022 *(contre 39% France)*.

Rythmologie interventionnelle

Le taux d'ambulatoire Grand Est passe de 9% en 2019 *(contre 8% France)* à 11% en 2022 *(contre 12% France)*.

Consommation de soins

Analyse des taux de recours standardisés *(consommation de soins)* pour les actes qui seront soumis à autorisation selon l'Instruction du 6 avril 2023.

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Avec un total de près de 60 000 actes réalisés en 2022 au bénéfice de patients du Grand Est, la région présente une hausse du recours de 20% par rapport à 2017 contre +12% au niveau national. Le taux de recours standardisé de la région se maintient à un niveau nettement supérieur à la moyenne nationale, de 35% supérieur en 2022.

Il n'est pas constaté d'atypie en « sous-recours » au sein des 3 ZI sans plateau technique *(ZI 05-08-09)*.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Avec un total de plus de 19 000 actes réalisés en 2022 au bénéfice de patients du Grand Est, la région présente une hausse du recours de 30% par rapport à 2017 contre +24% au niveau national. Le taux de recours standardisé de la région se maintient à un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale, de 10% supérieur en 2022.

Il n'est pas constaté d'atypie en « sous-recours » au sein des 3 ZI sans plateau technique *(ZI 05-08-09)*.

Pour les 4 ZI sans plateau technique pour rythmologie interventionnelle, il n'est pas constaté d'atypie marquée de recours.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Pour ce qui est des actes réalisés quel que soit l'âge du patient, tendance à la hausse en région : 684 actes consommés en 2022, soit une hausse de 30% par rapport à 2017 vs hausse de 56% au niveau national.

Toutefois, le taux de recours standardisé du Grand Est demeure près de 20% inférieur à la moyenne nationale.

Pour ce qui est des seuls actes réalisés chez des patients de moins de 18 ans, tendance à la baisse de la consommation d'actes chez des patients du Grand Est : 152 actes consommés en 2022 contre 173 en 2017.

Attractivité

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 60 804 actes en 2022, dont 2 690 *(4,4%)* au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de la moitié de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté *(pris en charge essentiellement en ZI 12)*, et un tiers au bénéfice de patients du Haut-de-France *(pris en charge essentiellement en ZI 02)*.

Pour les 3 ZI sans plateau autorisé pour les angioplasties coronaires :

ZI 05 : consommation de 4 379 actes, dont 65% pris en charge en ZI 07 / 21% pris en charge en ZI 06 / 12% en ZI 02 ;
ZI 08 : consommation de 5 362 actes, dont 96% pris en charge en ZI 07 ;
ZI 09 : consommation de 3 621 actes, dont 60% pris en charge en ZI 06/21% en ZI 10/18% en ZI 07 ;
Et pour la ZI 04 : consommation de 1 097 actes *(habitants de la partie Grand Est de cette ZI)*, dont 59% pris en charge en région Bourgogne-Franche-Comté et 38% en ZI 07.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 19 218 actes en 2022, dont 905 *(4,7%)* au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de 60% de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients du Haut-de-France *(pris en charge essentiellement en ZI 02)* et 23% au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté *(pris en charge pour moitié en ZI 07, et le reste en ZI 12 et 10-11)*.

Pour les ZI sans plateau rythmologie interventionnelle autorisé :

ZI 01 : consommation de 649 actes, dont 90% pris en charge en ZI 02 et 5% pris en charge hors région ;
ZI 08 : consommation de 1 354 actes, dont 79% pris en charge en ZI 07 et 18% en ZI 08 ;
ZI 09 : consommation de 932 actes, dont 33% pris en charge en ZI 06 / 26% en ZI 07 / 22% en ZI 10/17% en ZI 09 ;
Et pour la ZI 04 : consommation de 485 actes *(habitants de la partie Grand Est de cette ZI)*, dont 44% pris en charge en région Bourgogne-Franche-Comté/27% en ZI 07/ 6% en ZI 04.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 531 actes en 2022, dont 31 *(5,8%)* au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de la moitié de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté *(pris en charge essentiellement en Zone de Recours C-Est)*, un tiers au bénéfice de patients de la région Haut-de-France *(pris en charge en Zone de Recours A-Ouest)*.

La part de l'activité réalisée en dehors de la région est de 32% en 2017 et 27% en 2022, l'essentiel des actes ayant été réalisé en région parisienne. Pour ce qui est des seuls actes réalisés chez des patients de moins de 18 ans, le taux de fuite extra régional a augmenté entre 2017 et 2022 *(25% versus 36%)* ; les actes étant réalisés pour l'essentiel en région parisienne.

2. Anayse du besoin

Ces perspectives sont issues des réflexions d'un groupe de travail d'experts mandatés par l'ARS Ile-de-France, intégrant une dimension nationale.

Les angioplasties coronaires / activité structurelle

L'activité de coronarographie devrait rester stable dans les 5 années à venir *(voire diminuer au profit des coroscanners et du score calcique, bénéficiant d'une excellente valeur prédictive négative et pouvant donc entrainer une diminution des coronarographies dites « blanches »)* et l'activité d'angioplastie devrait aussi rester stable ou en très faible croissance.

Fermeture FOP *(foramen ovale perméable)* et CIA *(communication inter auriculaire)* : cette activité est actuellement réalisée dans des centres ne disposant pas de chirurgie cardiaque avec depuis 2018 une très importante augmentation. On peut prévoir une poursuite de l'augmentation dans les années à venir *(études en cours sur patients > 60 ans)*. La fermeture percutanée de CIA est une activité relativement stable avec environ 1 000 procédures chaque année en France.

La place de la scintigraphie myocardique dans la maladie coronaire stable

La scintigraphie myocardique n'est désormais nécessaire que pour les patients chez qui la recherche d'ischémie est souhaitée et pour laquelle une IRM de stress ou une ETT *(échographie)* de stress est impossible.

La rythmologie interventionnelle

Stimulateurs cardiaques mono et double chambre : légère croissance liée au vieillissement de la population ;
Stimulateurs cardiaques triple chambre : stabilisation attendue ;
Défibrillateurs implantables : croissance 2013-2017 liée à évolution des recommandations, puis stabilisation ;
Ablations complexes : croissance soutenue, qui va se poursuivre, mais avec en parallèle une diminution marquée des durées de procédures et augmentation de la part ambulatoire, ce qui devrait permettre aux centres existants d'absorber.

Les cardiopathies congénitales enfant et adulte : prise en charge médicale, interventionnelle et chirurgicale

L'augmentation de l'espérance de vie des naissances vivantes avec cardiopathie congénitale (prévalence stable) va entrainer une hausse de la prévalence des adultes avec cardiopathie congénitale *(y compris complexe)* ; ces adultes étant à risque important d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme.

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Par rapport aux textes de 2009, la modification essentielle consiste en l'ajout dans le périmètre soumis à autorisation, des actes diagnostiques.

Les actes relevant de cette modalité sont des actes spécialisés relevant **des zones d'implantation de référence *(ZI)***, comme dans le schéma régional de santé 2018-2023.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Mention A : les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et poses de stimulateurs cardiaques mono ou double chambre avec sonde représentent le niveau de technicité le moins élevé, relevant d'un zonage de proximité.
Mention B : les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites, nécessitent de disposer sur le même site d'un plateau technique de prise en charge des Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Le zonage des mentions A et B doit donc être similaire à celui de la modalité « Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte », soit **par zone d'implantation de référence**.

Mentions C et D : les ablations atriales par voie trans septale sont des actes complexes demandant une maîtrise technique et un haut niveau d'expertise pour optimiser le taux de succès et minimiser le taux de complications. Cette maitrise technique et ce haut niveau d'expertise sont également requis pour la réalisation des actes de rythmologie chez les patients porteurs d'une cardiopathie congénitale complexe. Ces arguments conduisent à utiliser le zonage de recours pour la répartition des implantations.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Le contour de cette activité ne présente pas de changement majeur par rapport aux textes de 2009, même si désormais elle bénéficie d'une gradation *(mentions A et B)*.

Les actes relevant de la mention A de cette modalité sont des actes spécialisés relevant du **niveau de la zone de recours**.

Le nombre d'actes classés mention B produits en Grand Est est limité : total de 62 actes en 2021 et 42 en 2022, avec moyenne de 52 actes par an sur les 6 dernières années.

Le haut degré de spécialisation requis pour ces actes, ainsi que le seuil minimal annuel réglementaire à 80 actes conduisent **à positionner la mention B en niveau régional.**

4. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'objectif est celui d'un maillage territorial permettant d'assurer la réponse aux besoins de la population, en prenant en compte la gradation introduite par les textes, sans déstructurer des filières dont le fonctionnement est satisfaisant, ni disperser les ressources humaines compétentes en multipliant les centres.

L'objectif de qualité et de sécurité des soins passe par des équipes formées et entrainées, des conditions techniques adaptées, le respect des seuils réglementaires, des discussions collégiales dans les situations complexes, ainsi que la gestion optimale de la radioprotection.

Pour l'ensemble de cette activité, la pertinence des parcours et des actes constitue un axe de préoccupation constant, avec l'exigence d'identification et de mise à jour régulière des recommandations de bonne pratique à appliquer par l'équipe médicale et paramédicale pour cette discipline particulièrement évolutive. Les équipes identifient l'ensemble des actions à mener pour améliorer la pertinence des soins, et notamment les actions d'EPP.

Par ailleurs, si l'activité de la région ne semble pas atypique en matière de part des séjours sans nuitée, il convient de poursuivre l'effort de virage ambulatoire.

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Le nombre d'implantations actuel semble suffisant au regard des éléments précédemment exposés pour ce qui est de la réponse aux besoins *(évolution attendue des techniques et des indications, absence d'atypie de recours des ZI non pourvues en implantation, démographie des cardiologues, filières pré hospitalières de prise en charge des infarctus du myocarde structurées, etc.)*. Il doit toutefois être envisagé la possibilité d'une implantation complémentaire lorsque cela vient répondre à une exigence réglementaire, notamment en lien avec une autorisation de rythmologie interventionnelle au-delà de la mention A.

Rythmologie interventionnelle

L'atteinte du seuil et des conditions techniques de fonctionnement *(dont USC sur site pour la mention A)*, ne sont pas des éléments suffisants pour envisager l'inscription de chaque implantation potentiellement concernée dans les OQOS. Il conviendra de favoriser la coopération entre établissements, permettant aux cardiologues formés, exerçant en établissements non autorisés, de réaliser des actes relevant du champ de l'autorisation au sein des établissements autorisés, le cas échant par la mise en place d'**équipes médicales de territoire** *(en particulier dans les territoires où l'activité relevant de la mention A est dispersée sur plusieurs sites avec une activité n'atteignant pas les seuils)*.

Cardiopathies congénitales : le nombre d'implantations actuel apparait suffisant pour répondre aux besoins.

Optimisation du parcours des patients atteints de maladie cardio-neuro-vasculaire : en complément des principes structurant l'activité de soins de cardiologie interventionnelle, des travaux avec les professionnels de la région ont permis de dégager les axes suivants :

Renforcer la prévention primaire et l'éducation à la santé ;
Conforter le suivi à domicile et développer l'éducation thérapeutique ;
Informer et former les usagers et les professionnels de santé au recours au 15 ;
Améliorer l'accès à la prise en charge spécialisée et au traitement en phase aigüe : plateaux de cardiologie interventionnelle ;
Faciliter l'accès à la rééducation ;
Amplifier le partenariat avec les associations de patients.

NEUROCHIRURGIE

L'activité de soins de neurochirurgie comprend la prise en charge des patients ayant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes *(crâne, colonne vertébro-discale, méninges)* et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radio chirurgical en conditions stéréotaxiques.

Cependant, dans le contexte actuel de la réforme des autorisations, il convient de noter que :

La planification jusque-là interrégionale devient régionale ;
Cette activité de neurochirurgie nécessite pour l'établissement

- une autorisation de traitement des cancers de l'établissement ;
- une autorisation de réanimation.

Les activités de neurochirurgie doivent tenir compte des nouvelles modalités de la chirurgie, en particulier pédiatrique

- Éventuellement une autorisation de chirurgie pédiatrique et son organisation régionale.

En l'absence d'instruction dédiée à la neurochirurgie reprenant la liste des actes soumis à autorisation, c'est la liste des 193 actes inscrite à l'annexe IPA de 2022 *(disponible sur le site de l'ATIH)* qui a été utilisée pour l'ensemble des données qui suivent.

À noter que certains de ces 193 actes peuvent être réalisés aussi bien dans le cadre d'une autorisation spécifique Neurochirurgie que dans le cadre d'une Pratique thérapeutique spécifique *(PTS)* d'une autorisation de chirurgie.

1. État des lieux de l'activité

Éléments de contexte

L'activité de neurochirurgie est associée à une expertise disponible pour une activité MCO *(prise en charge traumatismes crâniens, des AVC et de leurs complications hémorragiques)* qui n'est pas automatiquement traduite par un acte de neurochirurgie.

Offre de soins

Quatre sites ont été autorisés dans la région Grand Est dans le précédent SIOS de l'Inter région Est. Ces implantations correspondent aux objectifs quantifiés du SIOS en 2018, y compris pour les pratiques spécialisées en neurochirurgie.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins du schéma interrégional de l'offre de soins 2018-2023

	Neuro Chirurgie (actes soumis à seuil)	**NC Pédiatrique**	**NC Fonctionnelle Cérébrale**	**NC Radiochirurgie stéréotaxique**
Zone de Recours – A	1	0	1	0
Zone de Recours – B	1	1	1	1
Zone de Recours – C	2	1	2	0
TOTAL	**4**	**2**	**4**	**1**

Activité de neurochirurgie

Avec plus de 4 600 actes de neurochirurgie produits par les établissements implantés en Grand Est en 2022 quel que soit l'âge, l'évolution est à la baisse de 8% par rapport à l'année 2017. Cette baisse est un peu plus marquée qu'en moyenne nationale *(-5%)*.

Les établissements implantés dans la zone de recours *(ZR)* A-Ouest ont réalisé 16% de ces actes, ceux de la ZR B-Centre 52% et ceux de la ZR C-Est 32%.

Concernant les actes de chirurgie cranio-encéphalique (soumis à seuil) chez l'adulte, un total de 3 500 actes ont été produits par des établissements implantés en Grand Est, quel que soit le domicile du patient, ce qui représente une baisse de 8% par rapport à 2017.

En 2022, la répartition de la production de ces actes est la suivante : 17,5% en ZR A-Ouest / 52,0% en ZR B-Centre / 30,5% en ZR C-Est.

Pour ce qui concerne les enfants de moins de 15 ans, les établissements de la région ont produit un total de 483 actes en 2022, soit 16% de plus qu'en 2017, alors qu'il est constaté une baisse de 4% en moyenne nationale sur cette période.

En 2022, la répartition de la production de ces actes est la suivante : 9% en ZR A-Ouest / 72% en ZR B-Centre/19% en ZR C-Est.

2. Analyse du besoin

Analyse de l'évolution de la consommation de soins

Le taux de recours standardisé du Grand Est pour les actes de neurochirurgie est de 16% inférieur à la moyenne nationale en 2022. Il est proche de la moyenne nationale dans la ZR B-Centre, et respectivement de 23% et 28% inférieur à la moyenne nationale dans la ZR C-Est et la ZR A-Ouest.

Attractivité

Actes de neurochirurgie adulte

Concernant l'activité globale regroupant tous les actes de neurochirurgie (cranio-encéphalique, rachis moelle), les taux de fuite et attractivité de la région Grand-Est dans les régions voisines sont équivalents.

Avec 404 actes pris en charge hors région sur les 4 133 consommés par des patients adultes du Grand Est en 2022, le taux de fuites extra-régionales est de **9,8%** *(contre 9,3% en 2017)*. La moitié de ces fuites est prise en charge en Ile-de-France, et les régions Bourgogne Franche-Comté et Hauts-de-France en ont pris en charge chacune 16%.

Avec 366 actes au bénéfice de patients hors Grand Est sur les 4 095 produits en 2022, le taux d'attractivité extra-régionale est de **8,9%** soit 1 point de plus qu'en 2017. Cette attractivité s'exerce essentiellement auprès de patients originaires des Hauts-de-France, et de BFC.

Actes cranio-encéphaliques adulte (soumis à seul pour autorisation spécifique neurochirurgie)

Concernant les actes de chirurgie cranio-encéphalique *(soumis à seuil)* chez l'adulte, un total de 3 561 actes a été réalisé au bénéfice de patients résidant dans le Grand Est en 2022. En 2022 :

pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours A-Ouest : le taux d'autarcie est de 65% *(428 des 657 actes consommés pris en charge au sein de la ZR A)* avec 28% *(187)* des actes réalisés en Ile-de-France *(15% des actes)* et à l'intérieur de la région vers la zone de recours B *(6 % des actes)* ;
pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours B-Centre : le taux d'autarcie est de 89% *(1588 des 1 792 actes consommés pris en charge au sein de la ZR B)* avec 6% *(104)* des actes réalisés en Ile-de-France et à l'intérieur de la région à parts équivalentes dans les zones de recours A et C *(au total 6 % des actes)* ;

pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours C-Est : le taux d'autarcie est de 88% *(974 des 1 112 actes consommés pris en charge au sein de la ZR C)* avec 7% *(80)* des actes réalisés en Ile-de-France et à l'intérieur de la région dans la zone de recours B *(5% des actes)*.

Actes de neurochirurgie pédiatrique (moins de 15 ans)

En 2022, le taux de fuites extra-régionales est de 12% des actes de neurochirurgie pédiatrique. L'attractivité de la région est importante et en croissance avec un taux d'attractivité 23%. Ainsi 33% des actes, réalisés au bénéfice de patients domiciliés en Bourgogne Franche-Comté, sont pris en charge en zone de recours B-Centre en 2022.

À noter une disparité infra régionale importante :

Jusqu'en 2020, moins de 40 % de actes réalisés au bénéfice de patients résidant en zone de recours A-Ouest étaient pris en charge en Grand-Est ; depuis 2021, une activité de neurochirurgie pédiatrique a démarré en Zone de recours A via un partenariat avec la Zone de recours B-Centre. En 2022, 71% des 82 actes étaient pris en charge en Grand-Est, dont 32% au sein de la ZR A et 39% au sein de la ZR B.
Le taux de fuite vers l'Ile-de-France est en 2022 de 21% pour les actes réalisés au bénéfice de patients de la ZR A, de 1% pour la ZR B et 10% pour la ZR C.

Actes de radiochirurgie stéréotaxique

Cette activité très spécialisée est autorisée en Grand Est dans le cadre du SIOS 2018-2023 *(Zone de recours B-Centre)*, mais à ce jour n'est pas identifiée.

Les 107 actes de radiochirurgie stéréotaxique au bénéfice de patients domiciliés en Grand Est ont été réalisés en dehors de la région en 2022 : Ile-de-France *(39%)*, Hauts-de-France *(49%)* et PACA *(9%)*.

Actes de neurochirurgie fonctionnelle

Pour l'année 2022, 90% des 575 actes de Neurochirurgie fonctionnelle au bénéfice de patients domiciliés en Grand-Est sont réalisés au sein de la région : 67% au sein de la ZR B-Centre, 7% au sein de la ZR A-Ouest, et 15% au sein de la ZR C-Est.

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

L'arrêté du 19 mars 2007 fixe l'activité minimale annuelle, par site, pour la neurochirurgie : pour la neurochirurgie adulte, ce seuil minimal de 100 interventions portant sur la sphère cranio-encéphalique constitue l'un des critères réglementaires de qualité et sécurité des soins.

Aucune activité annuelle n'est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique, la neurochirurgie fonctionnelle et la radiochirurgie. Une structuration régionale de la filière Neurochirurgie pédiatrique est nécessaire dans le cadre du SRS 2023-2028. Il n'y a pas de seuil pour cette activité, mais l'expertise des opérateurs et la permanence des soins sont à sécuriser pour une offre de qualité.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Exigences réglementaires

Outre le seuil de 100 actes cranio-encéphaliques chez l'adulte par site et par an, les conditions de réalisation de l'activité sont précisées de façon réglementaire.

Conditions techniques

« L'autorisation ne peut être délivrée à un établissement de santé ou à un groupement de coopération sanitaire que s'il dispose sur un même site, éventuellement par convention avec un autre établissement implanté sur ce site, dans un bâtiment commun ou à défaut dans des bâtiments voisins, des moyens suivants :
Une unité d'hospitalisation à temps complet et des salles d'opération d'interventions protégées prenant en charge les patients de neurochirurgie ;
Une unité de réanimation autorisée ;
Un plateau technique d'imagerie permettant de pratiquer des examens de neuroradiologie ».

La fluidité des parcours nécessite d'impliquer les activités de services de médecine rééducative neurologiques adultes comme enfants.

Neurochirurgie pédiatrique

La neurochirurgie pédiatrique doit s'intégrer dans une réflexion générale de coordination régionale des activités de chirurgie pédiatrique et de la détention par le site d'une autorisation de chirurgie pédiatrique et de réanimation pédiatrique. La zone de recours est donc retenue.

Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

Au regard de l'activité, la zone de recours est retenue.

Radiochirurgie

Au regard de l'activité, la zone de recours régionale est retenue.

NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

La neuroradiologie interventionnelle a un double périmètre d'activité :

Traitement (en urgence ou programmé) des pathologies neurovasculaires, en particulier anévrisme, malformation artério-veineuse cérébrale et médullaire, embolisation péri-opératoire dans le cadre d'une filière de soins neurochirurgie ;
Traitement par thrombectomie mécanique sans délai des accidents vasculaires cérébraux *(AVC)* dans le cadre d'une filière de soins AVC.

Les nouveaux textes modifient le périmètre de la façon suivante.

L'activité est rebaptisée « activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie » *(NRI)*. Elle ne fait plus l'objet d'une planification interrégionale, mais d'une planification régionale.
L'activité est définie avec plus de précisions. Elle concerne désormais explicitement les « actes diagnostiques et thérapeutiques » qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire mais également « par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire ».
La liste des actes relevant d'une autorisation de Neuroradiologie interventionnelle *(53 actes)* comporte également 17 actes d'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux. Pour ces 17 actes, une autorisation NRI spécifique n'est pas nécessaire lorsque l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire est détenteur d'une autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie et la radiologie interventionnelle.
Le traitement en neuroradiologie interventionnelle des lésions cancéreuses n'est possible que si le titulaire de l'autorisation détient également une autorisation pour le traitement du cancer.

Le **seuil d'activité minimale** est de 60 actes annuels pour les actes de thrombectomie mécanique pour la mention A, et de 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie pour la mention B.

1. État des lieux de l'activité

Offre de soins

Activités NRI Mention B

Cette activité est réalisée en Grand Est sur quatre sites tels que définis par le SIOS 2018-2023 : 1 en ZR A-Ouest, 1 en ZR B-Centre et 2 en ZR C-Est.Le seuil des 140 actes interventionnels thérapeutiques est atteint par les 4 établissements pratiquant ces actes. Elle est couplée à l'activité de Neurochirurgie sur les mêmes lieux d'implantation. Ces quatre centres réalisent 700 actes de thrombectomie mécanique en 2022.

Activités NRI Mention A

Dans la cadre de l'organisation de la filière AVC, il existe désormais la possibilité d'obtenir une autorisation Mention A *(réalisation de thrombectomie uniquement)* avec un seuil minimal de 60 actes annuels, avec une dérogation possible à 45 actes par an.

2. Analyse du besoin

Les taux de recours

Le taux de recours standardisé à un acte thérapeutique hors thrombectomie en Neuroradiologie évolue à la hausse entre 2018 et 2022, avec en 2022 un taux de 16% supérieur à la moyenne nationale, donnée en faveur d'un maillage permettant un accès satisfaisant à cette pratique en région.

Le taux de recours standardisé à la thrombectomie mécanique évolue à la hausse de 29 % entre 2018 et 2022, *(vs +19 % au niveau national)*, ce qui témoigne d'un maillage permettant un accès satisfaisant à cette pratique en région.

Approche par la notion d'accès aux soins

L'activité « Mention B » est une activité de recours hautement spécialisée, couplée à une activité de neurochirurgie, elle-même hautement spécialisée.

L'activité de « Mention A » nécessite une équipe formée à la thrombectomie et assurant 24 h/24 h et 7 jours sur 7 une astreinte opérationnelle.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Principes élaborés en région, structurés en termes de gradation des soins

La réforme des autorisations de neuroradiologie interventionnelle met en place une gradation des autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, selon deux niveaux :

La mention A, pour la réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;
En Grand Est, il n'y a pas à ce jour d'activité de thrombectomie mécanique isolée des autres activités interventionnelles en neuroradiologie ;
La mention B, pour l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie ;
Elle correspond aux implantations actuelles, réalisées en parallèle des implantations de neurochirurgie socle.

Les OQOS pour l'activité de NRI « Mention B » sont déterminés en parallèle de ceux de l'activité de neurochirurgie, avec maintien des quatre sites d'implantation existants dont l'activité, largement au-delà des seuils, est bien structurée.

Les OQOS pour l'activité de NRI Mention A ont pour objectifs de donner la possibilité aux sites équipés d'une Unité Neurovasculaire de recours dans le cadre de la filière AVC de pouvoir mettre en place une activité de thrombectomie mécanique s'ils peuvent mobiliser des RH en radiologues/neurologues formés.

Le passage d'un objectif OQOS issu du SIOS à un objectif OQOS dans le cadre du PRS n'induit pas de modification de l'activité, qui devient la mention B selon la réforme.

L'apparition d'une nouvelle autorisation *(Mention A)* nécessite de définir des objectifs OQOS pour une activité qui n'existait pas auparavant en Région Grand Est.

URGENCES

Les structures de médecine d'urgence constituent un pivot de notre système de santé. Elles permettent d'assurer une réponse rapide et efficace en cas d'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie. En s'appuyant sur le développement des SAS, la mise en place de la réorientation vers la ville depuis l'accueil des urgences ou encore sur le déploiement de coordonnateurs de parcours dans les SU, la médecine d'urgence participe à la structuration de parcours de soins non programmés garantissant à chaque citoyen un accès aux soins de qualité.

1. État des lieux de l'activité

Au 31 décembre 2024, la région comptabilise 50 implantations autorisées de structures d'accueil des urgences (46 adultes et 4 pédiatriques), avec au moins 2 structures des urgences (SU) par zone d'implantation de référence, et 1 structure des urgences pédiatriques (SUP) par zone de recours.

2. Analyse du besoin

Évolution de l'activité de soins par zone d'Implantation *(ZI)*

Activité des SAMU : évolution du nombre de dossiers de régulation médicale entre 2018 et 2023 *(source SAE)*

Avec plus de 1.2 millions de dossiers de régulation médicale en 2023, la région observe une hausse de 9% par rapport à 2018.

Activité des SMUR : évolution du nombre de sorties primaires et secondaires entre 2018 et 2023 *(source SAE)*

Sorties primaires

Près de 47 188 sorties primaires en 2023, la région observe une baisse de 8% par rapport à 2018.

Sorties secondaires

Avec près de 11 543 sorties secondaires en 2023, la région observe une baisse de 17% par rapport à 2018.

Activité des structures des urgences adultes : évolution du nombre de RPU entre 2018 et 2023 *(source Est Rescue)*

Si l'on compare l'année 2023 à l'année 2018, le nombre de RPU produits en région est passé de 1,6 à 1,5 millions, soit une baisse de 8%.

Approche par la notion de temps d'accès aux structures des urgences

Les temps d'accès à une structure d'accueil des urgences sont très majoritairement inférieurs à 30 minutes en région Grand Est.

La couverture territoriale des SMUR garantit également l'accessibilité de cette modalité aux patients de la région.

En considérant l'accès aux services d'urgences et/ou aux SMUR, la population à plus de 30 min représente 6% de la population Grand Est (contre 10% au niveau national). Cependant, pour 3 départements situés en zone rurale *(Aube, Haute-Marne, Meuse)*, la part de population située à plus de 30 min se situe entre 14 et 25%.

À noter que la population à plus de 45 mn représente 0,3% de la population Grand Est.

Si la période de pandémie a été marquée par une baisse significative de la fréquentation des services d'accueil des urgences, l'année 2023 confirme la reprise de la fréquentation de 2022 dans un contexte de tensions majeures sur les ressources humaines de médecins urgentistes.

Le Service d'accès aux soins (SAS) a été généralisé en 2023 à tous les départements de la région. Les effectifs d'Assistants de Régulation Médicale (ARM) via les Centres de formation ont été renforcés pour permettre une meilleure réponse des Centres 15.

L'ARS Grand Est apporte toute son attention aux filières d'aval post-urgence ainsi qu'aux admissions directes.

La régulation médicale sera renforcée pour détecter les besoins d'Aide Médicale Urgente, projeter rapidement les moyens de secours et organiser les prises en charges.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Le régime des autorisations de l'activité de soins de médecine d'urgence a été modifié à la suite de la parution de nouveaux textes encadrant cette activité en décembre 2023 impliquant ainsi une révision du SRS et des OQOS actuellement fixés via le SRS 2023-2028 publié en octobre 2023.

En effet, les nouveaux textes réglementaires introduisent la création des antennes de médecine d'urgence, à savoir les deux décrets parus le 29 décembre 2023, un décret en Conseil d'Etat modifiant les conditions d'implantation et un décret simple modifiant les conditions techniques de fonctionnement, et l'arrêté « Professionnels correspondants du SAMU » :

- Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence
- Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

L'objectif principal d'une antenne est de conforter l'accès à une offre de médecine d'urgence en conservant un maillage territorial, tout en offrant une souplesse de fonctionnement adaptée aux besoins locaux et aux contraintes de ressources. L'objectif est aussi d'offrir de la stabilité et de la lisibilité pour la population : il s'agit de disposer d'une organisation territoriale des urgences qui ne soit pas à la merci de fermetures temporaires aléatoires au gré des difficultés sur les ressources médicales.

Plusieurs garanties sont mises en place pour assurer la sécurité des prises en charge par ces antennes de médecine d'urgence :

- La capacité de prendre en charge toute urgence sans réserve pendant ses heures d'ouverture ;
- L'adossement obligatoire à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), garantissant la continuité des soins et la prise en charge des patients en état critique après la fermeture de l'antenne ;
- Une collaboration étroite avec un service des urgences (SU) ouvert 24h/24, à proximité, pour mutualiser les moyens au sein d'une équipe médicale commune.

Bien évidemment, aucune antenne de médecine d'urgence ne peut être mise en place sans que des solutions soient travaillées pour assurer la prise en charge des urgences du territoire aux horaires de fermeture de l'antenne (par exemple la nuit).

Les décrets du 29 décembre 2023 prévoient également la possibilité de mettre en œuvre de unités mobiles hospitalières paramédicalisées (UMHP). Ces unités interviennent en complément du SMUR en fonction de l'évaluation du médecin régulateur du SAMU et se composent d'un infirmier et d'un conducteur, spécifiquement formés à ce type d'interventions et dotés de protocoles de soins et d'outils numériques connectés.

Les décrets prévoient la possibilité de mettre en œuvre une régulation à l'entrée des urgences, ainsi qu'une réorientation des patients conformément aux dispositions prévues aux articles R 6123-18-2 et R 6123-20 du Code de la santé publique.

Conformément aux articles R.6123-1 et R.6123-4, R.6123-5, R.6123-8, R.6123-9 du Code de la santé publique, les modalités d'exercice de la médecine d'urgence sont soumises à autorisation et se distinguent en Grand Est selon les mentions suivantes :

- SAMU (Service de l'Aide Médicale Urgente),
- SMUR (Service mobile d'Urgence et de Réanimation terrestre et héliporté),
- SMUR pédiatriques,
- Structures d'urgences (SU),
- Antennes de médecine d'urgence,
- Structures d'urgences pédiatriques.

Le déploiement du Service d'Accès aux Soins, avec la consolidation d'une offre de soins non programmés dans les CPTS et les établissements, est une priorité pour diminuer le taux de recours aux urgences, proposer une offre de soins en proximité sans saturer les urgences et ainsi se prémunir de ce risque.

Dans le cadre de la concertation avec les partenaires, et notamment avec le Comité Régional Consultatif d'Allocation des Ressources (CCAR) Urgence, créé par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation, auprès de chaque ARS, et après échanges avec les structures concernées, les principes suivants ont été pris en compte pour définir le maillage territorial lié à la création des antennes de médecine d'urgence en lien avec les recommandations nationales et les sociétés savantes :

- Un nombre annuel de passages inférieur à 25 000 passages annuels en tenant compte également du nombre de passages la nuit ;
- La présence d'une ligne de SMUR sur la même entité géographique (condition pour la création, la transformation en antenne de MU). Le DG ARS peut y déroger par arrêté à condition que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence soit couvert par ailleurs ;
- Des tensions sur les RH médicales et non médicales spécifiques et l'enjeu d'attractivité et de préservation de la ressource existante : la bonne ressource au bon endroit ;
- Un impact limité sur les établissements du territoire, le passage d'une SU en antenne ne doit pas conduire à mettre en tension les établissements autour, même si la condition de participer à une équipe commune permettra d'y répondre en partie en partageant l'obligation de garde avec les médecins de l'antenne de MU.

Notre région partageant ses frontières avec quatre autres pays, les conventions en cours concernant l'Aide Médicale Urgence (AMU) ont également été prises en compte.

Les cibles d'implantation qui concernent les structures de médecine d'urgence sont définies ci-après, par zones d'implantation, avec une notion de borne basse et haute. L'objectif est de prendre en compte dès maintenant la trajectoire possible, permettant aux acteurs de mettre en conformité leur modèle en conséquence et de travailler sur la filière par territoire. La cible est également un maintien de l'activité existante en prenant en compte les structure des urgences et les antennes de médecine d'urgence.

S'agissant des structures en capacité d'accueillir les urgences polyvalentes (structures des urgences -SU), l'objectif cible est défini, dans chaque zone d'implantation, dans le cadre de la borne basse et de la borne haute, au regard des besoins de la population notamment en termes d'accessibilité.

La borne haute concernant les antennes de médecine d'urgence permet de maintenir le même nombre d'établissements autorisé, avec le cas échéant une autorisation de médecine d'urgence sous forme d'antenne de médecine d'urgence, afin de garantir le maillage par zone d'implantation. Pour l'ensemble du territoire régional, la borne basse d'antennes de médecine d'urgence, est fixée à zéro, car cette activité n'existe pas dans l'offre de soins en avril 2025. Les créations d'antennes de médecine d'urgence interviendront uniquement par recomposition de l'offre de SU existante. Afin de ne pas déstabiliser l'offre et d'assurer une couverture suffisante en SU, seuls certains territoires pourraient être concernés par la mise en place d'antennes de médecine d'urgence.

De fait, l'ajout d'antennes de médecine d'urgence dans une zone d'implantation n'entraine pas de facto la réduction dans les mêmes proportions du nombre de structures des urgences. La limite de la borne basse prend en compte le minimum nécessaire pour maintenir le même nombre total d'implantations en structures polyvalentes dans les territoires (structures des urgences et antennes de médecine d'urgence). En revanche, afin d'être au plus près des territoires, et dans la mesure où le Schéma Régional de Santé est la projection à cinq ans des implantations nécessaires, un territoire peut être amené à évoluer durant la période du SRS. Dans l'objectif d'établir la trajectoire d'évolution nécessaire, des implantations d'antennes de médecine d'urgence sont ajoutées à une structure des urgences, dans certaines zones d'implantation, pour permettre une adaptation possible de l'offre.

Les OQOS tels que définis présentement prennent également en compte les autorisations détenues par l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest conformément à l'arrêté du 13 mai 2024 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ainsi que la correction d'une erreur matérielle concernant la ZI 9 – retrait d'une implantation SAMU non existant (10 SAMU en GE, 11 implantations dans le SRS 2023-2028).

Après la délivrance des futures autorisations sanitaires en médecine d'urgence, les partenaires avec l'ARS Grand Est entendent initier un travail de structuration de l'offre, afin de garantir la pérennité des structures et les prises en charge de la population, en accompagnant les territoires dans leur organisation. A cet égard, l'objectif sera de fluidifier le fonctionnement des services des urgences par la mise en synergie des ressources territoriales et l'évolution des métiers. Il s'agira de renforcer, sur le champ de la médecine d'urgence, les coopérations et organisations territoriales, à la maille la plus adaptée pour chaque territoire, par la mise en place de réseaux territoriaux des urgences, de coordination du bedmanagement et des hospitalisations non programmées. Cela conduit à engager dans chaque territoire une démarche collective, en fonctionnant en équipes territoriales de médecine d'urgence qui pourra conduire à la mise en place de projets territoriaux de médecine d'urgence.

De même, un travail sur le maillage des antennes SMUR sera conduit afin de garantir une couverture optimale en SMUR / antennes SMUR qui pourra conduire à une adaptation du SRS.

EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE À DES FINS MÉDICALES

Depuis 2015, la France a déployé une stratégie autour du plan France médecine génomique 2025 sous l'égide du premier ministre. A ce jour, 2 plateformes de séquençages à très haut débit du génome entier ont été installées tant pour des préindications de maladies rares que pour des cancers rares – lancement décembre 2016. Ces 2 plateformes actuelles doivent couvrir les besoins de séquençage Whole Genome de la France entière laissant encore de vraies problématiques de délai de traitement et de rendus des résultats *(autour de 18 mois)*.

La révision de la loi de bioéthique du 2 août 2021 a élargi encore modifié le champ de la génétique notamment pour la réalisation d'un dépistage néonatal par le biais d'une technique de génétique moléculaire *(article L1411-6)*.

Pour mémoire, la génétique du Grand Est a été portée au plus haut niveau avec de grandes figures de la génétique mondiale qui ont conduit au développement d'équipes de recherche internationale *(IGBMC)* et également diagnostiques, en particulier avec Pr Jean Louis Mandel qui vient d'être lauréat 2022 du prix Kavli dans le domaine des neurosciences, équivalent du prix Nobel. Des grandes équipes de recherches sont encore très actives sur le territoire.

Un examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicale – c'est-à-dire réalisé en post natal - consiste à analyser les caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Cette analyse a pour objet soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne, soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés, soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Les examens de génétique somatique *(étude de la génétique d'une tumeur par exemple)* et les examens réalisés dans le cadre du don *(notamment analyses HLA dans le cadre de la greffe)* sont en dehors du champ des examens des caractéristiques génétiques.

Différentes techniques permettent d'analyser les caractéristiques génétiques :

Si l'anomalie génétique est visible au niveau du chromosome, les techniques utilisées seront le plus souvent des techniques de cytogénétique *(caryotype)* y compris de cytogénétique moléculaire *(FISH)*.
Si l'anomalie se situe au niveau de la molécule d'ADN, du gène, une technique de génétique moléculaire sera plutôt employée.
Toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus.

Cette frontière autrefois franche entre cytogénétique et génétique moléculaire tend à disparaitre avec l'apparition de techniques qui permettent d'appréhender des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire *(analyse chromosomique par puce à ADN ou ACPA ; techniques de séquençage de nouvelle génération ou NGS)*.

Sont exclus de ce volet « Examen des caractéristiques génétiques », le volet le diagnostic prénatal ainsi que la recherche de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel. Ils sont traités dans un autre chapitre cependant, il s'agit souvent des mêmes équipes et même laboratoire.

1. État des lieux de l'activité

L'activité de génétique *(en dehors de l'activité de recherche des mutations courantes et remboursés –facteur de la coagulation ou hémochromatose)* concerne majoritairement le diagnostic de maladies dites rares mais aussi de plus en plus en cancérologie *(prédisposition aux cancers familiaux mais aussi positionnement de la stratégie thérapeutique)*, le maillage de l'activités de génétique s'évalue au niveau national et l'organisation de la part des généticiens au sein de leur association. Le législateur a confié le recueil des données d'activités à l'agence de biomédecine.

L'offre actuellement est portée :

- par des laboratoires en région notamment des CHU pour les examens dit de séquençage haut débit *(panel de géne et exome)* ;
- deux plateformes de séquençages du génome se répartissent les patients français dans le respect des pré indications définis – plateforme pour lesquelles certaines généticiennes contribuent au fonctionnement pour la validation des examens, etc. ;
- des LBM dit spécialisés privés *(Paris et Lyon).* Dans certain cas en dehors du Grand Est, les LBM s'appuie sur les équipements deployés dans d'autres pays européen.

Répartition des implantations en Grand Est *(source Agence de biomédecine)*

					Nombre de laboratoires
				Grand Est	France
Type d'activité	**Alsace**	**Champagne Ardenne**	**Lorraine**	**Région entière**	**-**
Nombre de laboratoires ayant une activité de cytogénétique	2	2	4	8	59
Nombre de laboratoires ayant une activité de génétique moléculaire	5	3	6	14	183
- activité non limitée	3	1	5	9	125
- activité limitée	2	2	1	5	58

2. Analyse du besoin

L'importance de la génétique médicale autour de l'offre de biologie

Le développement de la génétique médicale est incontournable pour la bonne conduite de la prescription des examens innovants et l'accès aux plateformes de séquençage. La génétique *(conseiller en génétique et généticiens médicaux)* est une ressource sollicitée en appui par les CR/CCMR mais aussi de plus en plus par les spécialistes d'organes.

L'accroissement de cette médecine personnalisée explique la nécessité d'interroger les flux et les délais de rendu d'examen. À l'aune de ces évolutions, un maillage public et/ou privé d'une offre de médecin généticien / conseiller en génétique en capacité d'accompagner les prescripteurs *(en vue d'une bonne pertinence de la prescription notamment)*, les patients et familles *(dans l'acception du résultat)* est indispensable.

Le territoire est couvert à l'exception de la zone du nord des Ardennes et à moindre niveau au sein de la ZI 8. Le déploiement de la téléconsultation assistée doit pouvoir améliorer les situations en s'appuyant sur les ressources du territoire.

Offre de soins en rapport avec l'activité de soins

Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

La cytogénétique traditionnelle *(Caryotype)* conserve une indication forte notamment dans les bilans d'infertilité et est inscrit à la nomenclature. Le caryotype tend à être remplacé par l'analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA) offrant une exploration des anomalies du développement avec un retour assez rapide des résultats ou en prénatal.

Au sein de la région, 6 établissements de santé publics et 3 LBM privés sont actuellement autorisés *(2 en Lorraines et 1 en Champagne Ardenne)*. L'activité des LBM privés est d'environ 1000 examens par an pour bilan d'infertilité.

Le rapport d'activité de l'agence de la biomédecine s'agissant de la cytogénétique porte sur la production des LBM du territoire. Un déficit de production dans le territoire alsacien vis-à-vis de la population du territoire concerné est constaté.

Les données de remboursement de leur côté indique qu'il y a pour le caryotype 1300 examens réalisée pour les patients du Bas-Rhin.

Les LBM des territoires lorrain et champardennais réalisant le caryotype pour leur compte et pour le compte d'autres territoires.

		Nombre d'analyses				
					Grand Est	France
Indication	**Technique**	**Alsace**	**Champagne Ardenne**	**Lorraine**	**Région entière**	**-**
Déficiences intellectuelles / malformations / anomalies du développement	Caryotype	227	174	113	514	10426
	FISH	128	53	40	221	5274
Troubles de la reproduction	Caryotype	360	1261	3205	4826	53740
	FISH	12	135	325	472	9465
Maladies cassantes	Caryotype	0	0	9	9	300
	FISH	0	0	0	0	4
Etudes familiales	Caryotype	180	133	116	429	5325
	FISH	91	43	59	193	3017
Don de gamète	Caryotype	82	5	37	124	2003
	FISH	0	0	5	5	75
Recherche d'une anomalie constitutionnelle suite à la réalisation d'un examen somatique	Caryotype	9	25	4	38	194
	FISH	5	4	4	13	90
Autre	Caryotype	3	2	81	86	1412
	FISH	1	0	10	11	539
Total	Caryotype	861	1600	3565	6026	73400
	FISH	237	235	443	915	18464

Examen de Génétique moléculaire

Quelques recherches de mutations *(gène d'hémochromatose, gène MTHFR, exploration d'anomalie de la coagulation)* sont inscrites à la nomenclature. Ces recherches sont réalisées avec des kits proches de ceux utilisés en biologie moléculaire traditionnelle *(séquençage ciblée)*. Sur cette offre de premier niveau, le territoire dispose de 10 LBM *(publics ou privés)*. *(Décrit par l'ABM comme activité limitée)*.

Les 3 CHU disposent d'une capacité de séquençage de panels de gênes sans aller jusqu'au génome.

Tableau POSTNATAL5. Activité de génétique moléculaire postnatale hors plateformes PFMG dans la région Grand Est et en France en 2021

					Grand Est	France
		Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Région entière	-
Génétique moléculaire	Nombre d'individus testés	5 578	1 363	**28 461**	**35 402**	465 589
	Nombre de maladies différentes recherchées	878	22	692	**1213**	3 731
Pharmacogénétique	Nombre d'individus testés	319	105	68	**492**	18 966
	Nombre d'indications recherchées	4	2	1	**4**	37

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Le maillage de biologistes compétents et reconnus sur le territoire contribue à **la bonne prescription et la régulation** de celle-ci et devra contribuer à aider et à accompagner le rendu du résultat par les spécialistes d'organe non biologistes.

La réalisation des actes sur le territoire permet un échange local entre praticien clinicien et biologiste accessible, développe les capacités de formation du territoire et participe à l'attractivité et au rayonnement technologique de la région Grand Est.

Au regard de l'importance des données générées, l'aspect clinique ne doit pas être négligé et doit s'appuyer sur équipes de cliniciens pluridisciplinaires de haut niveau. Il conviendra de s'assurer que d'éventuelles nouvelles implantations s'inscrivent dans un cadre de coopération avec tous les acteurs concernés.

Au regard de l'activité, la zone d'implantation de référence est retenue pour cette activité de soins.

HOSPITALISATION À DOMICILE *(HAD)*

La réforme du droit des autorisations a modifié le régime des autorisations d'activité de soins en vue notamment de développer des alternatives à l'hospitalisation avec hébergement.

La notion d'établissement d'hospitalisation à domicile disparaît au profit de celle de titulaire de l'autorisation d'activité de soin d'hospitalisation à domicile. La définition de l'aire d'intervention est désormais établie par l'énumération des communes.

La définition de l'HAD est désormais précisée selon : « L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Le titulaire de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile contribue à l'évaluation et à l'orientation du patient. Il assure si nécessaire une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient. »

Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- Socle : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions ;
- Ante et post-partum : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post-partum intégrant une dimension pathologique ;
- Enfants de moins de trois ans : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie, à l'exclusion des prises en charge de cancérologie qui sont réalisables dans le cadre de la mention socle ;
- Réadaptation : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par les décrets relatifs aux conditions d'implatation et techniques de fonctionnement (au moins 5 actes de rééducation ou réadaptation par semaine, relevant d'au moins deux pratiques thérapeutiques parmi les suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, diététique, orthophonie, psychomotricité, activité physique adapté. Parmi ces actes, au moins 3 relèvent de la compétence de deux professions de santé différentes).

1. État des lieux de l'activité

La région Grand Est compte 29 structures autorisées à réaliser l'activité d'hospitalisation à domicile. L'activité d'HAD régionale est hétérogène, en termes de taille des structures, en termes de prises en charges proposées *(Mode Proposé de Prise en charge : MPP)* et en termes d'organisation interne et externe. Des organisations innovantes sont en place (guichets uniques, e-santé) et les bonnes pratiques sont partagées régulièrement lors de journées régionales. Ce maillage solide permettra un travail efficace de mise en œuvre de la réforme du droit des autorisations. L'intégration de l'HAD dans le cursus des différents professionnels de santé a été mise en place très précocement et permettra un renforcement de la connaissance de l'outil et son utilisation.

Avec 525 393 journées produites en 2023 contre 503 001 en 2022, soit une augmentation de 4%, la région Grand Est se place en 7ème position en nombre de journées produites.

Région	Nombre de journées (2023)
Auvergne-Rhône-Alpes	650 613
Bourgogne-Franche-Comté	235 190
Bretagne	396 838
Centre Val de Loire	313 393
Corse	98 015
Grand Est	525 393
Guadeloupe	183 321
Guyane	79 311
Hauts-De-France	708 154
Ile-De-France	1 309 477
La Réunion	174 215
Martinique	62 363
Mayotte	/
Normandie	242 850
Nouvelle-Aquitaine	696 108
Occitanie	598 446
Pays De La Loire	324 350
Provence-Alpes-Côte D'azur	626 288

En termes d'activité, depuis 2019, le nombre de journées d'HAD produites a augmenté de 19%. On retrouve le même dynamisme sur la période de crise sanitaire liée au COVID 19 puis une stagnation voir une légère baisse à compter de 2023 (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Nombre de journées produites depuis 2019

ZI - GHT - Etablissement	Nombre de journées					Evolution journée				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
01 - ZI Nord Ardenne	14 443	15 545	12 922	11 799	12 315		7,6%	-16,9%	-8,7%	4,4%
02 - ZI Champagne	50 663	46 592	47 449	39 511	41 012		-8,0%	1,8%	-16,7%	3,8%
03 - ZI Aube et Sézannais	18 495	23 052	21 809	19 788	18 588		24,6%	-5,4%	-9,3%	-6,1%
04 - ZI 21-52	12 217	13 762	14 487	11 848	13 456		12,6%	5,3%	-18,2%	13,6%
05 - ZI Cœur Grand Est	36 572	38 039	42 362	45 987	51 544		4,0%	11,4%	8,6%	12,1%
06 - ZI Lorraine Nord	38 609	43 498	42 412	40 613	44 271		12,7%	-2,5%	-4,2%	9,0%
07 - ZI Sud Lorraine	88 165	105 432	111 062	111 848	105 374		19,6%	5,3%	0,7%	-5,8%
08 - ZI Vosges	29 507	36 690	37 997	43 588	45 157		24,3%	3,6%	14,7%	3,6%
09 - ZI Moselle Est	24 454	30 430	27 239	25 826	23 591		24,4%	-10,5%	-5,2%	-8,7%
10 - ZI Basse Alsace Sud Moselle	72 524	82 283	79 700	85 360	90 307		13,5%	-3,1%	7,1%	5,8%
11 - ZI Centre Alsace	25 570	30 567	32 362	31 988	34 650		19,5%	5,9%	-1,2%	8,3%
12 - ZI Haute Alsace	30 053	37 089	34 196	34 821	45 071		23,4%	-7,8%	1,8%	29,4%
Départements limitrophes			97	307	160		#NUL!		216,5%	-47,9%
Hors Grand Est et Dept limit	350	523	180	80	180		49,4%	-65,6%	-55,6%	125,0%
Total général	441 622	503 502	504 274	503 364	525 676		14,0%	0,2%	-0,2%	4,4%

Les 3 ZI les plus productrices de journées d'HAD sont la ZI 7 - Sud Lorraine (entre 20 et 22% depuis 2019), la ZI 10 - Basse Alsace Sud Moselle (entre 16 et 17% depuis 2019) et la ZI 5 - Cœur Grand Est (9,8% en 2023) (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Part d'activité en nombre de journées

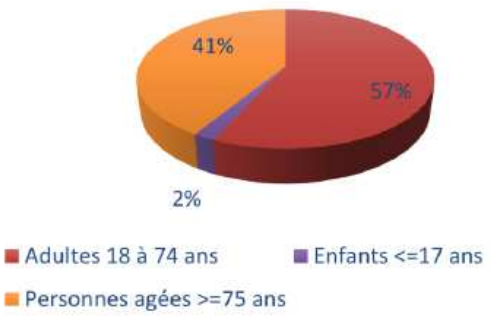
ZI - GHT - Etablissement	Nombre de journées					Part d'activité journée				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
01 - ZI Nord Ardenne	14 443	15 545	12 922	11 799	12 315	3,3%	3,1%	2,6%	2,3%	2,3%
02 - ZI Champagne	50 663	46 592	47 449	39 511	41 012	11,5%	9,3%	9,4%	7,8%	7,8%
03 - ZI Aube et Sézannais	18 495	23 052	21 809	19 788	18 588	4,2%	4,6%	4,3%	3,9%	3,5%
04 - ZI 21-52	12 217	13 762	14 487	11 848	13 456	2,8%	2,7%	2,9%	2,4%	2,6%
05 - ZI Cœur Grand Est	36 572	38 039	42 362	45 987	51 544	8,3%	7,6%	8,4%	9,1%	9,8%
06 - ZI Lorraine Nord	38 609	43 498	42 412	40 613	44 271	8,7%	8,6%	8,4%	8,1%	8,4%
07 - ZI Sud Lorraine	88 165	105 432	111 062	111 848	105 374	20,0%	20,9%	22,0%	22,2%	20,0%
08 - ZI Vosges	29 507	36 690	37 997	43 588	45 157	6,7%	7,3%	7,5%	8,7%	8,6%
09 - ZI Moselle Est	24 454	30 430	27 239	25 826	23 591	5,5%	6,0%	5,4%	5,1%	4,5%
10 - ZI Basse Alsace Sud Moselle	72 524	82 283	79 700	85 360	90 307	16,4%	16,3%	15,8%	17,0%	17,2%
11 - ZI Centre Alsace	25 570	30 567	32 362	31 988	34 650	5,8%	6,1%	6,4%	6,4%	6,6%
12 - ZI Haute Alsace	30 053	37 089	34 196	34 821	45 071	6,8%	7,4%	6,8%	6,9%	8,6%
Départements limitrophes			97	307	160	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Hors Grand Est et Dept limit	350	523	180	80	180	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Total général	441 622	503 502	504 274	503 364	525 676	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. Analyse du besoin

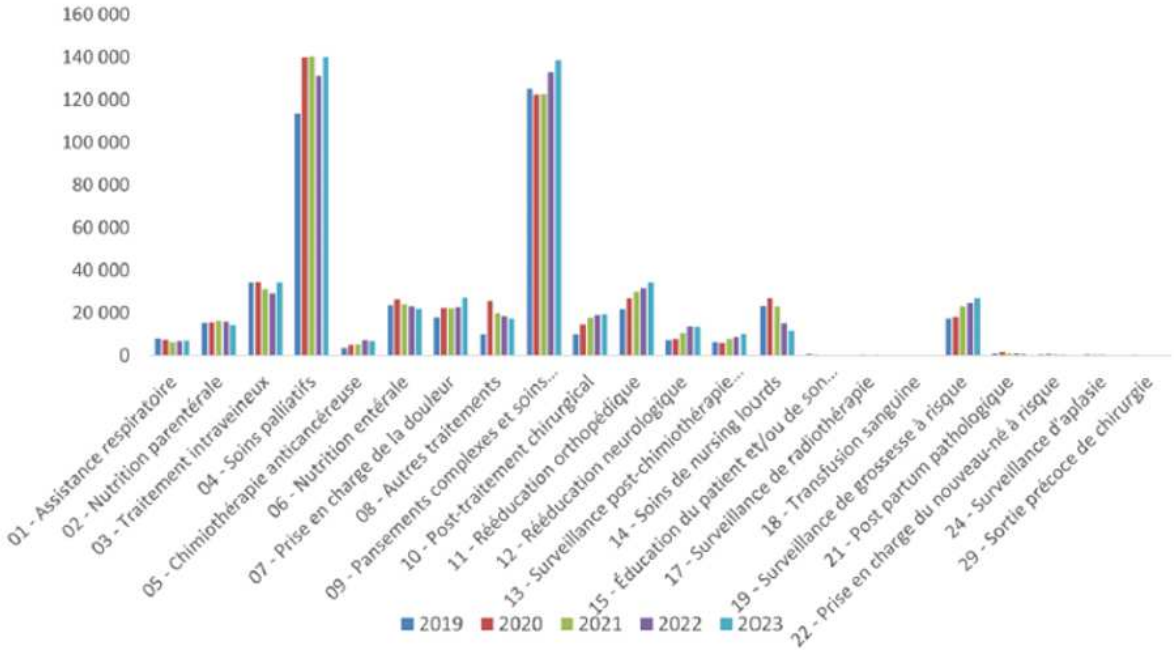
Nature des prises en charge

On constate que les patients de l'HAD sont pour 57 % des adultes entre 18 et 74 ans **(Graphique 3)**, que le nombre de journées concernant des prises en charge en soins palliatifs et soins complexes s'accroit significativement en 2023 **(Graphique 4)** et que 16% des journées en 2023 ont été produites à destination de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux **(Graphique 5)**, ce qui place la région Grand Est en 5ème position en nombre de séjours réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux.

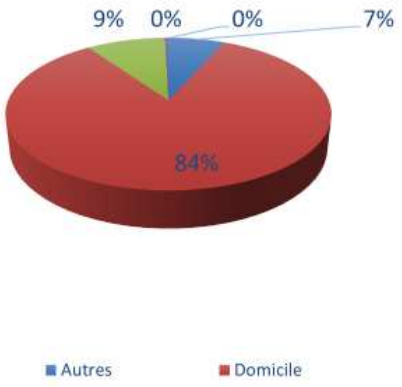
Graphique 3 : Répartition par classe d'âge en nombre de journées pour 2023



Graphique 4 : Répartition des Modes Principaux de Prise en charge (MPP) en nombre de journées



Graphique 5 : Répartition par hébergement en nombre de journées pour 2023



Portrait de l'HAD au niveau des zones d'implantation de référence *(données 2024)*

Zones d'implantation de référence	Population	Nb moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants	Nombre de séjours	Nombre de journées	Taux de recours standardisé en nombre de journées pour 1000 habitants
ZI 1 - Nord Ardennes	212 614	16	401	12 621	55
ZI 2 - Champagne	550 707	20	1 794	39 302	74
ZI 3 - Aube et Sézannais	336 828	13	977	15 741	45
ZI 4 - "21-52"	108 384	38	405	14 874	112
ZI 5 - Cœur Grand Est	267 646	54	1 367	53 222	176
ZI 6 - Lorraine Nord	824 542	15	2 327	46 454	59
ZI 7 - Sud Lorraine	607 038	48	4 109	105 332	177
ZI 8 - Vosges	360 673	36	1 350	47 865	119
ZI 9 - Moselle	309 481	25	1 016	28 584	86
ZI 10 - Basse Alsace Sud Moselle	1 079 637	23	3 875	91 137	89
ZI 11 - Centre Alsace	415 772	26	1 855	39 535	93
ZI 12 - Haute Alsace	487 965	22	1 511	39 566	83

Devant les enjeux de démographie médicale, de maintien des services de proximité, de coordination entre les acteurs hospitaliers et de ville, l'hospitalisation à domicile *(HAD)* doit prendre toute sa place dans le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, y compris concernant les mentions spécialisées.

L'enjeu porte sur la simplification de son accès et son identification comme un maillon du parcours patient. Pour y répondre, une meilleure connaissance de cette modalité de prise en charge par les professionnels de santé et par les usagers doit être développée ainsi qu'un recours dans l'ensemble des lieux de vie, y compris dans les établissements médicosociaux.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La feuille de route stratégique HAD 2021-2026 tire le constat d'un développement insuffisant de l'HAD malgré le mouvement de recentrage des soins vers le secteur ambulatoire. En effet, les objectifs quantifiés de recours à l'HAD inscrits dans la circulaire de 2013 ne sont toujours pas atteints en 2021 malgré une dynamique d'activité, se traduisant par une croissance de 52% du nombre de journées d'HAD depuis 2013.

Les causes identifiées de ce développement insuffisant résident en la méconnaissance des modalités de prise en charge par les prescripteurs et par un recours à l'hébergement hospitalier encore trop systématique.

Le présent SRS révisé est né des échanges avec les fédérations et les acteurs de terrain, au cours desquels a pu être approchée la notion de besoins en HAD via une approche « statistique » et une approche « parcours » pour les mentions « Ante et post partum » et « Moins de 3 ans ».

- L'approche statistique a permis une projection de l'activité pouvant être attendue compte tenu du niveau national de prises en charge en HAD et au regard d'indicateurs de besoins spécifiques aux mentions spécialisées ;
- L'approche parcours a permis une projection de l'activité au regard des données scientifiques sur la prévalence de la prématurité et du diabète gestationnel en population générale notamment concernant la mention « Ante et post partum ».

L'enjeu réside en la conciliation entre le principe de la nécessaire promotion de l'HAD en tant que facilitateur de la fluidité des parcours, et la non-dilution des expertises en présence, dans l'objectif de maintenir la qualité et de la sécurité des soins.

Ainsi, la stratégie en termes de planification repose sur les principes suivants :

- Pour la mention socle : Soutenir le développement des activités relevant de ce niveau de prise en charge en lien avec les acteurs du territoire et permettre de renforcer les établissements d'hospitalisation à domicile dans leur périmètre d'intervention.

→ A ce titre, l'ensemble des cibles minimales ont été définies à 1.

- Pour la mention « Réadaptation » : Permettre le développement de ces prises en charge avec la nécessité pour l'HAD de s'insérer dans les parcours à sa juste place, aux côtés des établissements autorisés en SMR notamment. L'importance de l'adossement à ces établissements a été démontrée afin de disposer en tant que de besoins d'avis spécialisés.

→ A ce titre, 7 implantations complémentaires ont été ouvertes pour la région.

- Pour la mention « Ante et post partum » : Permettre l'implantation de ces prises en charge plus largement sur le territoire, avec la nécessité de renforcer la coordination avec la maternité de niveau adapté à l'état de santé de la patiente et à l'âge gestationnel de l'enfant à naître.

→ A ce titre, 5 implantations complémentaires ont été ouvertes pour la région.

- Pour la mention « Moins de 3 ans » : Permettre le développement de ces prises en charge en lien avec les centres de référence en la matière, dans l'objectif de faire gagner l'ensemble des acteurs en compétences, dans un contexte d'accompagnement nécessaire des pathologies classiques et hyperspécialisées.

→ A ce titre, 4 implantations complémentaires ont été ouvertes pour la région.

Les territoires d'interventions peuvent être différents entre eux : exceptionnellement, un établissement pourrait disposer d'une aire d'intervention spécifique pour la mise en œuvre de son autorisation d'HAD de mention spécialisée.

Le découpage géographique poursuivra un objectif de cohérence et de lisibilité de l'offre qui garantit dans la mesure du possible, une couverture territoriale complète par l'offre d'HAD.

Un comité HAD annuel sera mis en place afin de permettre les échanges entre l'ensemble des acteurs concernés par l'HAD en région.

ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET ACTIVITÉS BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Assistance médicale à la procréation *(AMP)*

L'AMP correspond aux pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Diagnostic prénatal *(DPN)* et diagnostic préimplantatoire *(DPI)*

Le DPN correspond aux examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse. Ils comprennent : les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique, les examens de génétique moléculaire, les examens de biochimie fœtale et les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses. Le diagnostic prénatal non invasif ***(DPNI)*** fait partie des examens de DPN.

Le DPI comprend le diagnostic biologique réalisé à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro.

Les activités de DPN et de DPNI sont soumises à l'autorisation de l'ARS, avec avis de l'agence de la biomédecine *(ABM)* en cas de nouvelle autorisation *(avis ABM pas nécessaire s'il s'agit d'un renouvellement)*. Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal *(CPDPN)*, ainsi que l'activité de DPI sont soumis à l'autorisation de l'ABM, avec avis ARS.

1. État des lieux de l'activité

Données d'activités AMP

La région dispose de 9 centres clinico-biologiques *(réalisation de fécondation in vitro)* : 2 en Alsace, 3 en Champagne-Ardenne et 4 en Lorraine.

Les dernières données d'activité pour la région Grand Est disponibles sur le site de l'Agence de la biomédecine sur l'AMP datent de 2018 et montrent :

Une activité d'insémination supérieure à la moyenne nationale en Grand Est *(44,5 en Grand Est contre 41,1 pour 10 000 femmes en âge de procréer)* ;
Une activité de fécondation in vitro inférieure à la moyenne nationale *(79,9 en Grand Est contre 87,3 pour 10 000 femmes en âge de procréer)* ;
Une utilisation de l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde *(ICSI)* supérieure au niveau national *(76,6% des ponctions en Grand Est contre 67%).*

Les centres du Grand Est ont réalisé 7,9% des tentatives françaises et ont permis la naissance de 8% des enfants issus des tentatives d'AMP en 2018.

En termes d'origine géographique, 96,3% des femmes domiciliées en Grand Est et ayant été hospitalisées pour ponction ovocytaire, ont été prises en charge par un centre de la région et 89,2% des femmes hospitalisées pour une ponction ovocytaire en Grand Est, étaient domiciliées dans la région.

L'activité AMP a évolué en 2021, avec la publication de textes de loi relatifs à :

L'élargissement de l'accès à l'AMP aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes seules ;
L'accès aux origines des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation ;
La possibilité de réaliser une autoconservation des gamètes sans motif médical pour les femmes âgées de 29 à 36 ans révolus.

Concernant l'activité nouvelle d'autoconservation des gamètes sans motif médical, la sollicitation est forte au niveau national avec 5 000 demandes d'autoconservation d'ovocytes au 1er semestre 2022 *(540 réalisées)*. Cette activité s'ajoute à celle d'autoconservation médicale qui représente moins de 2 000 autoconservations réalisées par an en moyenne sur l'ensemble des centres autorisés. Des disparités ont été constatées entre les centres, avec des délais de prise en charge qui peuvent être longs et qui sont en augmentation, en particulier en Ile-de-France qui regroupe 25% des demandes de consultations du niveau national.

Concernant les dons d'ovocytes et de spermatozoïdes, des disparités sont également présentes entre les centres. Globalement, une augmentation du nombre de dons est relevée. Le délai de prise en charge des donneuses d'ovocytes est stable (6 mois) et le délai moyen des parcours AMP avec don d'ovocytes est stabilisé à 23 mois, avec une variabilité entre les centres (à noter une stratégie de restriction d'accès aux listes d'attente). Le délai d'attente est considéré comme stable concernant le don de spermatozoïdes et le stock de paillettes permet de répondre aux demandes en attente selon l'ABM. Pour le don d'ovocytes, comme pour le don de spermatozoïdes, l'ABM projette une forte augmentation des listes d'attente pour 2023.

Les retours d'expérience des centres du Grand Est, depuis la promulgation de la loi de bioéthique, mentionnent les éléments ci-dessous :

Une durée de consultation augmentée pour les dons de spermatozoïdes ou d'ovocytes en raison des explications complémentaires à apporter ;
Peu de nouveaux donneurs depuis la mise en application des nouvelles modalités d'accès aux origines, avec communication des données identifiantes ;
Augmentation des demandes de la part de femmes seules non mariées de plus de 40 ans ainsi que de femmes de plus de 35 ans souhaitant une autoconservation ovocytaire non médicale, principalement originaires de la région parisienne.

Laboratoires autorisés DPN et DPNI *(autorisation ARS)*

12 laboratoires de biologie médicale publics ou privés sont autorisés pour réaliser des examens biologiques de **DPN** *(2 en Alsace, 4 en Champagne-Ardenne, 6 en Lorraine)*.

Concernant le **DPNI**, 7 autorisations étaient prévues dans le précédent SRS : 2 en Alsace *(finalement 1 seul centre ouvert qui a, depuis, arrêté son activité)* ; 3 en Lorraine ; 2 en Champagne-Ardenne.

Centres autorisés CPDPN et DPI *(autorisation ABM)*

La région Grand Est comporte 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal *(CPDPN)* et dispose d'un des six centres autorisés en France par l'Agence de la biomédecine pour l'activité de DPI.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principaux enjeux relatifs à l'AMP concernent l'accès effectif et la réduction des délais de prise en charge concernant la préservation de la fertilité d'une part, et l'accès à l'AMP avec dons de gamètes d'autre part.

Garantir l'accès à la préservation de la fertilité pour raisons médicale et non médicale ; cela doit se traduire par :

- Des réflexions à mener sur l'extension des autorisations de certains centres ;
- Une articulation renforcée entre les professionnels dans le but de réduire les délais de prise en charge, notamment en cas de sollicitation pour raison non médicale ;

Promouvoir le don de gamètes.

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE *(IRC)*

Les textes encadrant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale par épuration extrarénale traitent, en pratique, des quatre modalités de l'épuration extrarénale suivantes :

Hémodialyse en centre ;
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée ;
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

1. État des lieux de l'activité

En termes épidémiologiques, le support de référence est le rapport R.E. I. N., dont la dernière publication disponible porte sur les données de l'année 2019.

La région se caractérise par une forte prévalence de la maladie rénale chronique *(MRC)* sur les ante-régions lorraine et alsacienne, l'ante-région champardennaise étant un peu plus épargnée.

Au 30 avril 2023, la région Grand Est dispose de :

26 centres d'hémodialyse : 23 pour adultes, et 3 pour enfants ;
30 unités de dialyse médicalisée ;
33 unités d'autodialyse *(données avril 2023)* ;
17 implantations pour traitement à domicile *(hémodialyse ou dialyse péritonéale)*.

Organisation de l'offre

L'offre de traitement par épuration extrarénale ne constitue qu'une partie de la prise en charge de la MRC.

Dans la très grande majorité des cas, ce sont les mêmes professionnels médicaux et paramédicaux qui suivent les patients tout au long de leur parcours avec une prépondérance de la ville ou de l'hôpital en fonction du degré de sévérité de la MRC.

Les objectifs de la thématique portent plus sur la manière d'éviter la prise en charge en dialyse par la prévention, le suivi avec le ralentissement de l'aggravation de la MRC, ou la prise en charge en greffe, voire maintenant la mise en place d'un traitement conservateur.

Des améliorations des parcours

Des améliorations, tant organisationnelles que structurelles, relatives à l'organisation du parcours du patient se déploient régulièrement en fonction des besoins des différents territoires.

Une expérimentation-parcours nationale – préfiguratrice du rôle de l'IPA – a porté sur la pré-suppléance et a concerné 650 patients durant 4 ans, sur les deux départements alsaciens de 2018 à 2021. Elle est en cours d'évaluation. Une collaboration accrue avec les laboratoires de biologie y permet d'améliorer le dépistage de l'IRC et l'orientation des patients.

La situation de l'ensemble des 1 477 patients dialysés en 2019 a été analysée concernant la possibilité de greffe, cela a conduit à peu de progrès sur le nombre d'inscrits mais a raccourci le délai d'inscription.

Un autre volet a proposé les alternatives et notamment la dialyse péritonéale à tout patient ayant commencé une dialyse en centre de manière non programmée.

La création du forfait maladie rénale chronique a répondu à un réel besoin des patients en permettant d'optimiser le suivi dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Un meilleur suivi permet de ralentir la progression de la MRC, de préparer les patients à un traitement conservateur ou de suppléance. Il est possible de mettre en place ce dispositif y compris dans des établissements dépourvus de service de néphrologie mais bénéficiant de consultations avancées de néphrologue. En dehors des options offertes par les techniques d'épuration extrarénale ou la greffe pour les patients éligibles, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique avancée sans dialyse doit être une prise en charge active, qui prévient et traite les complications liées à la maladie tout en offrant un accompagnement global à la personne et à ses proches.

Dans la partie lorraine de la région, les diverses équipes ont une structuration en réseau portée par NEPHROLOR. Cette collaboration est outillée par des systèmes d'information intégrés. En 2018-2019, est mis en œuvre le maillon E-NEPHRO pré-greffe d'un système d'information couvrant tout le parcours du patient sans interruption depuis le diagnostic de la MRC. La période écoulée a vu également la mise en œuvre de la rémunération à l'hôpital d'un suivi coordonné et pluridisciplinaire des patients au stade 4 et 5 de la MRC, avant la prise en charge effective par dialyse ou greffe *(néphrologue, consultations IDE, diététicienne, psychologue, etc.)*. L'ensemble des structures ayant une activité de dialyse à l'exception de 2 structures est entré dans cette prise en charge des patients

La région promeut une initiative dans le cadre de l'innovation *(dite « article 51 »)* visant à structurer le parcours patient et modéliser un projet de forfait pour la prise en charge en ville.

Des réflexions sont en cours, notamment dans le cadre des CPTS avec inscription de cette pathologie dans les priorités de certaines d'entre elles.

Enfin des initiatives entre établissements et structures associatives relatives à la création de « Maison du Rein » sont en cours de déploiement à l'instar de ce qui existe en Lorraine. L'objectif est de proposer une filière complète, organisée et affichée de la prise en charge du patient malade rénal, pour mutualiser les ressources d'une part et offrir un lieu unique de toutes les prises en charge quelle que soit l'étape du parcours.

2. Analyse du besoin

La prise en charge de la maladie rénale chronique va évoluer de manière importante dans la prochaine décennie avec déjà des effets tangibles à l'aune de ce SRS portés par les principes d'organisation à promouvoir en région, déclinés dans la feuille de route.

La démographie des néphrologues reste un problème pour une grande partie de la région, en particulier du fait de la pyramide des âges. Ainsi un nombre de 4 internes en formation doit être la norme pour les trois équipes universitaires pour permettre d'irriguer des territoires fortement défavorisés de la région. Afin de prendre en charge les patients dans une logique de parcours, l'accroissement du nombre des IPA en formation et en activité devra être également favorisé au regard du potentiel qu'elles représentent par leur implication dans le déploiement du traitement conservateur et dans le suivi pré et post greffe.

FORCES	FAIBLESSES
Evolution des standards de prises en charge de la MRC dans le cadre d'un parcours avec en particulier le développement des prises en charge pluriprofessionnelles favorisé par le financement au parcours	Développement de la collaboration ville –hôpital pour assurer des prises en charge en ville de meilleure qualité aux stades précoces de la MRC peu évolutive Ressources humaines en santé
OPPORTUNITES	**MENACES**
Evolution du modèle économique Nouvelle alternative de prise en charge : le traitement conservateur Ambition du nouveau plan greffe	Evolutions du cadre des autorisations Tensions sur les ressources humaines en santé

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les implantations actuelles apparaissent globalement satisfaisantes alors qu'une révision des textes relatifs à l'insuffisance rénale chronique est relancée. Des évolutions peuvent cependant être envisagées afin de renforcer l'accès à certaines modalités sur les territoires, en particulier, l'UDM et le centre lourd mais en priorité cependant, l'augmentation capacitaire des centres existants devra être privilégiée.

Aussi, et pour la ZI 11, au regard des besoins sur le territoire *(25 patients pris en charge hors centre lourd alors qu'ils relèveraient de ce niveau)*, un renforcement de l'offre est nécessaire. Un projet d'augmentation du nombre de postes installés est en cours au sein de l'établissement actuellement autorisé. L'implantation supplémentaire ne sera mobilisée que si ce projet ne peut aboutir et s'il n'est pas suffisant pour couvrir ces besoins.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Une planification au niveau de la zone d'implantation de référence est retenue pour cette activité qui demande une organisation de proximité notamment pour les soins réalisés au domicile du patient.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Le périmètre couvre les Équipements matériels lourds *(EML)* d'imagerie en coupe utilisés pour la réalisation d'actes diagnostiques utilisant de l'Imagerie par résonnance magnétique *(IRM)* et des scanographes dits scanner.

L'activité de Radiologie Interventionnelle *(RI)* comprend : « l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de neuroradiologie interventionnelle et cardiologie interventionnelle. »

La réforme introduit une gradation de l'activité de soins de RI.

Mention « A », comprend, à l'exception des actes relevant des mentions B, C, D les actes de radiologie interventionnelle par voie endoveineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsie et drainage d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens

Mention « B », comprend, en sus des actes de la mention A, et à l'exception des actes relevant des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endoveineuse profonde et endoartérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.

Mention « C », comprend, en sus des actes de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle.

Mention « D », comprend l'ensemble des actes énoncés précédemment, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

L'autorisation pour un plateau d'EML est accordée par site géographique, il est possible d'avoir plusieurs plateaux et par conséquent plusieurs promoteurs sur un même site géographique. Les GCS *(groupement de coopération sanitaire)* de moyen et SCM *(société civile de moyen)* et les GIE *(groupement d'intéret économique)* ne peuvent en revanche pas porter l'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle.

1. État des lieux de l'activité

Organisation de l'offre

Les plateaux d'EML scanner et IRM interviennent particulièrement dans le diagnostic et le suivi des pathologies du cancer, des maladies neuro dégénératives et pathologies cardiaques.

La radiologie interventionnelle intervient également dans le diagnostic mais aussi dans la thérapeutique du cancer avec une approche peu invasive.

Au 20/04/23, en Grand Est, le taux d'équipement matériel lourd :

en scanner autorisé est de 23,2 par million habitants *(il reste 3 scanners à autoriser)*, le taux de scanner installé est de 20,5 par million habitants *(il reste 14 scanners autorisés à mettre en œuvre)* ;
en IRM autorisé est de 23,6 par million habitants *(il reste 1 IRM à autoriser)*, le taux d'IRM installé est de 20,7 par Million habitants *(il reste 16 IRM autorisés à mettre en œuvre)*.

Le nouveau régime d'autorisation des EML repose sur un plateau socle de 3 EML (scanner et IRM) avec une obligation de mixité dès 3 EML sur un plateau, le maximum potentiel d'EML étant de 18 par plateau. Les modalités pour acquérir un EML supplémentaire et/ou complémentaire sur un plateau existant consistent en une simple déclaration à l'ARS jusqu'à 3 EML, au-delà cela devra être justifié soit par une activité spécifique, une exploitation saturée du plateau en place (volume d'actes) ou une situation territoriale particulière.

Un Plateau d'imagerie médicale mutualisé *(PIMM)* a été autorisé sur la ZI 7, il s'agit du PIMM Territoire Sud Lorraine, autorisé en décembre 2020

D'autres projets de PIMM sont en cours au sein de 3 ZI avec des stades d'avancement différents.

Selon le rapport IGAS de 2020, la densité nationale des MERM était de 43,7 pour 100 000 habitants et de 51,5 pour 100 000 habitants en Grand Est. Ce rapport précise que la source ADELI tend à surévaluer le nombre de professionnels *(en raison soit de retard d'enregistrement, soit d'oubli de désinscription si cessation d'activité, ou de signification de changement de situation professionnelle)*.

Le répertoire ADELI, au 1er janvier 2022, enregistre 3 042 MERM de moins de 62 ans en région Grand Est et 31 298 MERM en France. Dans ce contexte, l'ARS Grand Est a mis en œuvre un plan d'attractivité des professions non médicales 2020-2023 afin d 'augmenter le nombre d'étudiants en santé formés, dont les MERM.

2. Analyse du besoin

Approche par la notion d'accès aux soins

Le maillage est assuré selon les délais d'accès routiers suivants :

100% de la population du Grand Est a accès à un scanner à moins de 60 minutes, 94,7% de la population a un accès à 30 min ;
99,7% de la population de Grand Est a accès à un IRM à moins de 60 minutes, 92,8% de la population a un accès à 30 min.

Avec la réforme et la possibilité de plateau d'EML composé de scanner et IRM, à terme 95% de la population devrait avoir accès à un scanner et à une IRM à 30 minutes. Par ailleurs, il est à noter que les délais d'accès en Grand Est pour l'IRM sont plus favorables que dans d'autres régions.

Taux de recours

Taux de recours en imagerie en scanner et IRM

L'analyse du taux de recours ne témoigne pas de sous-recours manifeste. À noter que le sous-recours dans le Haut-Rhin devrait se corriger d'ici fin de l'année 2023 avec des EML en cours d'installation *(scanner et IRM)*.

Taux de recours et de fuite pour la mention C *(thérapeutique du Cancer)* en radiologie interventionnelle

La mention C en RI, couvre des activités interventionnelles dans le cadre de la cancérologie, cette activité nécessite un environnement et des compétentes particulières. L'activité est essentiellement réalisée dans les ZI sièges de CHU. Le taux de recours constaté pour les ZI 6,12 et 5 se situe en dessous de la moyenne régionale, a contrario des ZI 2, 8 et 11 qui ont un taux de recours plus important. L'analyse du taux de fuite reflète que l'activité mention C n'est pas réalisée en ZI 1,4,5, 8 et 9. Elle est par ailleurs très peu réalisée en ZI 3 et faible en ZI 6.

Délai de rendez-vous en scanner et IRM

Une enquête a été réalisée en 2022 par l'ARS sur les délais de rendez-vous en scanner et en IRM : 60 structures ont répondu à l'enquête. À noter que les délais étaient de 32,3 jours en 2018 dans l'enquête Cemka Eval en moyenne en France avec un délai moyen de 28 jours en Grand Est *(ce délai a diminué de 6,6% par rapport à l'année précédente)*. Par ailleurs, constat de délais de rendez-vous beaucoup moins importants pour les examens dans le cadre de la cancérologie, ce qui témoigne d'une volonté des professionnels de prioriser cette filière notamment en préservant des créneaux de rendez-vous pour les urgences.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Lors du précédent schéma régional de santé, l'objectif cible fixé en région était un taux d'EML de 24 scanner/IRM par million d'habitants, avec des taux à minima de 21 scanner/million d'habitants et de 19 IRM /million d'habitants sur chaque ZI. Un scanner et une IRM devaient être accessibles à moins de 60 min. Ces objectifs ont été atteints.

Dans le cadre de la feuille de route des nouveaux objectifs sont identifiés, en termes de structuration de filières telles que l'imagerie pédiatrique, l'imagerie cardiaque, l'imagerie dans le cadre de l'endométriose ainsi que des objectifs de délais d'accès notamment dans le cadre du diagnostic et radiologie interventionnelle thérapeutique du cancer.

Les objectifs du précédent schéma régional de santé relatifs à la pertinence des actes et l'amélioration de la prise en charge des patients âgés sont maintenus.

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les plateaux d'EML sont basés sur le principe qu'un site géographique peut disposer de plusieurs implantations de plateaux d'EML.

Concernant l'activité de soins en radiologie interventionnelle, la liste des actes fiabilisée permettant la mise en œuvre de la gradation de l'activité de soins par mention et l'instruction ne sont pas encore publiées.

Selon la classification provisoire, des activités relevant de la mention B voire de la mention C ne pourront plus être réalisées par certains acteurs actuels car le site ne répondra pas aux conditions d'implantation.

Une planification provisoire des différentes mentions de l'activité de soins en radiologie interventionnelle est proposée sur la base :

Des données d'activités des structures d'imagerie de 2021 ;
Des textes réglementaires ;
Des éléments de contexte précisés précédemment ;
Des échanges avec le groupe de travail régional imagerie.

De plus concernant la mention D, il a été retenu une planification associant les lignes de permanence des soins en radiologie interventionnelle et la labellisation Trauma center I et II+ des établissements.

La détermination des cibles maximale et minimale a été retenue au regard du nombre de plateaux, des possibilités de regroupements et des besoins de la population.

TRAITEMENT DU CANCER

Le traitement du cancer s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle réglementation composée de :

3 modalités : la chirurgie oncologique (curative, exclusion chirurgie diagnostique, symptomatique, palliative, reconstructrice différée, la radiothérapie externe, curiethérapie et le Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont ceux oraux) ;
3 mentions : A, B, C (instauration, pour les adultes, d'une gradation de l'offre pour la chirurgie oncologique et les TMSC, régulation de l'offre de traitement du cancer pédiatrique) ;
Des localisations : chirurgie oncologique urologique par exemple ;
Des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) : celles relatives à la chirurgie oncologique d'organe concernent les mentions B1 *(chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe)* et B5 *(chirurgie oncologique gynécologique complexe) ;*
Des seuils d'activité minimale annuelle.

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Chirurgie oncologique									
Localisations	**Mention A adulte**		**Mention B (complexe) adulte**				**Mention C enfant/adolescent de moins de 18 ans**		**Situation actuelle** Pas de mentions (A, B, C), de PTS (socle, organe), de distinction enfant/adulte
			Mention A adulte	Pratique Thérapeutique Spécifique (PTS)					
				Socle	Chirurgie oncologique (Organe)				
	N°	Seuil (Nb I)	N° et seuil (Nb I)		Organe	Seuil (Nb I)	N°	Seuil	Seuil (arrêté 29.03.2007)
Chirurgie oncologique digestive et viscérale	A1	30	B1 = A1 + PTS socle + le cas échéant PTS organe	30	*b)* oesophage ou jonction oesophagienne	5 parmi les 30	C	-	30
					c) foie	5 parmi les 30			
					d) estomac	5 parmi les 30			
					e) pancréas	5 parmi les 30			
					f) rectum	5 parmi les 30			
Chirurgie oncologique thoracique	A2	40	B2 = A2 +PTS socle	40					30
Chirurgie oncologique ORL/CF/MF	A3	20	B3 = A3 + PTS socle	20					20
Chirurgie oncologique urologique	A4	30	B4 = A4 + PTS socle	30					30
Chirurgie oncologique gynécologique	A5	20	B5 = A5 + PTS socle + le cas échéant PTS organe	20	*b)* ovaire	20 en sus des 20			20
Chirurgie oncologique mammaire	A6	70	-	-	-	-			30
Chirurgie oncologique indifférenciée	A7	-	-	-	-	-			-

Radiothérapie externe, curiethérapie, TMSC

Modalités	**Mention A adulte**		**Mention B adulte**		**Mention C enfant/adolescent de moins de 18 ans**		**Situation actuelle**
	O/N	**Seuil**	**O/N**	**Seuil**	**O/N**	**Seuil**	**Pas de mentions (A, B, C), pas de distinction enfant/adulte** **Seuil (arrêté 29.03.2007)**
Radiothérapie externe	Oui	Patients : 600	Non	-	Oui	Patients adultes : 600 MET enfants moins de 16 ans : 12	600 patients
Curiethérapie	Non	-	Oui	-	Oui	-	-
Traitements Médicamenteux Systémiques du Cancer (TMSC)	Oui	Patients : 100 dont 65 en HDJ	Oui	Patients : 100 dont 65 en HDJ	Oui	-	80 patients dont au moins 50 en HDJ

La région Grand Est dispose en 2023 de 230 implantations géographiques *(162 de chirurgie oncologique)* dont 18 implantations géographiques disponibles *(14 pour la chirurgie oncologique)*.

A. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ADULTE

Chirurgie oncologique digestive et viscérale *(A1, B1)*

1. État des lieux de l'activité

46 implantations géographiques autorisées en Grand Est en 2023 *(1 établissement a cessé son activité en 2022)* : toutes les zones d'implantations de référence sont concernées ;
2 implantations sont disponibles : ZI 1 et 12.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est en 2021 quel qu'il soit *(ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM).*

Domicile et Nb patients \ Lieu PEC		Chirurgie des cancers digestifs																
		GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**5392**	**5127**	**95.1**	100	666	192	39	136	549	986	221	173	1402	322	341	**90**	**23**	**123**
ZI 1	192	175	91.1	94	79													
ZI 2	521	490	94		484													19
ZI 3	347	255	73.5		67	188										13		74
ZI 4	126	50	39.7				39									70		
ZI 5	274	262	95.6		35			129		80								
ZI 6	651	639	98.1						455	153			27					
ZI 7	552	545	98.7							522								
ZI 8	412	409	99.3							178	216		12					
ZI 9	367	367	100						72	42		163	90					
ZI 10	1038	1032	99.4										1018					
ZI 11	469	468	99.8										153	302	12			
ZI 12	443	435	98.2										90	18	327			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Digestif (tous)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,97	1,11	0,94	0,98	0,92
4400002 - Champagne	1,07	0,95	1,07	0,95	1,08
4400003 - Aube et Sézannais	1,00	0,88	0,91	1,09	0,99
4400004 - "21-52"	1,02	0,86	0,91	0,96	1,03
4400005 - Cœur Grand Est	1,06	1,02	1,02	0,93	0,95
4400006 - Lorraine Nord	1,00	0,99	0,95	0,81	0,88
4400007 - Sud Lorraine	0,91	1,01	1,04	0,94	1,00
4400008 - Vosges	0,95	0,85	0,91	0,87	1,05
4400009 - Moselle Est	0,98	1,13	0,92	0,96	1,16
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,11	1,11	1,08	1,16	1,09
4400011 - Centre Alsace	1,15	1,00	1,03	1,02	1,05
4400012 - Haute Alsace	1,04	1,00	1,00	0,95	0,97

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principes suivants sont actés concernant les OQOS :

se baser sur les zones d'implantation de référence pour les définir ;
a minima 1 offre *(mention A)* par zone d'implantation de référence ;
prendre en compte les besoins populationnels et les ressources médicales *(problèmes RH, problème d'accès aux blocs)*.

Par ailleurs, les parcours de soins sont à privilégier.

Considérant la difficulté d'accès à des blocs opératoires, une réflexion pourrait être menée, afin d'expertiser la possibilité de mettre en œuvre une autorisation détenue par un établissement dans un autre site non autorisé mais apportant toutes les conditions de sécurité et dans le cadre d'une équipe de territoire. Si à date, une telle organisation n'est pas possible à droit constant, il pourrait être pertinent d'élaborer, en lien avec le Ministère *(DGOS)*, un cadre expérimental permettant le cas échéant de renforcer l'accès aux soins.

Chirurgie oncologique thoracique *(A2, B2)*

1. État des lieux de l'activité

9 autorisations de chirurgie des cancers thoraciques ont été accordées en Grand Est : zones d'implantation de référence 2, 6, 7, 10, 11 et 12 ;
3 implantations sont disponibles au BQOS depuis 2019 : ZI 3, 6 et 8 ;
4 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre *(OQOS 2018-2023 du PRS, décembre 2019)* : ZI 1, 4, 5 et 9.

2. Analyse du besoin

L'application de la nouvelle méthode de calcul des seuils conduit en 2021 à une diminution de 534 séjours *(soit 24% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM)* pour les établissements titulaires de cette autorisation.

L'activité moyenne par implantation en 2021 est de 247 interventions *(méthode GHM)* et de 187 *(codes d'exérèse de la CCAM)*. L'activité est supérieure au nouveau seuil de 40 interventions par an pour chacune des implantations autorisées. À noter que 1 756 séjours *(codes d'exérèse de la CCAM)* ont été réalisés en 2022 au niveau du Grand Est.

En 2021, 95 % des 2 235 patients domiciliés en Grand Est *(méthode GHM)* ont été pris en charge en chirurgie des cancers thoraciques dans la région *(soit 2 123 cas)*.

Pour les zones d'implantation de référence ne disposant pas d'une offre *(1, 3, 4, 5, 8, 9)*, le nombre de patients domiciliés au niveau de chacune d'elles pris en charge en chirurgie des cancers thoraciques est le suivant :

ZI 1 Nord Ardennes : 104 patients dont 94 *(90,4%)* pris en charge dans la ZI 2 ;
ZI 3 Aube et Sézannais : 145 patients dont 82 *(56,6%)* pris en charge en Grand Est et 52 *(35,9%)* en Ile-de-France ;
ZI 4 « 21-52 » : 29 patients dont 18 *(62%)* pris en charge en Bourgogne Franche-Comté ;
ZI 5 Cœur Grand Est : 126 patients dont 72 *(57,1%)*, pris en charge dans la ZI 7 et 32 *(25,4%)* dans la ZI 2 ;
ZI 8 Vosges : 157 patients dont 143 *(91%)*, pris en charge dans la ZI 7
ZI 9 Moselle Est : 134 patients dont 69 *(51,5%)*, pris en charge dans la ZI 10, 43 *(32,1%)* dans la ZI 6.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France) 2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] thoracique (A2)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,27	1,32	1,15	1,24	1,25
4400002 - Champagne	1,28	1,15	1,20	1,06	1,19
4400003 - Aube et Sézannais	0,97	1,14	1,06	1,11	1,16
4400004 - "21-52"	0,54	0,64	0,80	0,75	0,68
4400005 - Cœur Grand Est	1,04	1,01	1,35	1,40	1,15
4400006 - Lorraine Nord	0,99	0,98	0,95	0,94	0,92
4400007 - Sud Lorraine	1,80	1,67	1,47	1,58	1,99
4400008 - Vosges	1,13	1,18	1,23	1,23	1,14
4400009 - Moselle Est	1,06	1,10	1,41	0,99	1,14
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,14	0,97	1,04	1,19	1,16
4400011 - Centre Alsace	0,95	0,88	0,90	0,93	0,90
4400012 - Haute Alsace	0,92	0,84	0,88	0,71	0,82

Taux de recours *(correspond ici à l'indice)* : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation *(âge et sexe)* pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie ORL/CF/MF *(A3, B3)*

1. État des lieux de l'activité

20 autorisations de chirurgie des cancers ORL/MF ont été accordées en Grand Est au niveau des ZI 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11 et 12 ;
2 implantations sont disponibles au BQOS : ZI 5 et 9 ;
2 zones d'implantation de référence ne disposent pas d'une offre en termes d'OQOS : ZI 4 et 8 ;

En 2021

L'application de la nouvelle réglementation et de la nouvelle méthode de calcul des seuils conduit à une augmentation théorique / potentielle de 66 séjours *(soit 4,2% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM)* pour les établissements titulaires de cette autorisation ;
L'activité moyenne par implantation est de 82 interventions *(méthode GHM)* et de 85 *(codes d'exérèse de la CCAM)* ;
4 implantations géographiques autorisées n'atteignent pas le seuil : valeur comprise entre 80% et 100% du seuil pour 1 et entre 50% et 80% pour les 3 autres *(données CCAM)*.

En 2022

6 implantations géographiques autorisées n'atteignent pas le seuil : valeur inférieure à 80% du seuil pour les 6 dont 3 inférieures à 50% du seuil *(données CCAM)* ;
Baisse de l'activité de 13% de 2021 à 2022.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit *(ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM)*

Chirurgie des cancers ORL/MF – Année 2021																		
Domicile et Nb patients \ Lieu PEC		GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**1911**	**1835**	**96**	22	330	21		20	238	440	38		540	109	73	**37**		**32**
ZI 1	81	74	91.4	20	54													
ZI 2	203	201	99		201													
ZI 3	80	56	70		35	21												
ZI 4	39															33		
ZI 5	95	95	100		38			18		35								
ZI 6	225	223	99.1						183	34								
ZI 7	239	237	99.2							233								
ZI 8	167	167	100							121	38							
ZI 9	106	105	99						48	13			43					
ZI 10	432	430	99.5										424					
ZI 11	132	131	99.2										43	85				
ZI 12	112	110	98.2										21	20	69			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.
Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.
Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées.
De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 1911 patients domiciliés en Grand Est *(méthode GHM)* ont été pris en charge en chirurgie des cancers ORL/MF dont 1835 en Grand Est, soit 96%.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France) 2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] ORL (A3)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,12	1,01	1,05	0,82	0,95
4400002 - Champagne	1,16	1,13	1,10	0,98	1,18
4400003 - Aube et Sézannais	1,09	0,84	0,80	0,77	0,74
4400004 - "21-52"	1,23	0,91	1,32	1,08	0,93
4400005 - Cœur Grand Est	0,97	1,11	1,17	0,91	1,11
4400006 - Lorraine Nord	0,79	0,99	0,94	0,73	0,93
4400007 - Sud Lorraine	1,32	1,30	1,36	1,04	1,34
4400008 - Vosges	1,09	1,19	1,24	1,23	1,32
4400009 - Moselle Est	0,94	1,14	0,76	0,72	0,93
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,01	0,99	0,97	1,16	1,28
4400011 - Centre Alsace	0,83	0,93	0,88	1,02	0,98
4400012 - Haute Alsace	0,84	0,75	0,84	0,71	0,67

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national.

La population moyenne régionale pour 1 implantation de chirurgie oncologique ORL est de 277 519 habitants, l'application de celle-ci aux différentes ZI conduit à des propositions en nombre d'implantations géographiques en cohérence avec la valeur ainsi déterminée sauf pour les ZI 8 *(valeur : 1,35)* et ZI 9 *(1,16)*.

À noter (vue consommation, année 2021, GHM) pour la chirurgie des cancers ORL/MF :

100% des patients domiciliés dans la ZI 8 ont été pris en charge en Grand Est dont 72,5% au niveau de la ZI 7 ; 99% des patients domiciliés dans la ZI 9 ont été pris en charge au niveau du Grand Est dont 45,3% dans la ZI 6 et 40,6% dans la ZI 10.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'offre couvre a priori les besoins au niveau régional *(vue production/vue consommation, 2021)*. Cependant, l'agence sera particulièrement vigilante à l'accompagnement des établissements qui devraient ne plus remplir les conditions liées aux autorisations *(seuils)* ; les raisons permettant d'expliquer une telle évolution seront expertisées au plus près afin d'apprécier la capacité à satisfaire à nouveau aux critères *(seuils notamment)* ou accompagner le cas échéant une réorganisation *(passage d'un niveau B à un niveau A par exemple)*.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Le niveau d'inscription des implantations proposées pour les mentions A3 et B3 est la zone de d'implantation.

La proposition d'OQOS de mention B3 se fonde sur l'instruction du 23 décembre 2022, avec la prise en compte, au regard des limites, de l'activité *(seuil)* et du plateau technique.

Chirurgie oncologique urologique *(A4, B4)*

1. État des lieux de l'activité

31 autorisations de chirurgie des cancers urologiques ont été accordées en Grand Est, toutes les zones d'implantation de référence sont concernées sauf la ZI 4 ;
toutes les zones d'implantation de référence disposent d'une offre en termes d'OQOS ;
2 implantations sont disponibles au BQOS : ZI 4 et 8.

En 2021

L'application de la nouvelle réglementation relative aux autorisations et du nouveau mode de calcul des seuils conduit à une diminution de 168 séjours *(soit 4,4% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM)* pour les établissements titulaires de cette autorisation ;
L'activité moyenne par implantation géographique autorisée est de 123 interventions *(méthode GHM)* et de 118 *(codes d'exérèse de la CCAM)*.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit *(ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM)*

Chirurgie des cancers urologiques – Année 2021																		
Domicile et Nb patients \ Lieu PEC		GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**3866**	**3693**	**95.5**	95	471	166		75	490	605	76	153	923	336	299	**69**		**86**
ZI 1	135	131	97	90	39													
ZI 2	364	355	97.5		351													
ZI 3	254	197	77.6		55	140												53
ZI 4	88	27	30.7			16										60		
ZI 5	176	173	98.3		25			71	11	53								
ZI 6	513	500	97.5						424	58			16					
ZI 7	365	362	99.2						13	338								
ZI 8	224	220	98.2							133	76							
ZI 9	248	245	98.8						40			138	58					
ZI 10	775	764	98.6										739					
ZI 11	357	356	99.7										61	283	12			
ZI 12	367	363	98.9										37	41	285			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la zone d'implantation ded référence (ZI) pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée. Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.
Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.
Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées.
De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 3866 patients domiciliés en Grand Est *(méthode GHM)* ont été pris en charge en chirurgie des cancers urologiques dont 3693 en Grand Est, soit 95,5%.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Urologique (A4)					
4400001 - Nord Ardennes	0,78	0,93	0,78	0,86	0,92
4400002 - Champagne	1,10	1,06	1,07	0,95	1,05
4400003 - Aube et Sézannais	1,04	1,12	1,18	1,00	1,03
4400004 - "21-52"	0,86	1,00	1,03	0,99	1,02
4400005 - Cœur Grand Est	0,89	0,98	0,89	1,09	0,84
4400006 - Lorraine Nord	0,82	0,87	0,85	1,06	0,97
4400007 - Sud Lorraine	0,91	0,77	0,83	0,81	0,93
4400008 - Vosges	0,76	0,82	0,86	0,92	0,79
4400009 - Moselle Est	1,08	1,02	1,01	0,88	1,06
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,26	1,27	1,16	1,22	1,15
4400011 - Centre Alsace	1,28	1,19	1,24	1,29	1,24
4400012 - Haute Alsace	1,09	1,09	1,06	1,04	1,14

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie oncologique gynécologique *(A5, B5)*

1. État des lieux de l'activité

26 autorisations de chirurgie des cancers gynécologiques ont été accordées en Grand *Est (toutes les ZI sont concernées, sauf la ZI 4)*. 1 autorisation n'est pas mise en œuvre ;
toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 du PRS *(décembre 2019)* ;
2 implantations sont disponibles au niveau des ZI 4 et 5.

En 2021

L'application de la nouvelle réglementation et du calcul des nouveaux seuils *(actes d'exérèse)* conduit à une baisse de 45 séjours *(soit 2,8% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM)* ;
L'activité moyenne par implantation est de 64 interventions selon la méthode des GHM *(63 selon codes d'exérèse de la CCAM)*.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est en 2021 quel qu'il soit *(ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM)*.

Chirurgie des cancers gynécologiques – Année 2021																		
Domicile et Nb patients	Lieu PEC	GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**1691**	**1613**	**95.4**	35	204	69		53	255	249	30	16	494	87	118	**46**		**24**
ZI 1	48	46	95.8	32	14													
ZI 2	169	163	96.4		159													
ZI 3	113	94	83.2		26	67												14
ZI 4	43	-	-													37		
ZI 5	80	74	92.5					43		22								
ZI 6	242	241	99.6						211	19								
ZI 7	155	152	98							148								
ZI 8	86	85	98.8							49	29							
ZI 9	112	112	100						41			16	49					
ZI 10	372	371	99.7										371					
ZI 11	134	134	100										46	82				
ZI 12	137	135	98.5										18		112			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.
Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.
Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées.
De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 1691 patientes domiciliées en Grand Est *(méthode GHM)* ont été prises en charge en chirurgie des cancers gynécologiques dont 1613 en Grand Est, soit 95,4%.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France) 2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Gynéco (tous)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,17	0,84	1,02	0,89	0,74
4400002 - Champagne	0,99	1,13	1,21	1,05	1,05
4400003 - Aube et Sézannais	1,07	1,10	1,06	0,91	1,05
4400004 - "21-52"	1,02	1,17	1,11	0,74	1,01
4400005 - Cœur Grand Est	1,04	1,02	1,41	1,12	0,93
4400006 - Lorraine Nord	1,09	0,90	0,81	0,83	0,94
4400007 - Sud Lorraine	0,95	0,89	1,03	1,05	0,91
4400008 - Vosges	0,96	1,12	0,89	1,01	0,75
4400009 - Moselle Est	1,08	0,89	0,95	0,91	1,04
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,11	1,10	1,12	1,08	1,19
4400011 - Centre Alsace	1,28	1,04	1,27	1,28	1,09
4400012 - Haute Alsace	1,07	0,84	1,06	0,87	0,92

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La proposition d'OQOS de mention B5 se fonde sur l'instruction du 23 décembre 2022, avec la prise en compte, au regard des limites, de l'activité *(seuil)* et du plateau technique. L'accès sur place à une USC pour la mention B5 est mentionné mais pas pour la mention A5 et pourrait contribuer à déterminer les OQOS de mention B5, mais quasiment tous les établissements titulaires actuellement d'une autorisation de chirurgie des cancers gynécologiques ont une USC.

Seuls les établissements disposant d'une autorisation de chirurgie oncologique de l'ovaire *(mention B5 autorisée à la PTS ovaire)* peuvent réaliser la chirurgie des cancers de l'ovaire (seuil et hors seuil). Le seuil correspond à la cytoréduction complète du cancer avancé de l'ovaire.

238 interventions sont notées pour la chirurgie oncologique de l'ovaire soumise à seuil en 2021 *(273 en 2022)* et 394 *(404 en 2022)* pour celle hors seuil, soit plus de 600 interventions.

Cette activité ne représente qu'une partie de la mention B5.

Chirurgie oncologique mammaire *(A6)*

1. État des lieux de l'activité

Autorisations

30 autorisations de chirurgie des cancers mammaires sont accordées en Grand Est en 2023 *(toutes les zones d'implantation de référence concernées sauf la ZI 4)* ;
toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 ;
3 implantations sont disponibles au niveau des ZI 2, 4 et 7.

Activité

L'application de la nouvelle méthode de calcul des seuils *(actes d'exérèse)* conduit en 2021 à une baisse de 1,8% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM pour les établissements titulaires de cette autorisation.

L'activité moyenne par implantation en 2021, est de 222 interventions selon la méthode des GHM *(218 selon codes d'exérèse de la CCAM)*.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit *(ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM)*

Chirurgie des cancers mammaires – Année 2021																		
Domicile et Nb patients \ Lieu PEC		GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**6633**	**6386**	**96.3**	140	819	178		189	808	1220	117	172	1944	342	455	**164**		**64**
ZI 1	216	212	98.1	135	77													
ZI 2	601	596	99.2		591													
ZI 3	354	289	81.6		109	177										16	-	47
ZI 4	143	-	-													133		
ZI 5	330	322	97.6		42			178		86								
ZI 6	920	916	99.6						731	151			21					
ZI 7	746	745	99.9							727								
ZI 8	416	408	98.1							231	117		52					
ZI 9	377	373	98.9						55			163	144					
ZI 10	1472	1469	99.8										1461					
ZI 11	510	506	99.2										168	318	20			
ZI 12	548	540	98.5										89	18	433			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.
Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.
Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées. De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 6633 patients domiciliés en Grand Est *(méthode GHM)* ont été pris en charge en chirurgie des cancers mammaires dont 6386 en Grand Est, soit 96,3%.

Taux de recours *(nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exérèse)*

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France) 2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Mammaire (A6)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,93	0,78	0,95	0,89	0,77
4400002 - Champagne	1,04	0,98	1,03	1,02	0,91
4400003 - Aube et Sézannais	1,02	0,82	0,84	0,82	0,83
4400004 - "21-52"	1,14	0,99	0,89	0,92	0,94
4400005 - Cœur Grand Est	0,84	0,90	0,95	0,70	0,92
4400006 - Lorraine Nord	0,87	0,97	0,96	0,94	0,92
4400007 - Sud Lorraine	1,05	0,99	0,96	1,07	1,02
4400008 - Vosges	0,99	0,93	0,92	1,03	0,84
4400009 - Moselle Est	0,85	0,90	0,85	0,92	0,88
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,00	1,10	1,06	1,06	1,15
4400011 - Centre Alsace	1,11	0,92	0,91	1,03	0,94
4400012 - Haute Alsace	0,98	0,92	0,98	0,87	0,91

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie oncologique indifférenciée *(A7)*

La chirurgie oncologique indifférenciée *(mention A7, pas de mention B7, pas de seuil, pas de données INCa, nécessité d'OQOS)* en relève. Les chirurgies oncologiques concernées :

os et tissus mous ;
ophtalmologique ;
neurochirurgie ;
dermatologique en secteur interventionnel ;
thyroïdienne lorsque l'activité de la sphère ORL/MF est limitée à cette seule pratique *(également comptabilisée au sein des mentions A3 et B3, ORL/CF/MF)*. Mais une activité limitée aux actes de chirurgie thyroïdienne ne suffit pas quel qu'en soit le niveau pour que soit identifiée une mention « chirurgie oncologique de la sphère ORL/CF/MF ». Une telle activité sera alors couverte par l'autorisation de « chirurgie des cancers » mention A7, sans être soumise au seuil spécifique du cancer de la thyroïde.

B. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE PÉDIATRIQUE

Seuil d'activité minimale annuelle : la chirurgie oncologique pédiatrique n'est pas soumise à seuil. OIR *(organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique)*

La prise en charge des cancers de l'enfant repose depuis le deuxième plan cancer sur une organisation spécifique s'appuyant sur un nombre restreint d'établissements de santé disposant d'une autorisation pour exercer l'activité de soins de traitement du cancer.

7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique *(OIR)* ont été identifiées au niveau national par l'INCa en 2010. Elles sont chargées, de la coordination des acteurs en oncopédiatrie, de l'organisation des RCP interrégionales d'oncopédiatrie, de l'identification des filières de prise en charge pour 5 techniques ou pathologies *(la greffe de cellules souches hématopoïétiques, les tumeurs de l'appareil locomoteur, les tumeurs cérébrales, la mise en œuvre des essais précoces et la radiothérapie)*.

Les régions Grand Est et Bourgogne Franche-Comté font partie de l'OIR Grand Est *(GE-HOPE)* dont le CHRU de Nancy est centre coordonnateur. Celle-ci est composée des CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg et des CLCC de Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg *(Source : INCa, MAJ 15 février 2022)*.

Au niveau de l'OIR GE HOPE, la chirurgie des tumeurs cérébrales et l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques sont réalisées sur les sites de Nancy et Strasbourg ; la chirurgie des tumeurs osseuses l'est sur les sites de Besançon, Nancy, Reims et Strasbourg. Pour la radiothérapie, les patients de Besançon sont orientés sur Dijon, sauf pour certaines radiothérapies où l'orientation des patients de Besançon et Dijon, se fait sur Nancy *(cyberknife)* ou sur Strasbourg *(radiothérapies sous anesthésie générale des enfants de moins de 2-3 ans), (source : FDR cancer Grand Est 2022-2025)*.

À noter, les 3 CHU du Grand Est disposent d'une USI hématologiques pédiatriques. Le CHRU de Nancy et les HUS sont titulaires d'une autorisation de neurochirurgie pédiatrique.

C. RADIOTHERAPIE EXTERNE, CURIETHERAPIE

Radiothérapie externe *(mentions A, C)*

14 implantations géographiques autorisées en Grand Est en 2023 : ZI 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 et 12 ;
Parmi celles-ci figurent 2 autorisations dérogatoires pour exception géographique ;
2 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre en termes d'OQOS 2018-2023 : ZI 5 et 9 ;
Il n'y a pas d'implantation disponible.

Les titulaires d'autorisation de traitement du cancer pédiatrique sont membres des OIR labellisées par l'INCa. L'OIR Grand Est HOPE regroupe les régions Bourgogne France-Comté et Grand Est. Sont identifiés dans celle-ci, les 5 CHU et les 4 CLCC *(Besançon n'en dispose pas)*.

Au regard des spécificités des activités, le niveau d'inscription des implantations est le suivant :
Mentions A : la zone d'implantation de référence ;
Mention C : la zone de recours.

Curiethérapie *(mentions B, C)*

1. État des lieux de l'activité

Seuil d'activité minimale annuelle : Activité non soumise à seuil.

Autorisations

5 autorisations sont accordées en Grand Est *(2023)*, zones d'implantation de référence : 2, 6, 7 et 10 ;
8 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre en termes d'OQOS 2018-2023 : 1, 3, 4, 5, 8, 9, 11 et 12 ;
Il n'y a pas d'implantation disponible.

2. Analyse du besoin

Activité

Curiethérapie							
Zone d'implantation	Nb d'implantations géographiques		Données d'activité en nombre de séjours/séances (PMSI)				
	Autorisées	Disponibles	2017	2018	2019	2020	2021
ZI 1 Nord Ardennes	-	-					
ZI 2 Champagne	2	-	271	250	253	226	315
ZI 3 Aube et Sézannais	-	-	-	-	-	-	-
ZI 4 « 21-52 »	-	-	-	-	-	-	-
ZI 5 Cœur Grand Est	-	-	-	-	-	-	-
ZI 6 Lorraine Nord	1	-	1474	1377	1453	1302	1550
ZI 7 Sud Lorraine	1	-					
ZI 8 Vosges	-	-					
ZI 9 Moselle Est	-	-					
ZI 10 Basse Alsace Sud Moselle	1	-					
ZI 11 Centre Alsace	-	-	-	-	-	-	-
ZI 12 Haute Alsace	-	-	-	-	-	-	-
Total	**5**	**0**	**1745**	**1627**	**1706**	**1528**	**1865**

Lieu de prise en charge en 2021 des patients du Grand Est quel qu'il soit

	Curiethérapie (nombre de séjours/séances)																	
Domicile et Nb patients	Lieu PEC	GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**1842**	**1751**	**95**		239				352	859			301			**61**		**18**

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France -% : part des patients domiciliés en Grand Est et pris en charge dans la région. La somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF est inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne, toutes les données n'étant pas reportées.

Les séjours /séances relevés en BFC et IDF correspondent respectivement à des patients domiciliés dans la ZI 4 « 21-52 » et la ZI 3 Aube et Sézannais *(Troyes)*.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES DU CANCER *(TMSC)*

1. État des lieux de l'activité

Les TMSC regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration *(intraveineuse, orale, sous-cutanée, etc.)*.

40 autorisations de chimiothérapie sont accordées en Grand Est en 2023 dont une correspondant à un site pédiatrique *(1 établissement a cessé son activité)*. Toutes les zones d'implantations de référence sont concernées ; toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 du PRS *(décembre 2019)* ;
4 implantations sont disponibles au niveau des ZI 1, ZI 5 (2) et ZI 6, dont certaines depuis 2019.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (patients) – Année 2021																		
Domicile et Nb patients \ Lieu PEC	GE															BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	**29816**	**28439**	**95.4**	562	3932	1031	102	803	4474	5236	961	603	6832	1870	2033	**731**		**484**
ZI 1	1035	987	95.4	543	440													24
ZI 2	2836	2770	97.7		2741													40
ZI 3	1832	1455	79.4		424	1013												286
ZI 4	731	166	22.7				91			44						560		
ZI 5	1585	1547	97.6		324			764	106	334						15		15
ZI 6	4357	4296	98.6						3680	560								40
ZI 7	3194	3142	98.4							3038								28
ZI 8	2139	2103	98.3							1052	939		91			16		
ZI 9	1851	1842	99.5						610	133		568	530					
ZI 10	5548	5509	99.3							56			5401					17
ZI 11	2340	2322	99.2										535	1709	75			
ZI 12	2368	2300	97.1										217	126	1954	44		

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.
% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la zone d'implantation de référence (ZI) pris en charge en Grand Est en chimiothérapie. Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.
Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées.
De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 29816 patients domiciliés en Grand Est *(méthode GHM)* ont eu une chimiothérapie dont 28439 en Grand Est, soit 95,4%.

Taux de recours

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France) 2017	2018	2019	2020	2021
[CAN] Chimiothérapie (FA patients)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,93	0,88	0,94	0,89	0,85
4400002 - Champagne	1,07	1,03	1,04	1,00	1,00
4400003 - Aube et Sézannais	0,95	0,98	0,99	0,97	0,97
4400004 - "21-52"	1,20	1,08	1,01	1,00	1,06
4400005 - Cœur Grand Est	0,95	0,94	1,02	0,96	0,98
4400006 - Lorraine Nord	1,06	1,02	1,02	1,11	1,01
4400007 - Sud Lorraine	0,93	0,94	0,97	0,99	1,01
4400008 - Vosges	0,94	0,91	0,97	0,95	0,96
4400009 - Moselle Est	1,02	1,03	1,08	1,00	1,00
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,05	1,04	1,16	0,98	1,01
4400011 - Centre Alsace	0,97	0,92	1,02	0,96	1,02
4400012 - Haute Alsace	0,90	0,89	0,90	0,87	0,90

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Les titulaires d'autorisation de traitement du cancer pédiatrique sont membres des OIR labellisées par l'INCa. L'OIR Grand Est HOPE regroupe les régions Bourgogne France-Comté et Grand Est. Sont identifiés dans celle-ci, les 5 CHU et les 4 CLCC. Les 3 CHU du Grand Est disposent d'une USI hématologique pédiatrique.

Pour les implantations géographiques autorisées et soumises à seuil :

Seuil atteint pour 35 implantations
Plateau technique :

- pour les adultes : 6 sites avec USIH, USC, réanimation => 6 mentions B a priori ;
- pour les enfants : 3 sites avec USIH pédiatrique, USC, réanimation, par ailleurs, membres de l'OIR GE HOPE labellisé par l'INCa.
-

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Au regard des spécificités, le niveau d'inscription des implantations retenu :

Mentions A et B : la zone d'implantation de référence ;
Mention C : la zone de recours.

SOINS CRITIQUES

Jusqu'à la réforme des autorisations, l'activité de réanimation relevait d'une autorisation d'activités de soins alors que les activités de soins intensifs et de surveillance continue relevaient d'une reconnaissance contractuelle.

À compter du 1er juin 2023, les activités de soins critiques sont encadrées par les décrets 2022-690 et 2022-694 complétés de l'arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des activités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

Ces nouveaux textes ont pour objectifs la structuration et la gradation de la filière soins critiques pour des patients relevant de soins critiques, avec un enjeu d'adaptabilité du fonctionnement des besoins *(flexibilité de l'organisation capacitaire)* afin de pouvoir faire face aux besoins courants *(pics saisonniers notamment)* et un enjeu de fluidité des parcours post réanimation.

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge de patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigues mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. La sécurité et la qualité des soins critiques sont garanties par un fonctionnement reposant sur des compétences spécifiques.

Ainsi l'activité de soins critiques est gradée, reposant sur deux modalités *(Soins critiques adultes et soins critiques pédiatriques)* et plusieurs mentions :

5 mentions « Soins critiques adultes » :

1. Réanimation et soins intensifs ;
2. Soins intensifs polyvalents dérogatoires *(USIPD)* ;
3. Soins intensifs de cardiologie *(USIC)* ;
4. Soins intensifs de neurologie vasculaire *(USINV)* ;
5. Soins intensifs d'hématologie *(USIH)*.

4 mentions « Soins critiques pédiatriques » :

1. Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques (avis et soins particuliers/ affection rare et/ou complexe) ;
2. Réanimation et soins intensifs pédiatriques ;
3. Soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques *(USIPDP)* ;
4. Soins intensifs pédiatriques d'hématologie (USIHP).

1. État des lieux de l'activité

Offre de réanimation

Le nombre d'implantations de réanimation adulte est resté stable à 25 et à 3 pour la réanimation pédiatrique. Toutes les zones d'implantation de référence, à l'exception de la ZI4 *(Réanimation fermée en 2014 pour raisons RH médicales)*, disposent d'au moins un établissement avec une activité de réanimation adulte ; chaque zone de recours dispose d'un service de réanimation pédiatrique.

Le capacitaire installé a peu évolué entre 2018 et 2022 :

Réanimation adulte : 9 lits supplémentaires *(création ou réouverture)*.

Soit un capacitaire théorique de **476 lits**

Réanimation pédiatrique : diminution de 1 lit au CHU de Reims, suite à la réorganisation et la séparation des services de réanimation pédiatrique et réanimation néonatale, compensée par la mise en place d'une USC pédiatrique dédiée et mutualisée de 8 lits,

Soit un total de 26 lits de réanimation pédiatrique pour la région.

Toutes les unités de réanimation (UREA) adultes comme pédiatriques respectent le capacitaire minimal fixé par le CSP à savoir 8 lits pour les UREA adultes et 6 pour les UREA pédiatriques.

En 2022, le taux d'équipement de la région est de :

10,7 lits de réanimation adulte pour 100 000 adultes, avec des disparités selon les ZI, les ZI siège de CHU ou grands CH étant mieux dotées traduisant l'importance et la spécialisation des plateaux techniques et des activités complexes et/ou de recours réalisées par ces établissements ;
de 2,4 lits de réanimation pédiatrique pour 100 000 enfants de moins de 18 ans.

En termes d'activité :

Le nombre de séjours et le nombre de journées sont en baisse par rapport à 2019, respectivement de - 4% et -2% avec allongement de la durée de passage en UREA *(unité de réanimation)*, allongement notamment plus marqué dans les ZI sans plateau technique lourd (ZI5, 8 et 9) ;
À noter, pour la région Grand Est une attractivité et des fuites peu significatives *(3%)* avec des disparités selon les ZI :

- Les ZI sièges d'un CHU sont à la fois très attractives et avec un taux de fuite faible ;
- Les ZI les moins dotées en termes de plateau technique et ne réalisant pas d'activités lourdes et complexes sont peu attractives et ont des taux de fuite vers d'autres ZI importants *(ZI4, 5, 8 et 9)*.

Offre de soins intensifs

Soins intensifs de cardiologie

Le nombre d'implantations d'USIC adulte a été réduit de 1 sur la période 2018-2022 avec la fermeture en juin 2019 d'une USIC dans la ZI1, réduisant le capacitaire global de 8 lits. Chaque zone d'implantation de référence à l'exception de la ZI 4 dispose d'au moins 1 USIC. Le taux d'équipement en USIC de la région Grand Est, bien qu'en légère baisse *(fermeture d'une USIC)*, reste globalement supérieur au taux d'équipement national.

Le nombre d'USIC adossées à un plateau de cardiologie interventionnelle est de 17 *(76%)* depuis novembre 2021.

L'activité d'USIC n'a pas retrouvé son niveau de 2019 ni en nombre de passages en USIC, ni en nombre de journées réalisées, respectivement -7% et -5%. La ZI la plus impactée par cette perte d'activité étant la ZI5, -29%.

Soins intensifs neuro-vasculaires

L'offre s'est renforcée avec la création d'une unité dans la ZI 10, portant le nombre d'unités et d'implantations à 11 et l'extension de 2 unités existantes. Chacune des ZI dispose d'au moins une USI NV à l'exception des ZI 1 et ZI 4. Cette activité est exclusivement réalisée par des établissements publics.

Le capacitaire progresse de 10 lits *(13%)* sur la période pour un total de 78 lits fin 2022. Le taux d'équipement en 2022 se situe au niveau national. Le plus souvent l'USI NV constitue un secteur du service neurovasculaire, parfois du service de neurologie. A noter que près de 50% des AVC ne bénéficient pas d'une prise en charge en UNV.

Soins intensifs hématologiques

L'offre est stable sur la période en nombre d'implantations, tant adultes que pédiatriques pour cette activité réalisée, pour l'activité adulte, par les CHU et les gros CH et par les seuls CHU pour l'activité pédiatrique.

La période est marquée par l'ouverture de l'ICANS et le transfert sur ce site avec augmentation capacitaire de l'activité adulte des HUS et par une extension capacitaire importante au CHU de Nancy.

Autres soins intensifs

La région Grand Est dispose de peu d'USI de spécialité hors USIC, USIH et USINV, toutes situées dans les CHU à l'exception d'une USI de chirurgie cardiaque au GHRMSA qui dispose d'une activité de chirurgie cardiaque sans réanimation spécialisée de chirurgie cardiaque.

Offre de surveillance continue

Chiffres clés :

88 USC adultes reconnues contractuellement dans 56 établissements sur 66 sites géographiques. À noter que 14 USC se sont vues retirer leur reconnaissance contractuelle entre 2019-2021, mise à jour administrative des USC fermées par les établissements ou non renouvellement suite au contrôle régional ;
47% *(41)* sont des USC « autonomes » situées dans des établissements sans service de réanimation représentant 44% des lits *(294)* actuellement contractualisés ;
23 des 41 USC autonomes *(56%)* ont un capacitaire de moins de 6 lits et un certain nombre disposent de chambres doubles ;
Évolutions 2023 : l'USC du GCS3F *(8 lits)* n'existe plus *(contexte reprise établissement)* et l'USC de CHINA Sedan *(4 lits)* va fermer (contexte arrêt maternité) ;
10 USC pédiatriques reconnues contractuellement dont 4 autonomes. (*USC pédiatrique du CHH non renouvelée car aucun moyens propres)*.

2. Analyse du besoin

Le rapport IGAS 2021-017R indique que les besoins de réanimation sont liés pour partie au vieillissement de la population « par la combinaison de plusieurs facteurs, notamment la hausse avec l'âge, de la proportion de patients présentant des comorbidités et du nombre de comorbidités par patient ainsi que la diminution de la réserve physiologique. Pour autant, la relation entre le vieillissement démographique et les besoins de réanimation n'est pas linéaire. L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, l'évolution des techniques de soins en amont de la réanimation *(progrès médical)* peuvent contribuer à limiter la hausse d'activité liée au vieillissement ».

Le recours plus élevé à la réanimation résulte également des spécificités de l'offre de soins du territoire d'implantation, en particulier les activités médicales, chirurgicales et interventionnelles lourdes et complexes. Ainsi l'évaluation du besoin de réanimation reste difficile à estimer.

Néanmoins :

La région Grand Est est plutôt bien dotée avec, en 2019, un taux d'équipement de 10,11 lits de réanimation adulte pour 100 000 adultes, 3ème position après l'IDF *(11,37)* et PACA *(11,13)*. Le taux de recours à la réanimation adulte est de 0,45% *(moyenne nationale à 0,41%)* et le taux de fuite hors région faible *(3%)*. *(Source : rapport IGAS)*
Les projections INSEE pour le Grand Est font état d'une croissance globale de la population adulte entre 2022 et 2030 de +2,2%. La dynamique de croissance populationnelle est toutefois très contrastée selon la zone d'implantation de référence avec des zones d'implantation de référence dont l'évolution démographique est inférieure à la progression de la région voire en décroissance *(ZI1, 4, 5, 8 et 9)*. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans progresse de 30%, de façon assez uniforme quelle que soit la zone d'implantation.

L'activité de réanimation adulte n'a pas retrouvé son niveau de 2019 ni en nombre de séjours, ni en nombre de journées réalisées avec des situations contrastées selon les ZI.

Les ZI les moins attractives et avec les taux de fuite les plus importants sont les ZI dont l'environnement en termes de plateaux techniques et de réalisation d'activités lourdes et complexes sont les moins dotées (*ZI4, 5 8 et 9 et dans une moindre mesure ZI1)*. Ce sont aussi les ZI qui affichent une décroissance démographique continue sur du long terme.

Le taux de recours en nombre de séjours des patients adultes *(18 ans et +)* domiciliés est quasiment stable entre 2019 et 2022, celui des patients de 80 ans et plus, a baissé de façon importante *(- 0,3 pts vs – 0,02 pts)*. Plusieurs hypothèses peuvent être émises : les conséquences de l'épidémie de Covid en termes de décès *(hausse des décès de +9,1% en 2020, augmentation concentrée sur les plus de 70 ans ; entre mars 2020 et avril 2020, le taux de décès a augmenté de 38% chez les 80-89 ans et de 22% chez les plus de 90 ans)*, la fermeture d'un certain nombre de lits de réanimation avec peut être une meilleure appréciation de l'indication de prise en charge en réanimation notamment des personnes très âgées.

Les taux d'équipements en USIC et USINV se situent au-dessus ou dans la moyenne nationale, avec progression pour les USINV.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Exigences d'organisation réglementaires

Regroupement des lits de soins critiques organisés en plateaux techniques ;
Conditions de fonctionnement portant sur les locaux *(locaux dédiés, uniquement des chambres individuelles, capacitaire minimum, etc.)*, mais également sur les équipements, les ratio personnel non médical, ainsi que les qualifications médicales et l'organisation de la permanence et de la continuité des soins visant à garantir la qualité et la sécurité des soins ;

Adaptabilité/flexibilité de l'organisation, du capacitaire et des ressources pour anticiper/faire face à un surcroît d'activité en réanimation dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles *(Plan)* formalisée des établissements autorisés aux soins critiques ;
Pilotage régional de la filière soins critiques en lien avec les acteurs de la filière.

Principes de planification des soins critiques

La gradation en soins critiques découle en 1er lieu des différentes mentions des nouvelles autorisations.

D'un point de vue plus qualitatif, la gradation prend également en compte l'environnement de l'activité de soins critiques en termes de plateaux techniques et/ou d'activités de soins complexes réalisées ou non par les établissements : chirurgie cardiaque, chirurgie oncologique complexe *(Mentions B avec PTS - Pratique Thérapeutique Spécifique - notamment)*, neurochirurgie, greffe d'organes, cardiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle.

Les principes de planification et les propositions OQOS s'appuient sur l'état des lieux des soins critiques et tiennent compte des propositions OQOS des orientations en termes d'OQOS des thématiques conditionnées par une activité de soins critiques *(réanimation, USI)* en particulier le traitement du cancer, la radiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle. À noter, que les USC mentionnées dans les textes rénovés correspondent à des USC hors critiques *(= soins renforcé)*.

Plus spécifiquement, pour les soins critiques pédiatriques, au regard de l'activité développée au niveau de la zone de recours Ouest, il est prévu de pouvoir permettre la progression de la réanimation pédiatrique vers une réanimation pédiatrique de recours.

Enfin, et en fonction des évolutions réglementaires, l'Agence sera vigilante en termes de planification des soins critiques pour ne pas remettre en cause les activités justifiant d'une USC aujourd'hui, et à prévoir une offre suffisante pour répondre aux besoins de la région y compris en situation de crise.

Objectifs opérationnels/qualitatifs

Anticiper l'adossement géographique *(exigence de contiguïté de l'unité de réanimation et de l'USIP)* nécessitant des travaux lourds par la mise en place anticipée d'une organisation fonctionnelle mutualisée : coordonnateur médical et soignant commun, mutualisation des équipes, développement de protocoles communs, organisation de la continuité des soins.

Améliorer le fonctionnement/ structurer la filière de soins critiques par la mise en place du dispositif spécifique régional

- Engagement de tous les acteurs de soins critiques dans l'organisation de la filière de soins critiques ;
- Articulation/coopération entre les acteurs de soins critiques ;
- Lisibilité de la filière auprès de tous les acteurs ;
- Adaptabilité capacitaire de l'offre en soins critiques pour faire face aux fluctuations des besoins et gestion des flux d'hospitalisation en soins critiques ;
- Diffusion/partage des bonnes pratiques.

Améliorer la fluidité des parcours de soins critiques

- Structuration des coopérations entre les acteurs de soins critiques et avec les acteurs de l'écosystème des soins critiques *(SAMU, services d'urgences, etc.)* ;
- Développement de la télé expertise ;
- Déploiement du registre des refus et analyse des données.

Axe « ressources humaines »

- Suivi des ressources humaines médicales / formation *(internes)* ;
- Constituer et maintenir opérationnelle une réserve de professionnels formés aux soins critiques.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Gradation des activités de soins critiques selon les deux niveaux

Le niveau de recours est retenu pour des activités relevant de :

Soins critiques adultes, mention 1, USI de spécialité *(néphrologie, respiratoire, HGE, SRPR et autres)* ;
Soins critiques adultes, mention 5 *(USI Hématolologie).*

Le niveau d'implantation est retenu pour :

Soins critiques adultes mentions 1 hors USI de spécialité, 2 *(USIPD)*, 3 *(USIC)* et 4 *(USINV)* ;
Soins critiques pédiatriques, mention 3 *(USIPDP)* ;
Soins critiques pédiatriques, mentions 1, 2 et 4 des activités relevant du niveau d'implantation *(ZI)*.

Concentration des plateaux techniques de soins critiques

Le regroupement des activités de soins critiques permet la consolidation d'équipes formées aux soins critiques, la mutualisation des moyens, la mutualisation/le partage des expertises garant de la qualité et de la sécurité des soins. Il facilite l'organisation et notamment l'adaptabilité du fonctionnement des unités aux besoins. Il permet une meilleure structuration de la filière soins critiques et du parcours soins critiques par une meilleure fluidité du parcours post-réanimation.

Maintien du nombre des implantations de réanimation adultes et pédiatriques *(soins critiques adultes de mention 1 et soins critiques pédiatriques de mention 1 et 2)*

Au vu de l'état des lieux il n'apparait pas nécessaire d'augmenter le nombre des implantations de réanimation.

Chaque ZI, à l'exception de la ZI4, dispose d'au moins un établissement avec activité de réanimation.

Encadrement du déploiement d'USIPD adultes *(Soins critiques adultes de mention 2)*

Toutes les ex-USC situées dans un établissement sans réanimation n'ont pas vocation à devenir des USIPD.

Les ex-USC situées dans un établissement sans réanimation vont soit rester dans le champ des soins critiques dans le cadre d'une autorisation de soins critiques adultes de mention 2, soit sortir du champ des soins critiques et relever d'une reconnaissance contractuelle d'USC hors champ des soins critiques.

Seules les ex-USC dont la nature des prises en charge relève de soins intensifs justifiant cette requalification de l'USC, et répondant aux conditions d'environnement et de compétences nécessaires prévues par la réglementation, pourront être qualifiées d'USIPD.

USI de spécialité de cardiologie (USIC), neuro-vasculaire (USINV) et hématologique (USIH) *(Soins critiques adultes mentions 3, 4 et 5 et soins critiques pédiatriques mention 4)*

USIC
Pas de création de nouvelle implantation. À l'exception de la ZI4, toutes les ZI disposent d'au moins une USIC. Un travail sera à mener plus spécifiquement sur la ZI 5 en termes d'organisation de l'offre, afin de consolider cette activité sur le territoire.

USINV
À l'exception de la ZI1 et de la ZI4, toutes les ZI disposent d'au moins une USINV.

USIH
Les activités de soins intensifs d'hématologie, adulte et pédiatrique, relèvent d'un niveau de recours et ne peuvent être déployées que dans les établissements disposant d'un service d'hématologie.

Autres USI de spécialité (Soins critiques adultes mention 1, USI de spécialité)

La création d'USI de spécialité *(notamment néphrologie, respiratoire, d'hépato-gastro-entérologie)* est conditionnée par la nature des activités des établissements et relève de sites de recours *(avec activités de niveau de recours)* ayant un fort volume d'activité et un niveau de spécialité élevé.

Création d'USI de spécialité SRPR : l'activité SRPR se situe à l'interface entre soins critiques et SSR/SMR pour des patients qui nécessitent et justifient d'une rééducation précoce en sortie de soins critiques, dont l'équilibre médical reste précaire et qui requièrent une prise en charge médicale et soignante lourde, avec surveillance étroite, de type USI. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge dans un service SSR/SMR du fait de leur profil. Il est prévu une implantation par zone de recours.

Soins critiques pédiatriques

Maintien des implantations relevant du niveau de recours

- Une implantation de soins critiques pédiatriques mention 1 ou 2 par zone de recours *(Est, Centre, Ouest)* ;
- **Maintien d'une** implantation de soins critiques pédiatriques de mention 4 par zone de recours.

Transformation des USC pédiatriques existantes en USIPDP.

UNE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ORGANISÉE

CONTEXTE

La Permanence des soins en établissement de santé *(PDSES)* se définit comme « l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence la nuit, le week-end *(à l'exception du samedi matin)* et les jours fériés ». Elle permet de répondre aux besoins de soins non programmés en améliorant l'accès aux soins. La PDSES se distingue de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge, sur les mêmes périodes, des patients déjà suivis et connus de l'établissement *(patients déjà hospitalisés dans la structure ou intégrés dans une filière de soins)*.

La PDSES couvre exclusivement le champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique des établissements, quel que soit leur statut. Sauf cas particuliers, notamment l'existence d'un plateau technique spécialisé, seuls les établissements site d'un service d'urgence ont vocation à assurer la PDSES. Il est à souligner que la non-éligibilité au titre de la PDSES n'exonère pas les établissements de santé d'assurer la prise en charge ou l'orientation de tout patient se présentant à lui.

LE SCHEMA DE PDSES

Conformément à la réglementation en vigueur, le directeur général de l'ARS arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins. Selon l'article R. 6111-41 du Code de la santé publique, ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans et peut être révisé si la nécessité s'en présente *(évolution des besoins etc.)*. Par ailleurs, « il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ».

À partir d'un diagnostic régional, le schéma de PDSES fixe les objectifs par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Ces objectifs, en nombre de lignes de garde et d'astreinte, sont définis selon les zones d'implantation.

Ainsi, les établissements, éligibles au titre de la mission de permanence des soins, sont désignés par le directeur général de l'ARS. À ce titre, ils bénéficient d'un financement permettant de valoriser leur participation à cette mission de service public et ayant pour objectif de financer les praticiens y concourant. Les praticiens libéraux peuvent participer à la PDSES et être indemnisés à ce titre.

L'éligibilité et le financement font l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement. Ce financement est fonction :

- du nombre de lignes de PDSES assurées dans chacune des spécialités ;
- de la nature de l'établissement public ou privé, les arrêtés d'indemnisation étant différenciés ;
- de la modalité organisationnelle effective de la PDSES (astreinte opérationnelle, demi-astreinte, garde, demi-garde).

Le schéma de PDSES dans le Grand Est

Le schéma PDSES Grand Est couvre :

Les activités réglementées en lien avec une autorisation :

Périnatalité (obstétrique et néonatalogie) ;
Soins critiques (réanimation adulte et pédiatrique, soins intensifs de cardiologie, neuro-vasculaire et d'hématologie adulte et pédiatrique) ;
Chirurgie de recours (cardiaque et neurochirurgie) ;
Plateaux techniques spécialisés (cardiologie interventionnelle modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte », neuroradiologie interventionnelle, et urgences privées).

Les activités non réglementées :

Les activités en aval des structures d'urgences :

Spécialités chirurgicales non réglementées (ortho-traumatologie, viscérale, ORL, urologie etc.) ;
Spécialités médicales non réglementées (hépato-gastroentérologie, infectiologie, pneumologie, etc.).

Les activités médicotechniques nécessaires à la prise en charge des patients :

Radiologie et imagerie diagnostique ;
Radiologie interventionnelle ;
Biologie ;
Médecine hyperbare.

Stratégie régionale

Dans le cadre de l'élaboration du schéma cible de PDSES 2023-2028, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

La réforme des autorisations sanitaires entrée en vigueur au 1er juin 2023 ; en effet, le schéma de PDSES est étroitement lié aux implantations d'activités de soins sur le territoire pour les activités réglementées. Ainsi, il devra prendre en compte les implantations arrêtées dans le schéma régional de santé, au plus tard au 1er novembre 2023.

La mission IGAS sur la PDSES lancée en mars 2023 : les résultats de cette mission n'étant pas sans impact sur le volet PDSES, devront faire l'objet de discussions en lien avec les partenaires et acteurs et être pris en compte dans le schéma de PDSES.

Une meilleure prise en compte des réalités de terrain : charge de travail relative à la mission PDSES, problématiques en lien avec les ressources humaines, coopération des acteurs privés-publics etc.

Ainsi, à la lumière de ces éléments, le schéma nécessite une analyse en profondeur des activités impactées par la réforme des autorisations et des principes d'organisation régionaux sous tendant les activités non réglementées.

Cette refonte doit s'appuyer :

Dans un premier temps, sur un état des lieux partagé, permettant de témoigner de la réalité de la PDSES dans le Grand Est *(degré de mise en œuvre, difficultés, points de tensions etc.)* et d'évaluer les besoins ;
Dans un deuxième temps, sur une réflexion partagée avec les partenaires et acteurs afin de dégager des perspectives et des axes de travail pour élaborer les principes d'organisation régionaux.

La publication de l'actuel PRS au 1er novembre 2023 ne pouvant prendre en compte les éléments spécifiés ci-dessus eu égard à la temporalité de ces derniers, il est décidé de proroger le schéma cible arrêté en décembre 2019. Cette prorogation permettra une refonte globale du schéma pour publication d'un nouveau schéma dès la fin des travaux.

Ainsi, comme le prévoit l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, une révision du volet PDSES sera effectuée afin de tenir compte de l'évolution des besoins de la population et de l'offre de soins.

Dans l'attente de la publication d'un nouveau schéma, les modifications du schéma intervenant pendant les travaux, en lien avec la mise en œuvre de la réforme des autorisations entraineront un accès au financement afférent *(dès octroi de l'autorisation dans le nouveau cadre, l'indemnisation de la PDSES se fera conformément au cadre réglementaire en vigueur)*. L'application des principes d'organisation de la PDSES se fera au regard du droit positif à la date de mise en œuvre de la nouvelle autorisation – en l'absence de cadre, les principes d'organisation du schéma arrêté en décembre 2019 seront maintenus à activité équivalente et dans l'attente de la révision de ce dernier.

Les principes d'organisation pour les activités réglementées en lien avec la réforme des autorisations sont listés dans le tableau ci-dessous. Ces prinicpes seront mis en application à compter de l'octroi des autorisations concernées dans le nouveau cadre réglementaire. Dans l'attente, le cadre réglementaire applicable avant le 1er juin 2023 est maintenu.

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	**Mention / modalité**	**Principe d'organisation**	**Références au CSP**
Soins critiques adultes	Réanimation et soins insentifs polyvalents (mention 1)	Permanence médicale dédiée à l'unité de réanimation et l'unité de soins intensifs polyvalents : présence d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation (MIR) ou en anesthésie-réanimation (MAR) dédié aux activités des deux unités	D. 6124-28-2
	Réanimation et soins intensifs de spécialité (mention 1)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline de l'unité de soins intensifs de spécialité	D. 6124-28-2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires (mention 2)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle par un médecin spécialisé en MIR ou MAR	D. 6124-28-2
	Soins intensifs de cardiologie (mention 3)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-29-4
	Soins intensifs de neurologie vasculaire (mention 4)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire. Site avec autorisation NRI : présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-30-4
	Soins intensifs d'hématologie (mention 5) *(en attente d'éclaircissments sur le sujet)*	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-31-4
Soins critiques pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant (mention 1)	Permanence médicale, par un médecin de l'équipe médicale (commune aux deux unités)	D. 6124-33-1
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques	Permanence par un médecin de l'équipe médicale (commune aux deux unités).	D. 6124-33-1

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	**Mention / modalité**	**Principe d'organisation**	**Références au CSP**
	polyvalents, et de spécialité le cas échéant (mention 2)	La permanence médicale peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle	
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires (mention 3)	Présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents	D. 6124-33-1
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie (mention 4) *(en attente d'éclaircissments sur le sujet)*	Présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale (spécialisés en pédiatrie ou en hématologie)	D. 6124-34-3
Chirurgie cardiaque		Obligation d'astreinte exclusive ou de garde sur site	R. 6123-73
Neurochirurgie		Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde pour neurochirurgien et anesthésiste réanimateur	R. 6123-101 D. 6124-138
Neuroradiologie interventionnelle	Mention A (thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral aigu)	Astreinte opérationnelle ou garde de médecins justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie et médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	D. 6124-149-1
	Mention A	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire	D. 6124-149-1
	Mention B (activités interventionnelles en neuroradiologie)	Astreinte opérationnelle ou garde d'un médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	D. 6124-149-1
	Mention B	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en	D. 6124-149-1

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	**Mention / modalité**	**Principe d'organisation**	**Références au CSP**
		pathologies neurovasculaire d'une unité neurovasculaire	
Cardiologie interventionnelle	Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en cardiologie interventionnelle de l'adulte	D. 6124-185-1
Obstétrique *(non concerné à ce stade par la réforme des autorisations)*		Obligation pour l'unité d'obstétrique d'assurer 24h/24 les accouchements et les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.	R. 6123-43
Médecine d'urgence *(en attente des nouveaux textes)*		Obligation d'assurer, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé. Obligation d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation doit comprendre un médecin.	R. 6123-15
Radiologie interventionnelle	Mention D	Astreinte ou garde d'un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale	R. 6123-172

Concernant les activités non réglementées, les principes régionaux adoptés dans le cadre du schéma révisé en 2019 sont reconduits à l'identique le temps des travaux en lien avec la refonte du schéma. Ils sont déclinés dans le tableau ci-après.

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES	
Spécialité	**Principe d'organisation**
Chirurgie ortho-traumatologique	Organisation territoriale de la PDSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde. Le développement d'équipes médicales de territoire est incité afin de favoriser la mutualisation de la PDSES. L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.
Chirurgie viscérale	Organisation territoriale de la PDSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde. Le développement d'équipes médicales de territoire est incité afin de favoriser la mutualisation de la PDSES. L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.
Urologie	Au moins une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence en fonction du volume d'activité du service des urgences et sous réserve de ressources médicales suffisantes. Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité.
ORL	Une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes. À défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones.
Odontologie	Une ligne d'astreinte par zone de recours.
Ophtalmologie	Une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes. À défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones.
Chirurgie thoracique *(gros vaisseaux)*	Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements de référence disposant des ressources suffisantes.
Chirurgie vasculaire	Garantir l'accès à une compétence chirurgicale dans les établissements trauma-center de grade élevé et les établissements en capacité de réaliser de la radiologie vasculaire. Une ligne d'astreinte peut être identifiée sur chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes.

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES	
Spécialité	**Principe d'organisation**
Chirurgie maxillo-faciale	Garantir l'accès à une compétence chirurgicale notamment dans les établissements labellisés trauma-center. Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements disposant des ressources suffisantes.
Chirurgie pédiatrique	La PDSES est organisée dans les établissements disposant d'équipes spécialisées, chirurgicales et anesthésiques : CHU : une ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique viscérale et une ligne d'astreinte de chirurgie ortho-traumatologique, sous réserve d'effectifs suffisants. Autres établissements : une ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique polyvalente dans les établissements disposant d'un service de chirurgie pédiatrique et sous réserve d'effectifs suffisants notamment d'anesthésistes formés à l'anesthésie pédiatrique. À défaut, organisation protocolisée de la prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques notamment des urgences viscérales.
Chirurgie mains	La PDSES est organisée dans les centres disposant d'équipes spécialisées, de préférence labellisés FESUM.
Anesthésie polyvalente	Organisation de la PDSES anesthésique en fonction du niveau d'activité de l'anesthésie liée à l'activité de la maternité et/ou de l'activité de PDSES de chirurgie (notamment le nombre de lignes couvertes).
Anesthésie pédiatrique	Une ligne de garde par zone de recours.
Infectiologie	Une ligne d'astreinte par zone de recours, dans les établissements sanitaires de référence pour les infections à fort potentiel épidémique permettant de garantir l'accès à des ressources médicales hautement spécialisées, notamment pour les pathologies émergentes.
Hépato-gastro-entérologie	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes, à défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones, de préférence sur des sites disposant de compétence en radiologie interventionnelle afin de répondre aux urgences endoscopiques (hémorragies digestives graves). Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité (CHU). La mutualisation des ressources, notamment avec le privé, sera recherchée du fait d'une démographie médicale peu favorable.

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES	
Spécialité	**Principe d'organisation**
Pneumologie-bronchoscopies adultes	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence afin de garantir un accès pour les urgences endoscopiques. Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité (CHU). La mutualisation des ressources entre établissements est recherchée.
Pneumologie-bronchoscopies pédiatriques	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de recours afin de garantir un accès pour les urgences endoscopiques pédiatriques.
Médecine polyvalente	Cette activité relève de la continuité des soins. Une ligne d'astreinte peut néanmoins être identifiée en aval du service des urgences, en fonction des ressources médicales disponibles et du volume d'activité du service des urgences.
Médecine gériatrique	Une ligne d'astreinte en 1ère partie de nuit, les week-end et jours fériés, peut être identifiée, en aval du service des urgences, en fonction de l'existence d'un court séjour gériatrique répondant aux critères de fonctionnement d'une telle unité, des ressources gériatriques disponibles et du volume d'activité du service des urgences.
Pédiatrie	Une ligne d'astreinte en aval du service des urgences pédiatriques, sous réserve d'effectifs suffisants pour assurer l'ensemble des lignes de pédiatrie.
Néphrologie-dialyse *(insuffisance rénale aigue)*	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence est reconnue pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë.

Schéma cible de PDSES

Les mesures déployées doivent s'accompagner pour les cinq ans à venir, d'une réflexion autour des modalités permettant une plus grande solidarité territoriale. Aussi et au regard de ces éléments, des conclusions de la mission IGAS relative à l'organisation de la permanence des soins au niveau des territoires, des changements réglementaires liés à la réforme des autorisations, l'engagement des réflexions avec les partenaires sera entrepris afin de dégager des perspectives et des axes de travail pour l'élaboration des principes régionaux en lien avec les activités non réglementées rénovés.

Dans l'attente, le schéma cible proposé an attente des travaux régionaux est le suivant :

SCHEMA CIBLE DE PDSES	ZI n°1		ZI n°2		ZI n°3		ZI n°4		ZI n°5		ZI n°6		ZI n°7		ZI n°8		ZI n°9		ZI n°10		ZI n°11		ZI n°12		ZR n°1		ZR n°2		ZR n°3		Total		
	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Total
ACTIVITES REGLEMENTEES																																	
Gynécologie-obstétrique et pédiatrie																																	
Gynecologie-Obstétrique	1	1	3	1	2		1		2		3	3	2	1	4	1	2	1	5	3	2	1	2	1		2		1	2	2	**31**	**18**	**49**
Pédiatrie (Obst/Néonat/rea néonatale)	1	1	3	2	2	1	1		1	1	3	3	2	2	3	2	2	1	5	4	2	1	3	2		2		1		2	**28**	**25**	**53**
Réanimation																																	
Réanimation pédiatrique / Pédiatrie spécialisée																										1		1		1		**3**	**3**
Réanimation polyvalente		1		4		1				2	0,5	4,5		2		1		2		1	0,5	1,5									**1**	**20**	**21**
Réanimation médicale														1					1	4			0,5	1,5							**1,5**	**6,5**	**8**
Réanimation chirurgicale														2						2		1	0,5	1,5							**0,5**	**6,5**	**7**
Réanimation neuro-chirurgie																												1				**1**	**1**
Réanimation Grands Brûlés																												1				**1**	**1**
Réanimation chirurgie cardiaque																										1		2		1		**4**	**4**
Cardiologie interventionnelle																																	
Cardiologie interventionnelle Type 3			2		1						2		3						3		2		2								**15**		**15**
Cardiologie - USIC		1		2		1				2		3		3		1		1		3		2		2								**21**	**21**
Urgences																																	
Urgences privées				2								1		1						1				2								**7**	**7**
Autres activités réglementées																																	
Unité neurovasculaire - USI UNV	1			1	1				1		1			1	1		1		1	1		1	1								**8**	**4**	**12**
Neuro-chirurgie																									1		1		2		**4**		**4**
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire																									1		1		2		**4**		**4**
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire pédiatrique																											1				**1**		**1**
Chirurgie cardiaque																									1		3		3		**7**		**7**
ACTIVITES NON REGLEMENTEES																																	
Spécialités chirugicales																																	
Chirurgie mains																									1		4		2		**7**		**7**
Chirurgie ortho-traumalogique	1		2,8	1	0,6	1	1		2,2		1,6	2	1	1	2,2		2,6		3,6	1	1	1	0,6	1							**20,2**	**8**	**28,2**
Chirurgie viscérale	1		4	1	1	1	1,6		2,6		3,6	2	3,2	1	3		3		6,6	1	1	1	1	1							**31,6**	**8**	**39,6**
Chirurgie vasculaire			2		1						2		1						2		1		1								**10**		**10**
Chirurgie thoracique (Gros vaisseaux)																									1		2		1		**4**		**4**
Chirurgie maxillo-faciale																									1		2		1		**4**		**4**
Chirurgie Infantile																									2		4		3		**9**		**9**
Chirurgie ORL	1		1		1				1		1		1		1		1		1		1		1								**11**		**11**
Odontologie																									1		1		1		**3**		**3**
Urologie	1		3		1				1		2		1,6		1,2		1		3		1		1								**16,8**		**16,8**
Ophtalmologie			1		1				1		1		1		1		1		1		1		1								**10**		**10**
Anesthésie liées aux activitées non réglementées																																	
Anesthésie/Anesthésie obstétrique	1	1	4	3	2	1	1,6		3		4	5	5	4	4	1	3	1	7,6	5	3	2	3	2		2		1	2	2	**43,2**	**30**	**73,2**
Anesthésie pédiatrique																										1		1		1		**3**	**3**
Anesthésie chirurgie cardiaque																									1		2		2		**5**		**5**
Specialités médicales																																	
Hépato-gastro-entérologie	1		2,6		1				2		2,6		1,6		2		1		3,6		1		1								**19,4**		**19,4**
Pneumologie adulte	1		1,6		1				1		1,6		1		1		1		2		1		1								**13,2**		**13,2**
Pneumologie pediatrique																									1				1		**2**		**2**
Hématologie clinique adulte																									2		3		4		**9**		**9**
Hématologie clinique et oncologie pédiatrique																									1		1		1		**3**		**3**
Infectiologie																									1		1		1		**3**		**3**
Néphrologie (IRA)	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1								**12**		**12**
Médecine polyvalente	2		5		2		2		2		5		4		3		3		7		2		1								**38**		**38**
Médecine pédiatrique				1										1						1												**3**	**3**
Médecine gériatrique	0,6		0,6		0,6						0,6		0,6						1,2		0,6		0,6								**5,4**		**5,4**
Activités médico-techniques																																	
Radiologie interventionnelle: Embolisation d'hémostase																									1		2		4		**7**		**7**
Radiologie et imagerie diagnostique	1		2	1		1	1			1	2	1	1	1		1	2		3	1	1	1	1	1							**14**	**9**	**23**
Biologie																									1		1		1		**3**		**3**
Urgences																																	
Urgences psychiatriques - dans le cadre de la DAF																																	
Activités spécifiques																																	
Caisson hyperbare																									1				1		**2**		**2**
Total	**14,6**	**5,0**	**38,6**	**19,0**	**19,2**	**7,0**	**10**		**20,8**	**6,0**	**37,5**	**24,5**	**30,0**	**21,0**	**27,4**	**7,0**	**24,6**	**6,0**	**57,6**	**28,0**	**22,1**	**12,5**	**23,2**	**15,0**	**18,0**	**9,0**	**29,0**	**9,0**	**34,0**	**9,0**	**406,8**	**178,0**	**584,8**

L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

PROLONGER LES POLITIQUES PUBLIQUES ENGAGÉES

Caractéristiques du secteur

Le secteur médico-social est un champ particulièrement complexe du fait du nombre et de la diversité des structures qui ont vocation à répondre aux besoins d'un public très hétérogène et pluriel : ce sont près de 800 gestionnaires médico-sociaux en Grand Est qui apportent un accompagnement aux personnes ciblées, avec :

plus de 1200 établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap ;
et plus de 800 établissements et services accompagnant des personnes âgées.

Les données ci-dessous précisent les taux d'équipements concernant l'offre d'accueil pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap par département *(données issues de STATISS 2022)*.

Secteur « Personnes agées »

2022 ARS GRAND EST

19 ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES • TAUX D'ÉQUIPEMENT AU 31/12/2021 EN NOMBRE DE PLACES POUR 1 000 HABITANTS DE 75 ANS ET PLUS

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022 / (données extraites du Panorama de la Drees)

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	97,3	89,3	109,5	101,7	102,8	95,0	110,8	87,6	91,2	92,1	129,1	93,5	92,3
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places ESLD)	27,1	18,2	17,8	47,2	15,7	41,4	28,5	28,2	15,6	29,3	18,8	23,9	23,6
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	0,6	0,4	0,3	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,7	2,4	0,0	0,6	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	18,6	22,3	20,4	19,0	22,6	20,3	29,0	17,9	13,3	18,1	19,9	19,2	19,1

62 EHPAD reconnus pour proposer de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour 851 séjours financés en 2022 ;
28 nouveaux Pôles d'activité et de soins adaptés *(PASA)* autorisés et financés dès 2023, portant le total régional à 181 PASA ;
51 dispositifs IDE de nuit *(dont 2 gardes)* financés sur l'ensemble de la région permettant de couvrir 226 EHPAD ;
4 centres ressources territoriaux installés en 2022, 10 prévus sur 2023 et 2 sur 2024, couvrant 9 départements ;
20 plateformes de répit *(PFR).*

Secteur « Personnes en situation de handicap »

22 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ADULTES HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT - (SUITE) • NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 (1)

Source : Drees, Finess

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.)													
Nombre d'établissements	148	9	9	14	6	20	11	23	23	18	15	1 472	1 502
Nombre total de places installées	11 524	647	631	1 183	450	1 614	438	2 348	1 868	1 489	856	116 539	118 784
Services d'accompagnement à la vie sociale, médico social pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)													
Nombre de services (4)	122	8	8	21	6	17	8	4	21	20	9	1 521	1 550
Nombre de places	3 959	280	168	733	285	969	295	104	767	108	250	53 960	56 010
Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD+SPASSAD)													
Nombre de services (4)	98	5	2	11	9	6	14	23	8	6	14	1 063	1 081
Nombre de places	660	70	25	55	39	53	62	106	61	97	92	6 793	6 929

(1) On compte la capacité totale des établissements indépendamment de la spécificité des places. (2) Les établissements classés en catégorie FAM sont ceux qui disposent de lits d'accueil médicalisés, même si d'autres types de lits y sont présents. (3) La catégorie « foyer d'accueil polyvalent » a été créée dans FINESS dans le but d'attribuer un seul numéro FINESS aux foyers d'hébergement qui proposent simultanément de l'hébergement ouvert et de l'accueil en foyer de vie (et de permettre ainsi que les diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes). (4) Services autonomes et services rattachés à un établissement. (5) Y compris accueil de jour. (6) Les EAM correspondant à la nouvelle dénomination des FAM, la différence est uniquement administrative. Dans cette édition, ces deux catégories sont sommées. (7) Les EANM remplacent désormais les catégories foyer d'hébergement, foyer de vie et foyer d'accueil polyvalent : comme pour les EAM, pour être en cohérence avec la nouvelle nomenclature, dans cette édition, nous comptabilisons sur une même ligne la capacité de toutes ces structures (foyer d'hébergement + foyer de vie + foyer d'accueil polyvalent + EANM). (8) 139 places en catégorie 370 (établissement expérimental pour personnes handicapées). (9) Y compris accueil temporaire.

23 ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPÉS • TAUX D'ÉQUIPEMENT AU 31/12/2021 PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT : PLACES POUR 1 000 HABITANTS DE 20 À 59 ANS

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés													
Taux d'équip. en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	1,2	1,3	0,9	1,1	1,8	1,3	1,8	1,4	0,7	1,1	1,6	1,1	1,1
Taux d'équip. en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,9	0,8	0,8	1,1	0,6	0,7	1,1	0,8	1,1	0,8	1,0	1,0	1,0
Taux d'équip. en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,8	1,2	2,6	2,0	2,5	2,1	2,4	0,8	1,4	2,9	2,7	2,4	2,4
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)													
	4,2	5,2	4,3	4,2	5,9	4,4	5,3	4,5	3,1	3,9	5,2	3,6	3,6

26 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT • NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 - TAUX D'ÉQUIPEMENT

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)													
Nombre d'établissements	117	10	6	9	7	11	6	19	19	19	11	1 322	1 368
Nombre total de places installées	7 496	559	428	659	321	1 009	244	1 389	1 082	1 263	542	70 879	73 460
Dont places en accueil temporaire (1)	37	0	0	3	8	3	0	0	14	7	2	388	464
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat	4 860	368	242	505	178	716	150	833	727	825	316	41 202	43 457
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés													
Nombre d'établissements	20	2	1	2	3	2	1	3	1	2	3	181	189
Nombre total de places installées	562	75	32	65	26	106	18	86	30	69	55	5 253	5 499
Dont places en accueil temporaire (1)	15	0	0	4	0	2	2	2	1	0	4	107	120
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat	256	21	24	32	20	24	3	60	18	25	29	2 704	2 857
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)													
Nombre d'établissements	55	6	4	6	7	9	6	6	7	2	2	492	498
Nombre total de places installées	1 580	97	124	105	135	242	82	300	278	127	90	17 533	17 763
Dont places en accueil temporaire (1)	9	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	70	70
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	549	49	27	49	37	112	5	55	152	38	25	5 804	5 869
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)													
Nombre d'établissements	11	0	1	2	0	2	0	3	2	1	0	140	145
Nombre total de places installées	926	0	24	95	0	300	0	198	192	117	0	7 589	7 705
Dont places en accueil temporaire (1)	5	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	70	70
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	312	0	16	70	0	45	0	0	138	43	0	3 529	3 628
Jardins d'enfants spécialisés													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140
Dont places en accueil temporaire (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140

Suite du tableau page suivante →

26 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT - (SUITE) • NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 - TAUX D'ÉQUIPEMENT

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Établissements pour jeunes déficients sensoriels (2)													
Nombre d'établissements	15	1	2	1	1	2	0	4	3	1	0	112	119
Nombre total de places installées	729	55	21	65	12	300	0	146	115	15	0	7 184	7 449
Dont places en accueil temporaire (1)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	21
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	372	55	19	46	12	90	0	56	94	0	0	3 248	3 455
Établissements expérimentaux													
Nombre d'établissements	17	3	0	0	1	2	1	2	5	2	1	69	77
Nombre total de places installées (5)	84	18	0	0	0	0	0	0	66	0	0	613	742
Dont places en accueil temporaire (1)	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	59	59
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	101
Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	178	178
Établissements d'accueil temporaire													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	17
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	209	223
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (3)													
Nombre d'établissements	153	13	8	18	7	15	18	29	23	11	11	1 675	1 727
Nombre total de places installées	4 191	308	198	425	178	560	214	686	886	502	234	51 266	53 928
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (6)													
	9,1	13,4	8,4	7,4	14,1	11,7	8,8	9,2	6,7	9,1	9,0	7,1	7,0
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1 000 habitants de - 20 ans (6)													
	3,4	5,1	2,6	3,2	5,2	3,4	5,5	3,0	3,4	2,9	3,1	3,3	3,4

(1) Y compris accueil de jour. (2) Rassemble trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients auditifs, et pour déficients auditifs et visuels. (3) Services autonomes et services rattachés à un établissement. (4) Hors accueil temporaire. (5) Hors catégorie 370 (établissement expérimental pour personnes handicapées). Pour l'établissement expérimental du Nord, il s'agit d'une équipe mobile expérimentale (enregistrée sous le code catégorie 377) ce qui explique l'absence de place. (6) Indicateurs sociaux départementaux.

Généralisation du dispositif ITEP dans les 10 départements du Grand Est : 54 ITEP fonctionnent en dispositif ;
Création de nouvelles places de SESSAD : 99 places supplémentaires en 2022, s'ajoutant aux créations antérieures ;
Développement d'unités d'enseignements externalisées : 221 UEE sont déployées au profit de 20 284 enfants ;
Ouverture d'unités autisme : 30 Unités d'enseignement maternelle autisme *(UEMA)*, 8 Dispositifs d'autorégulation *(DAR)*, 10 Unités d'enseignement élémentaire autisme *(UEEA)* sont opérationnels :
Création de 10 équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation *(EMAS)* organisées via des protocoles de saisines ayant permis près de 1800 interventions ;
504 personnes accompagnées activement au sein des 15 dispositifs emploi accompagné déployés en Grand Est, dont 141 personnes avec troubles du spectre de l'autisme ;
10 plateformes de coordination et d'orientation *(PCO)* pour les enfants avec troubles du neuro-développement âgés de 0 à 6 ans, déployées sur les 10 départements ;
14 Pôles de compétences et prestations externalisés en Grand Est *(PCPE)*, couvrant l'ensemble des départements, dont le nombre d'accompagnements en file active sur la Région a été conventionné à hauteur de 200 personnes minimum. 11 PCPE ont vocation à accompagner tout type de public et 3 PCPE accompagnent exclusivement des personnes avec troubles du spectre de l'autisme ;
3 établissements de santé, 6 MAS, 19 FAM et 17 établissements gestionnaires se sont engagés dans la démarche de déploiement opérationnel de la mesure 37 de la stratégie nationale autisme visant à mieux repérer les personnes adultes ;
10 Communautés 360 installées sur chacun des 10 départements, qui montent en charge et se structurent notamment avec les Assistants au projet et parcours de vie *(APPV)* en cours de déploiement en 2023 ;
9 plateformes de répit ;
70 Groupes d'entraide mutuelle *(GEM)* en Grand Est dont 10 dédiés au public autiste.

Une adaptation de l'offre médico-sociale pour personnes âgées et personnes en situation de handicap engagée, à poursuivre

Conformément au schéma régional de santé 2018-2023, et en lien avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace le cas échéant, l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a évolué de manière significative. Les gestionnaires ont pu proposer des projets d'adaptation qualitative et quantitative de l'offre au regard de l'évolution des besoins et attentes exprimés, et en déclinaison des orientations des politiques nationales et régionales.

Pour en savoir plus : Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2022 publiés par la CNSA[40]

[40] *Les chiffres clés 2022 de la CNSA*

Au-delà des évolutions quantitatives qui ont été soutenues, le secteur médico-social s'est très largement investi en termes d'évolutions organisationnelles, soit en intra au sein des établissements et services, soit d'un point de vue territorial en contribuant à la construction des réponses adaptées et coordonnées, sous forme de dispositifs, de plateformes, de pôles d'activités ou de compétences, etc. La fonction ressources s'est également développée par la mise en place de centres ressources *(CREHPSY, polyhandicap, INTIMAGIR, etc.)* et d'équipes mobiles d'appui *(scolarisation, ASE)*.

Pour autant, les besoins exprimés, ne trouvant pas, immédiatement ou complètement, de réponse adaptée, restent nombreux.

ORIENTATIONS GÉNÉRALES

Conforter et amplifier l'adaptation de l'offre médico-sociale, en déclinaison des politiques nationales

Pour les opérateurs médico-sociaux, il s'agira de poursuivre la mobilisation engagée depuis plusieurs années en termes de diversification, d'adaptation et de transformation de l'offre médico-sociale, trouvant un équilibre entre l'institution *(avec ou sans hébergement)* et le milieu ordinaire, dont le domicile, en fonction des besoins et attentes des personnes et de leurs aidants, avec des solutions graduées, souples, modulées et évolutives, interagissant avec l'environnement. L'intégration et l'amplification des démarches qualité sera un levier majeur en appui de cette transformation.

Les adaptations de l'offre seront portées en déclinaison des politiques nationales, et notamment des feuilles de routes gouvernementales, traduites le cas échéant dans les textes réglementaires et législatifs.

Adapter les modalités de pilotage des politiques publiques

Le secteur médico-social est en cours de transition dans les modalités de son pilotage. À cet égard, deux éléments seront à prendre en compte dans le cadre du présent schéma :

La nécessité de renforcer autant que possible le pilotage des politiques publiques par la prise en considération des données *(INSEE, DREES, ViaTrajectoire, etc.*) qui doivent pouvoir être davantage produites, recueillies et exploitées. L'ARS Grand Est, dans le cadre de ses partenariats, proposera d'amplifier la fonction d'observation et l'analyse collective des données aux niveaux régional et départemental. Sur le champ du handicap en particulier, l'observatoire mis en place via le site handidonnees.fr[2], administré par le CREAI Grand Est, sera valorisé et conforté ;
L'évolution liée à la création de la branche autonomie : l'ARS Grand Est sera partie prenante du nouveau cadre de coopération territorial de la branche, de ses enjeux et modalités induites en termes de pilotage des politiques publiques, en lien notamment avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace.

OBJECTIFS SECTORIELS

Objectifs transversaux aux populations âgées et/ou en situation de handicap

Globalement, le SRS 2023-2028 entend poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale dans les territoires, en particulier en consolidant la logique de services, en renforçant la qualité des accompagnements et en orientant des actions vers un écosystème durable.

Ces changements ne pourront être soutenus que par une coordination et articulation renforcées de l'ensemble des acteurs des parcours *(avec une attention particulière à la bonne lisibilité des différents dispositifs et de leurs interconnexions pour éviter l'effet « mille-feuilles »)*, des investissements fléchés pour innover au service des personnes accompagnées, mais également grâce à une montée en compétences de l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social, gage de qualité des accompagnements.

Cela passera par :

une répartition des financements alloués aux établissements et services, au plus près des besoins des usagers et des territoires, dans une optique de convergence tarifaire et dans le respect de l'ONDAM médico-social limitatif ;
une attention particulière à la qualité des accompagnements dans les établissements médico-sociaux, avec l'objectif que les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles *(RBPP)* soient systématiquement et pleinement appliquées. À cet égard, l'ARS Grand Est sera susceptible de conditionner le renforcement des moyens des structures à la bonne prise en compte de ces recommandations, notamment dans le champ du handicap ;
la promotion de l'innovation, de l'expérimentation et des initiatives au service de l'efficience.

Les actions suivantes contribuant aux deux secteurs *(personnes âgées et personnes en situation de handicap)* seront déployées :

Conforter le soutien des aidants, notamment par la consolidation des plateformes de répit et de leur rôle territorial. Cet objectif sera complété par un travail sur l'offre de répit en structure et, notamment pour les aidants de la population âgée, le développement du répit à domicile – en cohérence avec le virage domiciliaire ;
Conduire aux côtés des départements la **réforme des Services à domicile *(SAD)*** en accompagnant les SSIAD et SPASAD actuels dans cette évolution ; la création de nouvelles solutions de SSIAD/SAD sur le champ « personnes âgées » renforcera le maillage territorial mais également la capacité d'action des services déjà existants ;
Diversifier les solutions d'accompagnement répondant aux enjeux spécifiques provoqués par le vieillissement des personnes en situation de handicap. Ces solutions devront favoriser le maintien de la personne dans son lieu de vie habituel, à domicile ou en établissement, et répondre aux besoins accrus de soins qui peuvent émerger avec l'avancée en âge de la personne handicapée. Elles seront proposées à partir de l'observation fine des besoins et des dynamiques territoriales, et nécessiteront par définition la mise en synergie des compétences des acteurs du handicap et du grand âge *(sanitaire et médico-social).*
Renforcer **l'accès aux soins** de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, en mobilisant notamment la médecine de ville dont les Infirmiers en Pratique Avancée, les pharmaciens référents en EHPAD et en ESMS PH *(conseils, sécurisation du circuit du médicament, etc.),* notamment dans le cadre d'un partenariat avec l'URPS pharmaciens, mais aussi en renforçant la collaboration ville/hôpital *(déploiement du Kit Assure pour*

prévenir les hospitalisations évitables des personnes âgées aux urgences, coordination des référents handicap dans les établissements de santé, mobilisation de la télémédecine) ;
Soutenir les actions de **Qualité de vie et des conditions de travail *(QVCT)*** dans les établissements médico-sociaux, en partenariat notamment avec l'ARACT au bénéfice des professionnels et des environnements de travail.

Objectifs relatifs aux personnes âgées

Les objectifs relatifs aux personnes âgées seront mis en œuvre en lien avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace, chefs de file de la politique personnes âgées sur les territoires. Les structures médico-sociales à destination des personnes âgées seront encouragées à amplifier l'insertion de leur offre dans les territoires et le partenariat avec le secteur hospitalier ou de ville, dans le cadre des articulations nécessaires et cohérentes avec une approche par parcours *(intégration dans les filières de soins, participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, etc.).*

L'ARS Grand Est contribuera à renforcer la qualité des soins dans les EHPAD et à soutenir l'adaptation de leur offre au regard de l'évolution des besoins, tout en mobilisant des actions cohérentes en faveur du virage domiciliaire conformément aux souhaits des personnes concernées.

À cet égard, seront poursuivies les actions visant à :

Renforcer le niveau de soins dans les EHPAD :

- Par l'augmentation du temps de médecin coordonnateur, conformément aux orientations nationales ;
- Par le renfort de la permanence des soins de nuit en généralisant l'accès à une compétence infirmière, le cas échéant mutualisée entre les établissements médico-sociaux ou sanitaires. La cible sera de 80% des EHPAD couverts par une astreinte ou garde IDE de nuit, sous réserve des crédits nationaux mobilisables.

Poursuivre le déploiement de l'offre graduée d'accompagnement en EHPAD pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs :

- Par la poursuite du déploiement des PASA-UVP : l'objectif est de généraliser des PASA dans chaque EHPAD, sous réserve des crédits nationaux mobilisables et des résultats de l'évaluation en cours ;
- Par l'installation d'une UHR en EHPAD dans les départements non couverts.

Asseoir le dispositif **d'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH)** totalement solvabilisé par l'ARS pour en faciliter l'accès au plus grand nombre. La cible sera la réalisation de 1 000 séjours annuels dans la région ;
Compléter le maillage territorial et accompagner la montée en charge **des Centres ressources territoriaux (CRT).** La cible, sous réserve des crédits nationaux, sera d'au moins 2 CRT par département ;
Inciter les établissements médico-sociaux à sortir d'une logique d'établissement pour évoluer vers des **plateformes de services proposant du répit** (hébergement à la nuitée, accueil de jour), de **l'hébergement temporaire et les accompagnements/conseils/informations nécessaires** ; cette démarche se basera sur une réflexion territoriale et sera développée par le biais de transformations à moyens constants.

Objectifs relatifs aux personnes en situation de handicap

Le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap, dans une visée inclusive, est engagé depuis plusieurs années. Cette évolution se poursuit en cohérence avec les orientations nationales telles qu'annoncées lors de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 et du comité interministériel du handicap du 20 septembre 2023.

Cette transformation de l'offre vise à proposer à la personne en situation de handicap, une réponse adaptée à ses besoins et à ses attentes pour lui permettre de bénéficier d'un accompagnement souple et évolutif, dans le respect de ses choix et dans tous les aspects de sa vie *(habitat, emploi, santé, scolarisation).*

Cet accompagnement doit donc favoriser la pleine participation à la vie sociale des personnes, développant ainsi leur capacité à agir et à gouverner leur vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes.

Les grands principes qui fondent la stratégie d'accompagnement des personnes en situation de handicap doivent être poursuivis et/ou amplifiés par l'ensemble des établissements médico-sociaux, de façon à respecter :

l'inconditionnalité de l'accueil : à considérer comme un impératif ;
la subsidiarité : qui implique que la pyramide décisionnelle prenne d'abord en compte la parole des personnes en situation de handicap, de leurs proches, et des professionnels. C'est préférer chaque fois que possible des solutions pour permettre à un projet de vie de s'accomplir dans le cadre d'une offre d'accompagnement graduée *(milieu ordinaire - droit commun – solutions mixtes – milieu spécialisé)*, en privilégiant le milieu ordinaire autant que possible ;
la transversalité : chaque initiative doit se situer au regard de l'objectif de décloisonnement entre les professions, les lieux d'exercice, le sanitaire, le médico-social et le social ;
la participation de tous : la réussite passera par l'organisation régulière de temps de rencontres avec les personnes et les acteurs concernés.

L'application de ces grands principes va de pair avec l'adaptation territoriale de l'offre d'accompagnement aux besoins des personnes en situation de handicap et constitue les fondements de la transformation de l'offre médico-sociale dans une logique inclusive.

Ainsi seront poursuivies, en articulation autant que nécessaire avec les actions des conseils départementaux et de la collectivité européenne d'Alsace, les actions suivantes autour de la **diversification des solutions d'accompagnement** pour répondre :

À **l'accompagnement du parcours vers le milieu adulte des adolescents et jeunes adultes**, notamment pour les personnes relevant de l'amendement Creton, par la transformation de l'offre à moyens constants mais aussi, sous réserve des moyens nationaux, par la création de solutions nouvelles, en privilégiant le milieu ordinaire ;
À l'accompagnement du parcours des enfants en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance ;
À **l'accompagnement vers et dans l'emploi**, notamment vers le milieu ordinaire par l'offre d'emploi accompagné *(cf. infra)* et/ou par la mise en œuvre du plan de transformation des ESAT ;
À la **spécificité de l'accompagnement des adultes autistes en situation complexe**[41] ; à cet égard, 2 nouvelles unités résidentielles pour les adultes autistes en situation très complexe seront, sous réserve des crédits nationaux, installées en Grand Est ;
Aux **spécificités des besoins des personnes en situation complexe et/ou critique**[42] autour d'une réflexion territoriale collective *(ARS/Conseils départementaux/préfectures)*, dans une approche de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs *(social, médico-social, sanitaire, etc.),* pour construire des solutions permettant une identification consensuelle des situations au regard de leur complexité, des protocoles de coopération précis, un positionnement clair de la fonction ressources, un engagement des acteurs, au-delà d'une logique de places. L'ARS Grand Est étudiera particulièrement les projets qui seront orientés en ce sens.

Cette diversification se poursuivra dans le cadre notamment des évolutions de l'offre à moyens constants, mais sera également soutenue par les crédits nouveaux éventuels issus d'abondements nationaux.

Les autres actions poursuivies sont :

Inciter les établissements médico-sociaux à contribuer à l'enjeu d'une école inclusive en développant leur engagement en étayage de l'école ordinaire, y compris en son sein, et en favorisant autant que nécessaire les synergies entre les deux secteurs. À cet égard, l'ARS Grand Est appuiera son action sur la feuille de route commune avec les trois académies de l'Éducation nationale de la région, concernant :

- La poursuite du déploiement des unités d'enseignement externalisées des établissements pour enfants, avec pour objectif que chaque établissement dispose d'au moins une Unité d'enseignement

[41] *Les situations « complexes » relèvent à la fois de la situation clinique de la personne et de l'inadéquation de cette situation avec les moyens et l'environnement liés à cet accompagnement*
[42] *Circulaire du 22 novembre 2013 : Les situations « critiques » sont des situations dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours, des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause. Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques*

externalisée *(UEE)* ; le nombre d'UEE spécifiques pour enfants polyhandicapés sera également augmenté ;

- La poursuite du déploiement des unités d'enseignement pour enfants autistes des niveaux maternelle et élémentaire et dispositifs d'autorégulation, en déclinaison des objectifs nationaux ; les unités ou dispositifs existants seront suivis afin d'adapter leur fonctionnement si nécessaire ;
- Le renforcement de l'offre en SESSAD *(cf infra)* ;
- La préparation et mise en œuvre du fonctionnement des IME et SESSAD en dispositifs, sous réserve de la parution des textes réglementaires afférents ;
- Le soutien aux organisations permettant au secteur médico-social de déplacer son action au sein de l'école ordinaire *(primaire, collège et lycée)* ;
- La poursuite de la montée en charge des équipes mobiles d'appui à la scolarisation.

Conforter le fonctionnement d'une offre modulée existante en dispositifs et plateformes ; à titre d'exemples :

- Pôles de compétences et de prestations externalisées ;
- Plateformes d'emploi accompagné ;
- Plateformes de coordination et d'orientation pour enfants avec troubles du neurodéveloppement de 0 à 6 ans et de 7 à 12 ans ; à cet égard les 10 PCO-TND pour enfants de 0 à 6 ans seront confortées, et l'objectif sera de doter la région d'au moins 3 PCO-TND pour enfants de 7 à 12 ans.

Poursuivre l'étayage domiciliaire en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH. Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière.

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

CONSTATS ET ENJEUX

Les violences faites aux femmes sont un véritable enjeu de santé publique. Selon l'OMS, les femmes victimes de violences perdent 1 à 4 années de vie en bonne santé. En France, les violences au sein du couple ont fait 208 000 victimes en 2021, et sont en forte hausse de 21% par rapport à 2020. Les associations soulignent qu'en moyenne 7 allers/retours sont nécessaires aux victimes pour quitter définitivement leur conjoint.

En ce qui concerne les décès, 143 ont été enregistrés en 2021 *(122 femmes et 21 hommes)*, soit une augmentation de 14% par rapport à 2020. La région la plus touchée est l'Occitanie, qui déplore 19 victimes. Cinq autres régions comptabilisent plus de dix décès : les Hauts-de-France, l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine *(17 victimes chacune)*, le Grand Est *(14 victimes)* et Provence-Alpes-Côte d'Azur *(11 victimes)*. En revanche, 37 départements et collectivités sur 107 ne recensent aucun homicide. *(Source : étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2021)*.

Dans le Grand Est, les départements les plus concernés sont la Moselle *(4 victimes)* et la Marne *(3 victimes).*

Les faits

35% de décès suite à l'usage d'une arme blanche ;
32% des décès font suite à l'utilisation d'une arme à feu ;
78% des faits sont commis au domicile du couple, de la victime ou de l'auteur.

Typologie des faits

22% des faits sont précédés d'une dispute ;
19% interviennent dans le contexte d'une séparation non acceptée ;
65% sont commis entre époux, concubins ou pacsés.

Les victimes

85% étaient des femmes ;
32% des femmes ont déjà été victimes de violences antérieures ;
85% de ces violences étaient des violences physiques, ainsi que physiques et psychologiques ;
12 enfants victimes décédés.

Les auteurs

86% étaient des hommes ;
24% avaient consommé de l'alcool pendant les faits et 10% des produits stupéfiants ;
32% des auteurs se sont suicidés après les faits.

Le 25 novembre 2017, le Président de la République déclarait l'égalité entre les femmes et les hommes *« Grande cause du quinquennat »* et l'a renouvelée pour son second mandat. La lutte contre les violences faites aux femmes en constitue le 1er pilier.

Le 3 septembre 2019 s'est tenu le Grenelle contre les violences conjugales ; en sont issues 54 mesures visant à mieux prévenir, mieux protéger et mieux lutter contre la récidive. 88% d'entre elles sont actuellement effectives, les autres sont en cours de réalisation. En cinq ans, cinq lois ont permis de lutter plus efficacement contre les violences faites aux femmes, tant au sein du couple, que sexuelles ou sexistes :

Loi renforçant l'action contre les violences sexistes et sexuelles du 3 août 2018 ;
Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique dite *« loi ÉLAN »* du 23 novembre 2018 ;
Loi visant à agir contre les violences au sein de la famille du 28 décembre 2019 ;
Loi visant à protéger les victimes de violences conjugales du 30 juillet 2020 ;
Loi visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste du 21 avril 2021.

Si une femme meurt tous les 2 jours sous les coups de son conjoint, il ne faut pas oublier pour autant qu'un homme meurt tous les 14 jours sous les coups de sa femme. Les hommes doivent bénéficier des mêmes dispositifs que les femmes victimes de violences.

UNE DÉMARCHE FORTEMENT ENGAGÉE PAR L'ARS GRAND EST

Dès 2016, l'ARS Grand Est avait commencé à financer des porteurs pour des actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de santé.

Les appels à projet « Violences sexistes et sexuelles »

Depuis 2018, une convention de partenariat en matière de prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles, spécifique au Grand Est, lie l'ARS et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité *(DRDFE)*. Elle a été renouvelée en avril 2021 pour une durée de 3 ans. Elle se décline en appels à projet :

Axe 1 : Informer, sensibiliser et former les professionnels pour comprendre le processus des violences et le parcours de la victime, afin de mieux les prendre en charge et les réorienter, tout en s'appuyant sur les outils de communication tels que les fiches réflexes ;
Axe 2 : Accompagner les victimes de violences sexuelles et sexistes et les enfants co-victimes dans leur parcours au sein des lieux d'accueil et d'écoute ;
Axe 3 : Mener des actions de protection à destination de populations-cibles spécifiques :

- Prévenir et détecter les violences faites aux femmes enceintes ;
- Prévenir et détecter les mutilations sexuelles et féminines ;
- Prévenir et accompagner la lutte contre les violences faites aux victimes de violences sexuelles et sexistes en situation de handicap ;
- Mener des actions de prévention et d'accompagnement vers le soin des personnes qui se prostituent *(Appel à projet spécifique)*.

Les projets proposés peuvent également consister en des actions destinées aux auteurs de violences, s'il s'agit d'une démarche volontaire de leur part *(hors personnes sous-main de justice)*.

Le renforcement des dispositifs d'accueil de femmes victimes de violences en établissements de santé

Ce sont désormais 4 structures dédiées et financées par l'ARS dans le cadre d'un appel à projet qui accueillent les femmes dans le Grand Est : les Hôpitaux universitaires de Strasbourg *(HUS)*, le centre hospitalier de Bar-le-Duc. Les CHRU de Nancy et de Reims. D'autres sont en cours d'installation avec pour objectif une structure par département.

Il leur est demandé d'accueillir les victimes, de recueillir leur parole, de proposer le dépôt de plainte aux urgences, une prise en charge médico-sociale, et de mieux coordonner les différents intervenants.

Les autres établissements accueillent, recueillent la parole, le dépôt de plainte et la prise en charge des victimes de violences dans le cadre de conventions cadres.

La mise à disposition des fiches réflexes à destination des professionnels de santé

Dans l'objectif de sensibiliser les professionnels et d'informer les victimes, deux supports d'informations ont été réalisés en 2019 et mis à jour cette année pour chaque département du Grand Est :

Un dépliant « Aide, accompagnement et orientation dans la prise en charge des violences sexistes et sexuelles » à destination des professionnels de santé qui propose des contacts utiles et des ressources pour l'information ;
Une fiche « Face aux violences sexistes et sexuelles » qui propose des contacts de lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation à destination des victimes et qui peut être remis aux femmes par les professionnels lors de la consultation.

Ces deux supports conçus pour chaque département du Grand Est sont téléchargeables sur le site de l'ARS mais également sur les sites des préfectures du Grand Est.

L'identification des référents « Violences faites aux femmes » en établissements

La liste des référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie *(CSAPA)* et centres d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages *(CAARUD)* est tenue à jour tous les ans depuis 2021. C'est le cas également dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Désigné parmi les médecins du service d'urgence, du SAMU ou du SMUR, ce référent est chargé de la sensibilisation du personnel de ces services sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

Un appel à projet *« réduction des risques et prostitution »*

Dans le cadre de la convention de partenariat entre l'ARS et la DRDFE, de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle et du décret du 2 mars 2017 relatif à la réduction des risques chez les personnes prostituées, un appel à projet a été lancé en 2021 pour améliorer la santé globale des personnes en situation de prostitution grâce à la prévention, au dépistage précoce, à l'accompagnement, au renforcement du savoir-faire. Cette démarche de réduction des risques, incluant notamment la lutte contre les addictions, visait à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux résultant des pratiques prostitutionnelles. 4 porteurs ont mis en œuvre ces actions.

UN PLAN INTERMINISTERIEL 2023-2027

Le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023 – 2027 présenté le 8 mars 2023 comporte 4 axes :

Lutte contre les violences faites aux femmes
Santé des femmes
Égalité professionnelle et économique
Culture de l'égalité

Le premier axe porte sur la lutte contre les violences faites aux femmes *(VFF)*. Articulé autour de trois grands objectifs stratégiques, cet axe comporte des mesures animées par la volonté d'aller vers les victimes, de s'adapter à leurs besoins pour mieux les protéger.

Assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire L'isolement géographique, l'éloignement, ou encore parfois l'engorgement des structures d'accompagnement sont autant de freins à l'accompagnement des victimes. Il est donc indispensable d'assurer un maillage territorial homogène de l'ensemble des dispositifs de prise en charge des victimes. Rompre l'isolement, aller vers les victimes les plus vulnérables, les accompagner, à leur rythme, dans la démarche de signalement et de plainte, c'est leur offrir une meilleure protection et préserver l'avenir de la procédure.
Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités. La complexité et la spécificité des violences au sein du couple rendent primordiales la formation et la spécialisation des professionnels confrontés à ces procédures. L'objectif est de mieux évaluer le danger auquel sont exposées ces femmes, et ainsi de mieux les protéger. Pour cela, il s'agit de traiter de manière adaptée, en transversalité, des dossiers qui impliquent de nombreux partenaires *(associations, professionnels de santé, policiers et gendarmes, magistrats, avocats, professionnels de l'enfance, etc.)* et de favoriser la transmission d'informations amenant de meilleures décisions.
Accompagner les victimes. La parole des victimes de violences sexuelles se libère parfois longtemps après les faits. Les situations d'autorité ou de pouvoir favorisent la commission de violences sexuelles ou sexistes, tout doit être mis en œuvre pour mieux détecter, et donc mieux prévenir ces violences. Il est essentiel d'accompagner les victimes, sur tous les plans, dès la révélation des faits.

Il est également fondamental de prendre en charge les enfants co-victimes de la violence intrafamiliale.

À noter que certains départements sont à l'initiative d'instances locales. Elles définissent des plans d'actions s'inscrivant dans les axes du schéma régional de santé et regroupent l'ensemble des acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Pour exemple, le département de la Marne a défini un plan d'actions 2023-2024 dans le cadre de la commission départementale de prévention et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Pour chaque action, une ou des institutions ont été désignées pour s'assurer du suivi de sa mise en œuvre *(DDETSPP, ARS, parquet, préfecture, CAF, SPIP, etc.).*

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

L'action de l'ARS pour les cinq ans à venir du SRS 2023-2028 consistera à mettre en œuvre dans son champ de compétences :

Les axes de la convention ARS / DRDFE qui sera renouvelée pour 2024/2027 ;
Les trois mesures portées par l'axe 1 du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023/2027

- Contribuer à assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire ;
- Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités ;
- Accompagner les victimes.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Contribuer à assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire

Résultats attendus

Présence dans chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée au sein de l'établissement sanitaire ou par convention ;
Évaluation de chacun de ces dispositifs, notamment sur l'« aller vers » et la présence de référents « violences » aux urgences ;
Possibilité dans chaque département de réaliser un recueil de preuves sans plainte.

Principaux jalons

Doter chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée à un centre hospitalier ;

S'assurer de la désignation d'un référent « Violences » au sein de chaque service des urgences ;
Poursuivre la mise en œuvre et l'accompagnement de dispositifs départementaux.

Indicateurs

Nombre de structures médico-sociales de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences *(valeur cible : 10)* ;
SAU et CSAPA/CAARUD ayant désigné un référent « violences » *(valeur cible : 100%)* ;
Changements observés dans les SAU et CSAPA/CAARUD ayant un référent violences ;
Nombre de dispositifs permettant le dépôt de preuves sans dépôt de plainte *(cible : 10)* ;
Résultats du recueil de preuves sans dépôt de plainte ;
Évaluation du plan régional de déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités

Résultats attendus

Accompagnement, notamment financier, des associations intervenant en matière de violences intrafamiliales selon le processus revu d'attribution des subventions et en lien avec la feuille de route régionale ;
Encouragement des actions et démarches « aller vers » ;
Renforcement du travail partenarial avec le Conseil régional et la DRDFE.

Principaux jalons

Élaboration de la feuille de route régionale ;
Enquête auprès des instituts de formation IFSI / IFAS pour connaitre leurs pratiques de formation ;
Évaluation de la pertinence d'une coordination départementale ;
Révision de la convention ARS / DRDFE ;
Poursuite des travaux engagés avec le Conseil régional sur la formation ;
Poursuite des travaux engagés avec la DRDFE sur la coordination ;
Révision du processus d'attribution des subventions ;
Évaluation sur le plan régional du déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Indicateurs

Nombre d'instituts de formation répondant à l'enquête *(cible : la moitié)* ;
Nombre d'instituts de formation souhaitant s'engager dans une démarche de formation complémentaire *(cible 10)*.

Accompagner les victimes

Résultats attendus

Mise en œuvre d'actions prenant en compte les conclusions des deux missions d'expertise en fonction des besoin et réponses déjà existantes ;
Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge du psycho traumatisme des familles des victimes en prenant appui sur les centres territoriaux du psycho traumatisme *(CTP)* et sur de professionnels formés à cette prise en charge en articulation avec les CTP.

LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE

ÉTAT DES LIEUX ET CONTEXTE DE LA BIOLOGIE MÉDICALE

Les Laboratoires de biologie médicale *(LBM)* sont exploités par des structures privées et par des structures hospitalières publiques, le secteur privé à but non lucratif étant très minoritaire.

Des mouvements de concentration tant dans le secteur public que privé se sont opérés ces dernières années, par la création de GCS ou de laboratoires uniques multisites pour le secteur hospitalier ou encore par des opérations de fusions-absorptions pour le secteur privé, en ville.

En 2016, 81 entités juridiques exploitaient 387 sites *(pré-analytiques, analytiques et post-analytiques confondus)* en région Grand Est, contre 46 entités juridiques pour 446 sites début 2023 *(dont 406 enregistrés pour la réalisation des phases pré et post analytiques et 40 pour la phase analytique, comprenant l'ensemble des LBM relevant du secteur public ou ESPIC)*.

Du fait de la concentration des LBM sur un marché concurrentiel et en cohérence avec les besoins en examens de biologie médicale, notamment au regard du vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de sites et la constitution de plateaux techniques communs ont ainsi permis de renforcer l'accessibilité à l'offre de biologie médicale sur certains territoires

La pandémie de COVID-19 a marqué les années 2020 et 2021. L'engagement et la réactivité des Laboratoires de Biologie Médicale (LBM) lors de cette période sont à souligner. Cette crise sanitaire a conduit les LBM à investir en moyens humains et techniques, dans des délais contraints et des conditions complexes. Les biologistes médicaux et des personnels de LBM ont été très réactifs dans la gestion et le suivi de la crise sanitaire.

L'activité des laboratoires de biologie médicale

Conformément aux dispositions de l'article D. 6211-14 du Code de la santé publique, les LBM télédéclarent chaque année leur activité, par nombre d'examens de biologie médicale effectués. Cette déclaration distingue :

Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements réalisés par le LBM ou réalisés sous sa responsabilité, et dont la phase analytique a été effectuée par le LBM ou sous sa responsabilité ;
Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements que le LBM a réalisés ou qui ont été réalisés sous sa responsabilité et transmis à un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation ;
Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements transmis par un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation.

Tous les LBM de la région Grand Est ont rempli cette obligation de déclaration en 2022, retraçant ainsi le nombre d'examens de biologie médicale réalisés au cours de l'années 2021. Toutefois, ces dernières données d'activité sont à relativiser compte tenu de l'ensemble des examens de RT-PCR COVID-19 réalisés sur la région en 2021, période encore intense dans la gestion de la crise sanitaire de COVID-19.

Ainsi, entre 2016 et 2021, l'activité des LBM a augmenté de 24% en incluant les RT-PCR de 2021 et de 17% en excluant de l'analyse ces RT-PCR.

À noter que l'activité des laboratoires publics représente environ 23% de l'activité totale de la région.

Une réforme de la biologie médicale et de son accréditation

Les dernières années ont également été marquées par des réformes importantes : l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 modifiée relative à la biologie médicale, ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale, constitue la référence législative qui s'applique à tous les LBM, privés comme publics. Celle-ci charge le Comité Français d'Accréditation *(COFRAC)* de l'accréditation des LBM.

Depuis juin 2020, l'accréditation totale de l'activité d'un LBM est ainsi conditionnée par l'accréditation de l'ensemble des groupes d'examens qu'ils pratiquent, appelés « lignes de portée ». Chaque ligne de portée est considérée comme accréditée pour l'ensemble de ses examens dès lors qu'un ou plusieurs de ses examens représentatifs sont accrédités par le COFRAC.

Avant le 1er novembre 2021, les LBM ont déposé un dossier de demande d'accréditation auprès du COFRAC pour les lignes de portée non encore accréditées, le cas échéant. Dans l'attente de la décision expresse du COFRAC, les examens de ces lignes de portées peuvent être réalisés mais les LBM concernés ne peuvent être considérés comme totalement accrédités. Un LBM accrédité en totalité peut ouvrir un nouveau site sur simple déclaration auprès de l'ARS, dès lors que les critères d'adéquation de l'offre aux besoins de la population sont respectés.

Passé le 1er novembre 2021, pour toute nouvelle demande d'accréditation d'une ligne de portée, les LBM doivent attendre la décision explicite d'accréditation par le COFRAC, avant de pouvoir réaliser l'ensemble des examens concernés.

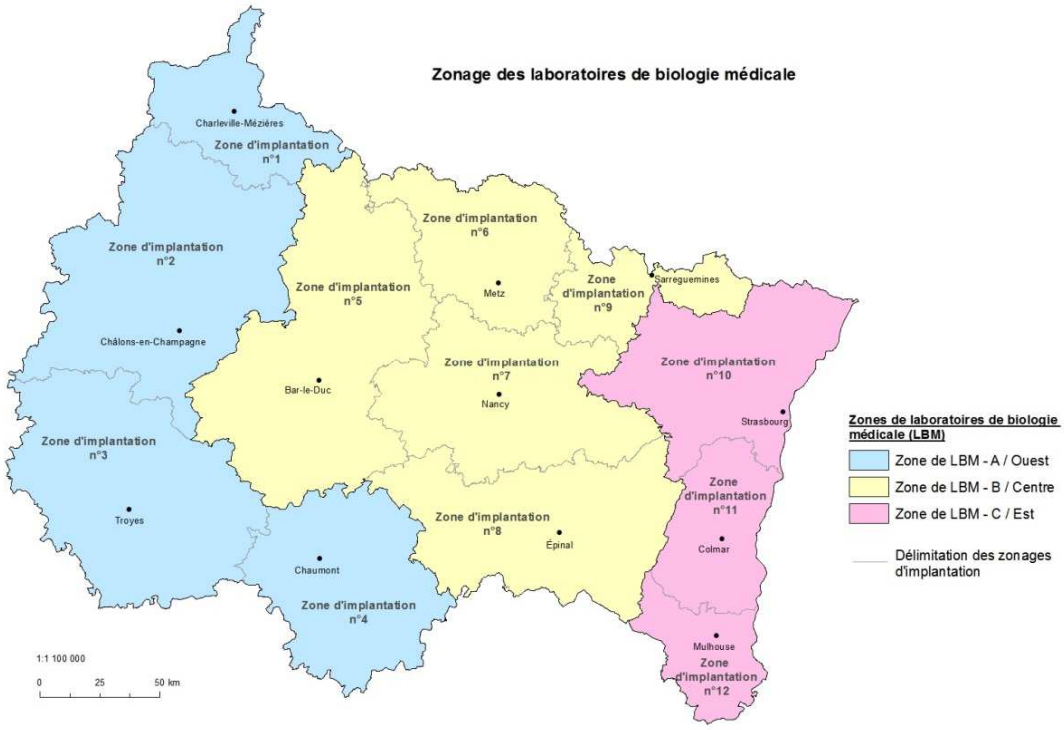
ADÉQUATION DE L'OFFRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Afin de permettre l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population, il appartient à l'Agence régionale de santé de délimiter les zones donnant lieu « à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 »[43].

Les zones de biologie médicale

Trois zones basées sur les zones d'implantation de recours et au périmètre proche de celui des anciennes régions constituant le Grand Est ont été définies dans le cadre du SRS 2018-2023[1] et ont fait l'objet d'un arrêté spécifique du directeur général de l'ARS[44]. Ce zonage a vocation à être reconduit à l'identique dans le cadre du SRS 2023-2028.

[43] *Article L. 1434-9 du Code de la santé publique*
[44] *Article R. 1434-31 du Code de la santé publique ; Article R. 1434-32 du Code de la santé publique*



L'adéquation de l'offre aux besoins de la population

La définition des zones de biologie et l'analyse de l'activité des LBM doit ainsi permettre d'assurer la régulation de l'offre en cohérence avec les besoins de la population. En ce sens, le Directeur Général de l'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site d'un LBM, dès lors que celle-ci porterait l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25% au nombre moyen d'examens réalisés par an, par habitant, permettant de caractériser les besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé[45].

En région Grand Est, le besoin en examens de biologie médicale avait été fixé en 2018 à 18 examens réalisés par habitant et par an sur l'ensemble du territoire.

En 2021, une moyenne de 22,96 examens de biologie médicale a été réalisée par habitant, pouvant être ramenés à 21,57 examens par habitant en retirant le volume des examens de RT-PCR COVID-19.

[45] *Article L. 6222-2 du Code de la santé publique*

Zones définies pour la biologie médicale	Population[46]	Superficie *(km²)*	Nombre d'examens prélevés en 2021	Nombre d'examens prélevés par an par habitant en 2021
Zone de LBM A-Ouest	1 211 454	22 788	26 362 831	21,76
Zone de LBM B-Centre	2 373 528	25 311	55 169 577	23,24
Zone de LBM C-Est	1 971 237	9 335	46 023 567	23,35
TOTAL	5 556 219	57 434	127 555 975	22,96

Cette limite de 18 examens par an et par habitant est donc maintenue pour les cinq prochaines années, les 25% d'examens supplémentaires tolérés permettant en effet de répondre aux besoins éprouvés de la population, y compris en période de crise sanitaire intense, telle que connue lors de la COVID-19.

Ainsi, le directeur général de l'ARS peut s'opposer à une ouverture qui porterait l'offre d'examens de biologie médicale à plus de 25% de 18 examens, soit 22,50 examens/habitant/an, dans chacune des zones susvisées. Selon les caractéristiques populationnelles et démographiques, cette limite pourra être réévaluée pour répondre aux évolutions de la demande *(indice de vieillissement de la population, besoins de dépistage, évolutions de la médecine génétique, etc.).*

[46] *INSEE, population légale 2019 entrant en vigueur à compter du 1er janvier 2022*

L'accessibilité géographique et la continuité de l'offre de biologie médicale

Afin de faciliter l'accès aux examens de biologie médicales aux patients de l'ensemble de la région et notamment dans des zones rurales ne bénéficiant pas d'une implantation de LBM à proximité, les LBM peuvent mettre en place des sites de rupture de charge[47] et de stockage au sein de maisons de santé, de cabinets libéraux, pharmacies d'officine, etc. pour les prélèvements d'échantillons biologiques réalisés par les professionnels de santé autorisés par arrêté du ministre chargé de la santé, notamment au domicile des patients.

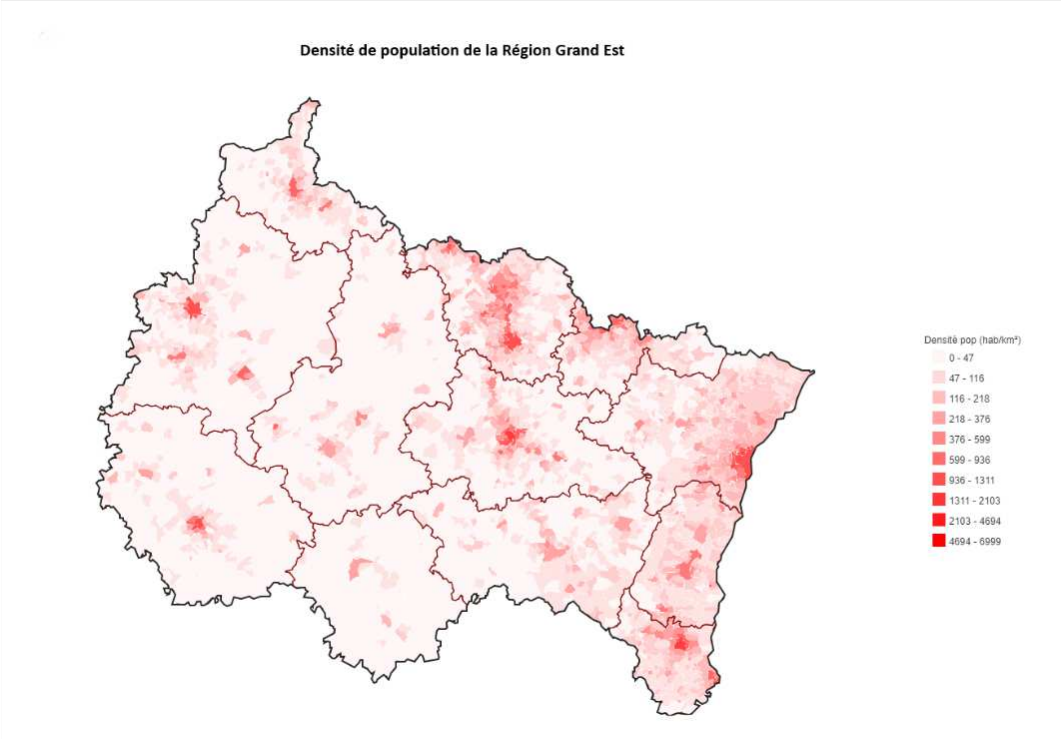
En application de l'article D. 6211-1 du Code de la santé publique, le recours à ces procédures pré-analytiques doit être circonscrit dans un manuel unique constitué par les LBM et définissant les choix de transport, de rupture de charge et de stockage éventuels ainsi que leurs justifications, compte tenu des spécificités géographiques.

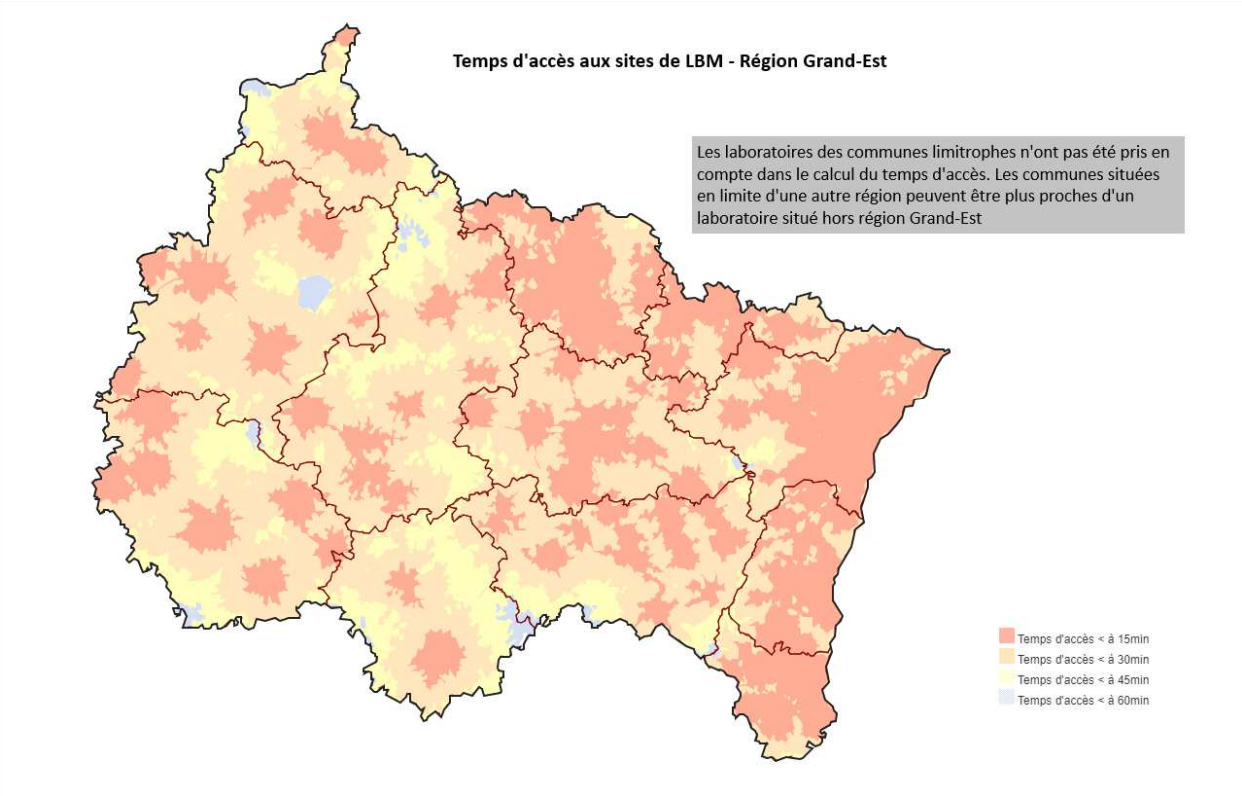
L'objectif est de garantir un maillage optimal des sites de LBM tout en assurant la préservation de la qualité, la sécurisation des lieux, les conditions de stockage *(locaux, équipements, etc.)* et de transport de ces prélèvements.

Dans ce cadre, le biologiste-responsable du LBM auquel le patient s'est adressé conserve la responsabilité de l'ensemble des phases de l'examen de biologie médicale, y compris lorsque l'une d'elles est réalisée, en tout ou en partie, en dehors d'un LBM[48].

Afin de faire correspondre cette solution d'accès aux examens de biologie médicale aux besoins des habitants des territoires isolés et notamment ruraux, les acteurs de biologie médicale, doivent s'organiser, en partenariat avec les professionnels de santé via la réalisation de prélèvements au domicile des patients et l'organisation de circuits de ramassage de ces prélèvements sécurisés et multiples, permettant un délai de rendu des résultats optimal et garantissant ainsi l'accessibilité à l'offre de biologie médicale.

[47] *Un site de rupture de charge est un lieu où se réalise le transfert d'échantillons de biologie médicale entre un premier véhicule et/ou mode de transport et un second, immédiatement ou après une période de stockage*
[48] *Article L. 6211-11 du Code de la santé publique*


Densité de population de la Région Grand Est
Densité pop (hab/km²)
0 - 47
47 - 116
116 - 218
218 - 376
376 - 599
599 - 936
936 - 1311
1311 - 2103
2103 - 4694
4694 - 6999


Temps d'accès aux sites de LBM - Région Grand-Est
Les laboratoires des communes limitrophes n'ont pas été pris en compte dans le calcul du temps d'accès. Les communes situées en limite d'une autre région peuvent être plus proches d'un laboratoire situé hors région Grand-Est
Temps d'accès < à 15min
Temps d'accès < à 30min
Temps d'accès < à 45min
Temps d'accès < à 60min

La zone de LBM A-Ouest est marquée par une faible densité de population, mais également par des temps d'accès aux sites de LBM plus longs que ceux des zones de LBM B-Centre et C-Est. L'organisation des acteurs de biologie médicale, en partenariat avec les professionnels de santé, garantit l'accessibilité à l'offre de biologie médicale par la réalisation des prélèvements au domicile des patients et par la coordination de circuits de ramassage de ces prélèvements sécurisés et multiples.

Conventions et transmission des échantillons biologiques à un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation

Par ailleurs, tous les centres hospitaliers ne disposent pas de leur propre LBM. Dans ce cas, ils confient, par convention, la réalisation des examens de biologie médicale à des LBM publics ou privés. Aussi, les LBM privés peuvent avoir une activité très similaire à ceux des centres hospitaliers, voire être amenés à participer à la permanence de l'offre de biologie médicale lorsqu'ils sont liés par convention à un établissement de santé.

De plus, lorsqu'un LBM n'est pas en mesure de réaliser un examen de biologie médicale nécessitant une qualification et des équipements spécifiques, il peut transmettre à un autre LBM les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation. Cependant, ces transmissions ne peuvent pas excéder, pour une année civile, un pourcentage fixé par voie réglementaire compris entre 10 et 20 % [15% actuellement] du nombre total des examens de biologie médicale réalisés par le LBM délégant[49].

Les travaux du PRS 2023-2028 devront permettre un état des lieux exhaustif de ces conventions passées entre les LBM et les établissements de santé et médico-sociaux.

Permanence de l'offre de biologie médicale

Répondre aux besoins de la population en termes d'examens de biologie implique également de permettre la réalisation d'examens urgents, notamment dans le cadre des soins non programmés.

La continuité de l'offre de soins des LBM doit ainsi pouvoir s'articuler avec le déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2024 et la labellisation des « Hôpitaux de proximité ». Celle-ci nécessite de préciser les modalités d'organisation des LBM permettant de répondre, en fonction des territoires, aux enjeux d'accès aux techniques de diagnostic biologique dans le cadre de coopérations.

Biologie délocalisée

Afin de répondre aux besoins d'examens urgents de biologie médicale, la biologie délocalisée est une alternative aux passages aux urgences, en ouvrant la possibilité de pratiquer cette activité dans d'autres lieux et d'autres circonstances que ceux qui sont actuellement réglementairement prévus.

[49] *Articles L. 6211-19 et D. 6211-17 du Code de la santé publique*

Ces examens de biologie médicale délocalisée ou à proximité du patient doivent obéir strictement à un système de management de la qualité bien conçu et parfaitement mis en œuvre, y compris par un organisme de santé prodiguant des soins ambulatoires et être accrédités par le Comité français d'accréditation *(COFRAC)*.

La modification de l'arrêté du 13 août 2014 [...] fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases, reste attendue.

ENJEUX D'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Laboratoires de biologie médicale et génétique

∞ *Offre de soins : Examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales*
∞ *Offre de soins : Diagnostic prénatal – option cytogénétique ou génétique molécule*

L'activité de génétique (en dehors de l'activité de recherche des mutations courantes et remboursés –facteur de la coagulation ou hémochromatose) concerne majoritairement le diagnostic de maladies dites rares mais aussi de plus en plus la cancérologie tant pour la prédisposition aux cancers familiaux que pour le positionnement de la stratégie thérapeutique.

L'engagement de la loi de financement de la sécurité sociale 2023 d'améliorer le financement des innovations va conduire très rapidement à une augmentation de la possibilité d'accéder à la génétique. Les avancées sur les connaissances et cet accès au remboursement conduisent donc à réfléchir au maillage territorial de l'activité.

Ce maillage s'inscrit dans une organisation nationale concurrentielle avec des laboratoires de biologie médicale privés, dit spécialisés.

Toutefois, disposer d'une offre de recours de haut niveau pourrait localement permettre aux LBM privés ou publics de développer une dynamique de travail innovante permettant aux structures d'être attractives et donc réactives pour le territoire. L'innovation et donc la génétique dans les LBM représente un réel levier pour améliorer les problématiques de ressources humaines.

Dans ce contexte de révolution de la place de la génétique dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans de nombreuses maladies. Il est incontournable d'organiser une meilleure lisibilité de l'offre du territoire en termes de biologie médicale mais également de consultation de génétique, afin de créer un écosystème public/privé de partage, d'échange et de coopération, avec l'objectif de disposer en région d'une capacité de formation des internes en biologie médicale sur cette thématique.

Pour mémoire, les activités prénatales et postnatales sont gérées selon deux procédures d'autorisation d'activité de soins différentes mais sont souvent mises en œuvre par les mêmes équipes au sein des LBM.

Laboratoires de biologie médicale et déploiement de l'offre d'aide médicale à la procréation

∞ Offre de soins : Assistance Médicale à la Procréation

À ce jour, en région Grand Est, 20 sites de LBM sont autorisés à la réalisation d'au moins une activité d'Aide Médicale à la Procréation *(AMP)* biologique *(dont 10 uniquement concernent l'insémination artificielle autologue)*.

Les activités AMP sont tantôt portées par des structures publiques, tantôt par des structures privées, en fonction des localisations et de l'histoire propre à chacune. Le maillage existe sur toutes les zones du territoire et peut parfois être mis en œuvre via des consultations déportées.

Afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins, des études de l'offre de soins peuvent être menées et sont détaillées dans le chapitre correspondant.

L'offre de biologie médicale dans une démarche de prévention, de pertinence et d'efficience des soins

En médicalisant la profession de biologiste médical, l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 sur la biologie médicale incite et justifie l'implication des biologistes médicaux dans la prévention et l'éducation thérapeutique des patients.

Le biologiste médical est désormais inscrit comme un acteur incontournable dans le dépistage et donc la prévention. Des travaux associant biologistes médicaux et prescripteurs permettront d'appuyer ce rôle et d'optimiser la réalisation d'examens de biologie médicale pertinents (nécessaires et suffisants) afin d'améliorer le diagnostic, le dépistage et la prévention dans les différents parcours patients.

UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le dispositif ORSAN constitue l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles en région. Il renforce les modalités de préparation à la gestion des risques et menaces qui se sont majorés ces dernières années *(menace terroriste, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques, cyberattaques, etc.)*. Il poursuit deux objectifs qui consistent à proposer une prise en charge optimale et opérationnelle des personnes impliquées dans des évènements graves et/ou inhabituels et à garantir la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'évènement par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Son élaboration concerne en interne l'ensemble des services de l'ARS et en externe tous les partenaires du système de santé.

Les 5 plans et les 8 dispositions spécifiques transversales *(DST)* qui composent le dispositif ORSAN permettent de définir les modalités d'organisation de l'offre de soins spécifiquement adaptées aux différents types de situations sanitaires exceptionnelles. Ils ont vocation à être ensuite déclinés par les établissements de santé et médico-sociaux au sein de leurs plans blancs à partir d'un guide qui leur est spécifiquement dédié, édité par le ministère de la santé et de la prévention.

Les acteurs du système de santé sur le champ sanitaire et médico-social disposent ou vont disposer de leur plan de gestion de crise : de manière effective, le plan blanc pour les établissements sanitaires, le plan bleu pour les établissements médico-sociaux. En ville, il est prévu que les CPTS écrivent leur plan de gestion de crise de ville à l'horizon de juin 2024. Ces plans doivent être établis et révisés de manière régulière.

Une partie introductive commune aux 5 plans complète le dispositif ORSAN de l'ARS Grand Est. Les 5 plans et les 8 DST font l'objet d'une diffusion restreinte dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

Le dispositif ORSAN se décline en 5 plans et 8 DST :

Les 5 plans :

- « ORSAN AMAVI » : Prise en charge d'un afflux massif de blessés dans les établissements de santé ;
- « ORSAN EPI-CLIM » : Gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental ;
- « ORSAN REB » : Gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé ;
- « ORSAN NRC » : Gestion d'un risque NRC dans le système de santé ;
- « ORSAN MEDICO-PSY » Prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques.

Les DST :

- « Ressources humaines » ;
- « Vaccination exceptionnelle » ;
- « Soins critiques » ;
- « EVASAN » ;

- « Évacuation établissements sanitaires » ;
- « Tests » ;
- « Sécurisation des établissements sanitaires » ;
- « Renforts » (facultatif pour les ARS métropolitaines).

Les principaux enjeux consistent à définir les parcours de soin coordonnés et les moyens nécessaires pour répondre aux différents types de crises en lien avec les acteurs de santé de la région en y intégrant la composante de la coopération interrégionale et transfrontalière. Le maintien et le développement des compétences et capacités nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle des différents plans et DST en région nécessitent également de prévoir une offre de formation adaptée ainsi que la réalisation chaque année d'exercices associant les acteurs de santé. Les retours d'expérience réalisés à l'issue des exercices et évènements constituent un levier d'amélioration du dispositif ORSAN. Les dotations pérennes ainsi que la répartition et le maintien opérationnel des moyens tactiques en région contribuent à la capacité de réponse apportée par le système de santé.

DÉVELOPPER DES OUTILS DE PLANIFICATION OPÉRATIONNELS POUR LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le dispositif ORSAN *(Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles)* est en cours d'élaboration avec une échéance de rédaction prévue à fin 2023.

Ces travaux, conduits en lien avec les acteurs en santé, permettent de définir les modalités d'organisation de l'offre de soins au niveau régional pour chacun des 5 plans qui se déclinent selon 2 grands principes :

Une prise en charge optimisée des patients dans un parcours de soins défini en fonction du type de situation sanitaire exceptionnelle reposant sur la mobilisation des structures de soins, opérateurs et des professionnels de santé dans les trois secteurs de soins ainsi que sur l'identification des points de rupture ;
Une organisation cohérente et un pilotage adapté pour permettre la réponse progressive aux besoins en situation sanitaire exceptionnelle intégrant la montée en puissance et l'adaptation du système de santé en cas de tensions afin de garantir la continuité et la qualité des soins des patients, en mobilisant au plus juste les ressources. La mobilisation de renforts, ressources ou compétences régionales, zonales ou nationales peut intervenir selon la nature de l'évènement causal et en fonction des besoins de prise en charge liés à la typologie des blessés.

Définir les parcours de prise en charge et les moyens nécessaires à la réponse du système de santé aux 5 situations sanitaires exceptionnelles identifiées dans le dispositif ORSAN

Plan de prise en charge d'un afflux massif de blessés non contaminés dans les établissements de santé *(plan ORSAN AMAVI)* :

Ce plan prévoit la prise en charge d'un afflux de blessés dans le cadre d'une urgence collective qui risque d'impacter le système de santé en cas d'accident (accident de circulation, explosion incendie, catastrophe naturelle, etc.). La typologie des blessés dépend de la nature de l'évènement causal qui conditionne la mobilisation des ressources et compétences nécessaires à leur prise en charge.

L'objectif principal de ce plan est de définir l'organisation de la réponse du système de santé à un évènement provoquant un nombre important de blessés somatiques non contaminés mettant en tension la capacité de prise en charge des établissements de santé du territoire impacté. Il se décline en complémentarité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet pour permettre une prise en charge rapide des blessés par le système de santé.

La prise en charge des impliqués blessés psychiques se décline selon les modalités du plan ORSAN MEDICO-PSY

Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques *(plan ORSAN MEDICO-PSY)*

Ce plan consiste à prévenir, réduire et traiter au plus tôt les blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aigües ou chroniques, induites par une catastrophe (accident ou action terroriste) afin de prévenir l'installation de pathologiques psychiatriques chroniques. Il prévoit ainsi l'intervention rapide des professionnels de l'urgence médico-psychologique pour réaliser la prise en charge immédiate et post immédiate des victimes car une prise en charge spécialisée dans la durée peut intervenir. La prise en charge médico-psychologique est en lien avec l'évènement causal puisqu'elle concerne la prise en charge des familles et des proches des victimes mais aussi l'ensemble des intervenants lors de l'évènement.

L'objectif principal de ce plan consiste à organiser la réponse du système de santé en cas d'évènement provoquant un nombre important de blessés psychiques. Il complète le plan ORSAN AMAVI et s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI *(organisation de la réponse de sécurité civile-nombreuses victimes)* porté par la préfecture.

Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie ou un phénomène climatique et/ou environnemental *(plan ORSAN EPI-CLIM)*

Ce plan cible la gestion d'épidémies saisonnières ou ponctuelles ainsi que des phénomènes climatiques extrêmes qui risquent d'impacter les populations fragiles *(personnes âgées, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes en précarité matérielle, etc.)* et qui perturbent fortement le système de santé en provoquant des tensions importantes durant plusieurs semaines. Ils peuvent nécessiter la mise en place de campagnes de vaccination

exceptionnelles ou la mise en œuvre de mesures environnementales associées *(lutte antivectorielle en cas d'arbovirus)*.

L'objectif principal de ce plan est d'anticiper et d'assurer la gestion des tensions dans l'offre de soins induites par ces phénomènes et de définir et coordonner les mesures de gestion qui prennent en compte l'ensemble des acteurs de santé.

Plan de gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de *santé (plan ORSAN REB)*

Ce plan considère l'enjeu majeur, éprouvé notamment à l'occasion de la pandémie Covid-19, de l'organisation de la réponse du système de santé face à l'émergence d'un ou plusieurs cas de maladie infectieuse potentiellement épidémique ou liée à un agent de la menace biologique. Il prévoit la mise en œuvre des mesures de protection et de biosécurité nécessaires pour sécuriser la prise en charge de patients atteints de pathologies hautement contagieuses et/ou graves ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique et pour protéger les établissements de santé, les professionnels de santé et la communauté.

Le plan ORSAN REB a pour objectif principal de couvrir les stratégies de réponse aux différents risques épidémiques et biologiques et notamment ceux à potentiels pandémiques. Fonction de la situation, des prises en charges spécialisées peuvent s'avérer nécessaires via des établissements de santé de référence régionaux ou nationaux. Il est complémentaire aux plans de déclinaison territoriale du plan NRBC-E *(nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive)* pour le risque biologique porté par la préfecture.

Plan de gestion du risque NRC dans le système de santé *(plan ORSAN NRC)*

Ce plan concerne la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique survenue dans le cadre d'un accident *(industrie chimique, industrie nucléaire, équipements de radiothérapie, etc.)* ou d'une action terroriste *(attentat avec dispersion de produits chimiques ou de toxines, agent explosif avec dispersion de produits chimiques ou de toxines, agent explosif avec dispersion de matières radioactives, etc.)*. La typologie des patients dépend de l'évènement causal mais peut s'avérer complexe nécessitant des prises en charge spécialisées via des établissements de santé de référence régionaux ou nationaux. La mise en œuvre de mesures de décontamination appropriées est indispensable pour limiter le risque de contamination.

Organiser le système de santé pour permettre la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique constitue l'objectif principal de ce plan. Viennent compléter le plan ORSAN NRC, le plan ORSAN AMAVI en cas de victimes nombreuses et le plan ORSAN MEDICO-PSY en cas de blessés psychiques. Le plan ORSAN NRC est complémentaire aux plans ORSEC *(d'organisation de la réponse de sécurité civile)* porté par la Préfecture et permet une prise en charge rapide des blessés par le système de santé.

<u>Résultats attendus</u>

Les 5 plans seront rédigés pour fin 2023 et feront l'objet de mises à jour régulières.

Disposer d'outils opérationnels de réponse aux 8 thématiques transversales du dispositif ORSAN

En réponse à la pandémie Covid-19, la rédaction de 8 dispositions spécifiques transversales (DST) a été initiée avec une échéance prévue à fin 2023. Elles ciblent les besoins pour lesquels une montée en charge spécifique est nécessaire dans le cadre de la gestion de crise.

Ces 8 DST ciblent des thématiques pour lesquelles des besoins forts ont été identifiés durant la crise Covid-19 :
DST « Ressources humaines » : La DST gestion des ressources humaines a pour objectif d'anticiper et de coordonner la montée en charge des ressources humaines par l'ARS.
DST « Renforts » : La DST « Organisation de l'accueil des renforts humains et matériels » spécifie les modalités d'accueil des renforts sanitaires et de gestion des renforts logistiques.
DST « Vaccination exceptionnelle » : La DST « Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé » prévoit la mise en œuvre d'une campagne de vaccination spécifiquement adaptée à des foyers d'hyper-endémies, d'épidémies ou de pandémies.
DST « Soins critiques » : La DST « Organisation de la montée en charge de l'offre de soins critiques adultes et pédiatriques » permet d'identifier et d'organiser les soins critiques afin de permettre une montée en charge rapide et graduée de l'offre de soins en cas de situation sanitaire exceptionnelle.
DST « Evasan » : La DST « 0rganisation des évacuations sanitaires » décrit les modalités de mise en œuvre d'évacuations sanitaires vers d'autres établissements de santé afin d'éviter la saturation des établissements de santé de la région et de permettre l'accueil de nouveaux patients.
DST « Evacuation établissements sanitaires » : La DST « Organisation de la prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé et/ou médico-sociaux » considère les modalités d'évacuation d'un établissement en raison d'une menace sur l'infrastructure liée à une catastrophe naturelle *(ex. inondation, glissement de terrain, etc.)*, industrielle (*ex. accident d'installation classées, de centrale nucléaire, etc.)* ou intrinsèque *(incendie)*, nécessitant une mobilisation intersectorielle sous l'autorité du Préfet dans le cadre du dispositif ORSEC.
DST Tests : La DST « Montée en puissance des capacités biologiques » envisage la mise en place au niveau régional d'un dispositif de déploiement des tests de diagnostic, de dépistage et de surveillance permettant le suivi de l'émergence et de la diffusion de l'agent pathogène
DST « Sécurisation des établissements sanitaires » : La DST « Renforcement de la sécurisation des établissements de santé en situation sanitaire exceptionnelle » est relative au renforcement de la sécurisation physique ou du confinement des établissements de soins en situation sanitaire exceptionnelle et aux modalités de fonctionnement d'un établissement de santé en cas de cyber attaque.

Résultats attendus

Les DST seront rédigées pour fin 2023 et feront l'objet de mises à jour régulières.

Intégrer la composante transfrontalière dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

La région Grand Est est limitrophe de la Belgique, du Luxembourg, de l'Allemagne et de la Suisse. Dans ce contexte, des accords-cadres ont été signés avec ces pays pour favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les régions frontalières. Des procédures de sollicitations des secours voisins décrites dans les conventions d'aide médicale urgente (AMU) existent et peuvent être appliquées hors contexte de crise.

En cas de crise, le recours aux évacuations sanitaires transfrontalières peut être mis en œuvre. Des conventions transfrontalières d'entraide en cas de catastrophe ont été établies entre l'Alsace et l'Allemagne. Ces dispositions sont intégrées au plan AMAVI et à la DST EVASAN et pourraient être déclenchées en cas de situation sanitaire exceptionnelle induisant un afflux massif de victimes. L'approche médico-psychologique pourrait également faire l'objet d'une réflexion conjointe avec nos partenaires transfrontaliers en cas d'afflux massif de victimes impliquant des ressortissants de plusieurs pays.

La crise Covid-19 a montré l'intérêt et la nécessité de mettre en place des échanges réguliers entre autorités sanitaires de ces pays mais aussi de coordonner et renforcer l'interopérabilité des applications pour une alerte réciproque immédiate et une réactivité optimale. Une gestion transfrontalière des signaux de veille sanitaire était impérative pour pouvoir traiter de façon coordonnée les mesures de suivi et de gestion des cas. Des outils communs sont nécessaires pour permettre le partage d'informations. Le plan REB doit intégrer les aspects transfrontaliers pour prévoir les modalités d'échanges et de surveillance à décliner en cas de risque ou de situation épidémique.

Résultats attendus

Les plans AMAVI et REB ainsi que la DST EVASAN en cours de rédaction vont intégrer la dimension transfrontalière.

∞ *Partie 3 « Offre de santé : Une coopération sanitaire renforcée afin de faciliter l'accès aux soins dans les territoires »*

TESTER L'OPÉRATIONNALITÉ DU DISPOSITIF ORSAN DE LA RÉGION

Organiser des exercices et des entraînements pour tester le caractère opérationnel des plans et DST du dispositif ORSAN

La réalisation d'exercices et d'entrainements constitue une opportunité de tester les plans et procédures pour déterminer les points forts mais aussi les faiblesses et les axes d'amélioration. Les exercices sont indispensables au processus de préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles car ils permettent d'améliorer les pratiques en identifiant les actions correctrices nécessaires. Ils constituent un moyen pédagogique d'acquérir de l'expérience, de préparer les participants à décliner les procédures et à réagir face à des situations de tensions et ainsi permettre la montée en compétence des agents. Ils peuvent être réalisés sur table lors d'un exercice

« cadre » ou en cellule de crise dans le cadre d'exercice « terrain » ou de « stress test ». Il peut être global ou partiel selon qu'il choisit de tester la totalité ou seulement une partie du dispositif ou encore inopiné ou annoncé selon le choix de la partie à tester.

Résultats attendus

La mise en œuvre d'un programme pluriannuel d'exercices en lien avec les plans et DST intègrera des exercices internes à l'ARS Grand Est et des exercices externes afin de tester la chaine de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, au plus proche de l'évènement, en lien avec les opérateurs de terrain et les professionnels de santé. Ils permettront d'éprouver et d'améliorer à la fois le plan de gestion de crise de l'ARS Grand Est mais aussi les différents plans et DST du dispositif ORSAN qui seront revus à fréquence régulière.

Réaliser des retours d'expérience des exercices et des situations de crise rencontrées

La réalisation d'un Retex permet de mener l'analyse a posteriori de la gestion d'un évènement réel ou d'un exercice et d'en retirer des enseignements positifs et/ou des axes d'amélioration. Il repose sur l'analyse méthodologique des informations recueillies et des actions menées en termes d'aspects techniques, humains, évènementiels et organisationnels à « chaud » et à « froid ». Le Retex est un outil qui permet d'impulser une démarche d'amélioration des pratiques au moyen de la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Résultats attendus

Les Retex ont pour objectif d'identifier les axes d'amélioration et d'alimenter un plan d'action qui permettra de réviser régulièrement les plans ORSAN, les DST ainsi que le plan de gestion de crise *(PGC)* de l'agence et ses outils.

Appuyer le dispositif de gestion de crise de l'ARS sur le dispositif ORSAN

Le dispositif de gestion de crise de l'ARS Grand Est s'appuie sur les travaux de planification de l'organisation de la réponse en situation sanitaire exceptionnelle du dispositif ORSAN. A ce titre, il sera amené à évoluer pour intégrer des outils spécifiques à chacun des plans dans l'objectif de pouvoir permettre d'apporter une réponse adaptée, rapide et optimisée aux différents types de situations sanitaires exceptionnelles. Le développement des compétences à la gestion de crise au sein de l'agence est assuré au moyen de formations théoriques et pratiques dédiées ciblant les agents volontaires et les décideurs. En parallèle, la réalisation d'exercices communs avec la préfecture et les services de l'ARS (Directions métiers-Délégations territoriales) renforce la coordination entre les différents partenaires ainsi que la qualité et l'interopérabilité des outils mis en place.

Résultats attendus

Le plan de gestion de crise de l'ARS Grand Est sera révisé pour intégrer des outils spécifiques à chacun des plans.

METTRE EN ŒUVRE LES MISSIONS DE RÉFÉRENCE DU DISPOSITIF ORSAN

Organiser la déclinaison des missions de référence ORSAN par les établissements de santé de référence régionaux

En 2022, l'ARS Grand Est a organisé la déclinaison des missions de référence du dispositif ORSAN au sein des établissements de santé de référence régionaux *(ESRR)* afin d'assurer leur mise en œuvre opérationnelle. Les ESRR ont pour objectif de décliner des missions de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des risques nucléaire et radiologique *(NR)*, épidémique et biologique *(REB)*, chimique *(C)*, d'une part ; des missions de prise en charge de nombreux blessés d'autre part *(AMAVI)*.

En région Grand Est, le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy prend en charge les missions régionales REB, NR et C. Il assure également la mission nationale REB depuis novembre 2022. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg déclinent les missions régionales AMAVI, NR et C.

Pour chacune des missions de référence du dispositif ORSAN, le rôle de chaque ESRR consiste à :

Assurer le diagnostic, la prise en charge thérapeutique des patients adultes et pédiatriques et contribuer à la structuration des filières de soins au sein de la région ;
Fournir un conseil en matière d'organisation de la prise en charge des urgences collectives auprès de l'ARS pour l'élaboration d'ORSAN et auprès des établissements de la région ;
Organiser via son Centre d'enseignement des soins d'urgences *(CESU)* et avec l'appui du CESU zonal la formation de formateurs et de référents des établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles ;
Développer et animer le réseau régional des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients ;
Assurer en tant que de besoin une activité d'expertise auprès de l'ARS Grand Est.

Chaque mission de référence fait l'objet d'un financement au travers d'une MIG dédiée.

Résultats attendus

L'ARS Grand Est avec les deux ESRR s'assure que ces derniers disposent en permanence des capacités techniques et opérationnelles pour exercer ces missions et procède à une évaluation annuelle de leur mise en œuvre.

Organiser la prise en charge de l'urgence médico-psychologique par les CUMP

Les CUMP constituent un dispositif médical d'urgence qui assure la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes et de leurs proches impliqués dans des situations sanitaires exceptionnelles conformément aux bonnes pratiques définies par les sociétés savantes.

Selon, l'article R.6311-25 du code la santé publique, le maillage territorial de la prise en charge médico-psychologique a été mis en œuvre en région Grand Est par l'ARS dès 2017. Il repose sur la mise en place d'une Cellule d'urgence médico-psychologique *(CUMP)* départementale dans chaque établissement siège de Service

d'aide médicale urgente *(SAMU)*, 10 au total en région Grand Est. Quatre de ces CUMPS sont renforcées et concourent à la mission de coordination régionale mentionnée à l'article R. 6311-25-1 notamment pour la formation des professionnels des CUMP et la continuité des soins médico-psychologiques. Elle constitue ainsi un rôle de soutien pour les CUMP limitrophes, leur apportant un appui technique, et détient un rôle important dans la mutualisation et l'organisation des formations des professionnels de santé volontaires qui composent les CUMP.

Elles sont appuyées par les CUMP régionale et zonale situées au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. La CUMP zonale est liée par convention au CHRU de Nancy, siège du SAMU zonal, pour définir son fonctionnement.

La CUMP régionale coordonne les CUMP départementales et départementales renforcées et maintient le dispositif régional de réponse aux urgences médico-psychologiques opérationnel, réactif, qualifié et organisé autour de deux volets indissociables :

Le volet « soins » : consistant à assurer les interventions, leur évaluation en particulier l'organisation de retour d'expérience et la participation aux différents exercices ;
Le volet « animation » : consistant à l'animation des CUMP de la région, à la formation initiale et continue des personnels et des professionnels des CUMP, le travail de réseau avec l'ensemble des partenaires (services dédiés de l'éducation nationale, services dédiés des collectivités territoriales, associations d'aide aux victimes, associations agréées de sécurité civile, …), à l'organisation de la permanence de la réponse et de la continuité des soins médico-psychologiques, à l'application des référentiels de bonnes pratiques et au recensement régulier des listes de volontaires.

La CUMP zonale assure un appui technique à l'ARS de zone dans le cadre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et assure, la coordination de la mobilisation des CUMP constituées au sein de la zone de défense et de sécurité en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

L'ARS organise le dispositif de l'urgence médico-psychologique avec l'appui de la CUMP régionale. À l'issue de la phase d'urgence, elle organise, en tant que de besoin, l'orientation des personnes prises en charge par les CUMP en lien avec le centre régional du psychotraumatisme du Grand Est.

Résultats attendus

La formation des volontaires CUMP est indispensable pour garantir une prise en charge efficace, réactive et de qualité des urgences médico-psychologiques ; elle est une obligation réglementaire inscrite dans les conventions signées entre leurs établissements de rattachement et l'établissement siège de CUMP et de SAMU. La CUMP régionale pilote et déploie, en lien avec le CESU de Zone, un plan de formation de l'ensemble des volontaires CUMP à 5 ans qui prévoit la formation de référents dans chaque CUMP départementale.

ASSURER LA GESTION DES MOYENS OPÉRATIONNELS EN RÉGION

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le plan zonal de mobilisation permet de faire face à des situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins sur la zone de défense et de sécurité.

Selon la circulaire du 26/09/2013, il prévoit :

La répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels mobiles tactiques ainsi que les ressources humaines pouvant être mobilisées en renfort ;
Les modalités de suivi de l'offre de soins zonale et notamment des capacités à prendre en charge les pathologies induites par l'exposition à un risque NRBC-E ;
Les modalités de mobilisation des moyens d'autres zones ou de l'État *(stocks stratégiques de produits de santé, réserve sanitaire)* en renfort en cas de dépassement des capacités de la zone ;
Le plan de formation et d'entraînement des acteurs de la santé au sein de la zone.

Les moyens tactiques sont composés de matériels et équipements mobiles qui sont financés via une MIG dédiée. Ils sont répartis sur la région Grand Est au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR qui sont en charge de leur maintien opérationnel. Ils incluent les postes sanitaires *mobiles (PSM 1, PSM 2 et PSM Pédiatrique)* dotés de médicaments pour répondre aux menaces biologiques, chimiques et radiologiques, ainsi que différents équipements *(unités fixes ou mobiles de décontamination hospitalière, respirateurs, etc.).* L'ARS Grand Est, en charge de la mission zonale, procède à des inspections régulières pour vérifier que le caractère opérationnel de ces moyens matériels est assuré, coordonne le calendrier d'inspection et apporte son expertise.

Résultats attendus

Les fiches techniques du PZM sont mises à jour régulièrement selon l'évolution des dotations et des répartitions. L'ARS s'assure du maintien opérationnel des moyens matériels en procédant à des inspections à intervalle régulier.

UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE RENFORCÉE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES

CONSTATS ET ENJEUX

La région Grand Est, avec ses 660 km de frontières avec la Suisse, l'Allemagne, le Luxembourg et la Belgique est une région générant des flux transfrontaliers très importants et offrant des possibilités de coopérations majeures dans le secteur de la santé.

La gestion de la crise sanitaire de la COVID-19, dans sa dimension transfrontalière, a renforcé la solidarité et la coopération sanitaire transfrontalière avec ces quatre pays. Elle a **mis en lumière la réalité des bassins de vie transfrontaliers[50] de la région**.

En particulier :

Dès mars 2020, et sur toute la durée de la crise, les exécutifs et experts des bassins de vie transfrontaliers du Rhin supérieur et de la Grande Région ont partagé les données relatives à leur situation sanitaire respective, les mesures prises ou envisagées, les actions pouvant être proposées conjointement, les bonnes pratiques, et ont proposé les adaptations nécessaires aux mesures gouvernementales propres à faciliter la vie des frontaliers au quotidien *(exemple de la règle des 24h)*.
Entre mars et avril 2020, des patients hospitalisés en réanimation dans la région Grand Est ont été transférés en Allemagne, en Suisse, au Luxembourg et en Autriche.
En 2021, les campagnes de vaccination et les mesures prises pour freiner la circulation du virus et de ses variants ont été discutées entre les autorités des pays et ont parfois été adaptées pour tenir compte des particularités des bassins de vie transfrontaliers. Une réflexion a été engagée avec l'appui de l'institut Robert Koch et de Santé Publique France pour développer un projet d'observatoire de la situation sanitaire aux frontières, de surveillance et d'alerte.

Dès la publication, en juin 2018, du schéma régional de santé 2018-2022, l'Agence régionale de santé, avec ses partenaires, s'est attachée, dans le respect des accords-cadres bilatéraux *(France-Belgique : 2005, France-Allemagne : 2008, France-Luxembourg : 2019, et France-Suisse : 2019)*, à porter des projets de coopération transfrontalière en matière de santé ayant pour objet :

La surveillance et l'observation de la santé, notamment pour faire face à certaines épidémies et pour améliorer la visibilité de l'offre de soins et des conditions d'accès à cette offre ;
L'accès à l'offre de santé répondant aux besoins des frontaliers ne pouvant être satisfaits dans leur territoire d'origine selon un principe de subsidiarité ;
La prise en charge en santé des travailleurs frontaliers dans des conditions de qualité et de sécurité des soins satisfaisantes et selon des modalités de prise en charge financière préétablies ;

[50] *Les bassins de vie transfrontaliers, laboratoires de l'intégration européenne, CESER, novembre 2022*

La mise en œuvre de réponses concertées entre les acteurs des systèmes de santé afin de faire face notamment à l'évolution défavorable de la démographie des professionnels de santé, à un déficit de l'offre de santé dans certains territoires, ou à des besoins de formations des professionnels de santé ;
La réponse à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles ;
Les échanges de bonnes pratiques, le partage des innovations techniques et/ou organisationnelles mises en œuvre pour répondre aux défis et enjeux des systèmes de santé.

Des conventions de partenariat avec les pays frontaliers ont ainsi été signées ou révisées, elles concernent notamment l'aide médicale urgente, et sont inter-hospitalières pour les filières ou les prises en charge spécifiques.

L'ARS a également apporté une contribution financière et opérationnelle à des projets INTERREG de soutien au développement des coopérations institutionnelles en santé comme GEKO pour le développement de la coopération sanitaire Sarre-Moselle. Ainsi, la convention Moselle-Saar *(MOSAR)*, signée en juin 2019, permet d'accéder au plateau médicotechnique le plus proche et le plus adapté, avec une prise en charge de qualité et en toute sécurité. Elle couvre les urgences cardiologiques, les urgences en cas de polytraumatisme, et la prise en charge neurochirurgicale.

Concernant la gouvernance de la coopération transfrontalière, toutes frontières, elle est très complexe, et pourrait être optimisée pour plus d'agilité. Elle gagnerait aussi à être clarifiée quant aux niveaux d'interventions dans les différentes instances : politique, décisionnel (autorités compétentes), technique (experts), opérationnel (pour la mise en œuvre des projets ou actions), et de coordination (structures d'appui notamment). L'Agence régionale de santé veillera à s'appuyer sur les instances décisionnelles et opérationnelles disposant des compétences et des prérogatives nécessaires pour faire aboutir les projets de coopération sanitaire transfrontaliers en application des accords-cadres sanitaires ratifiés entre les Gouvernements.

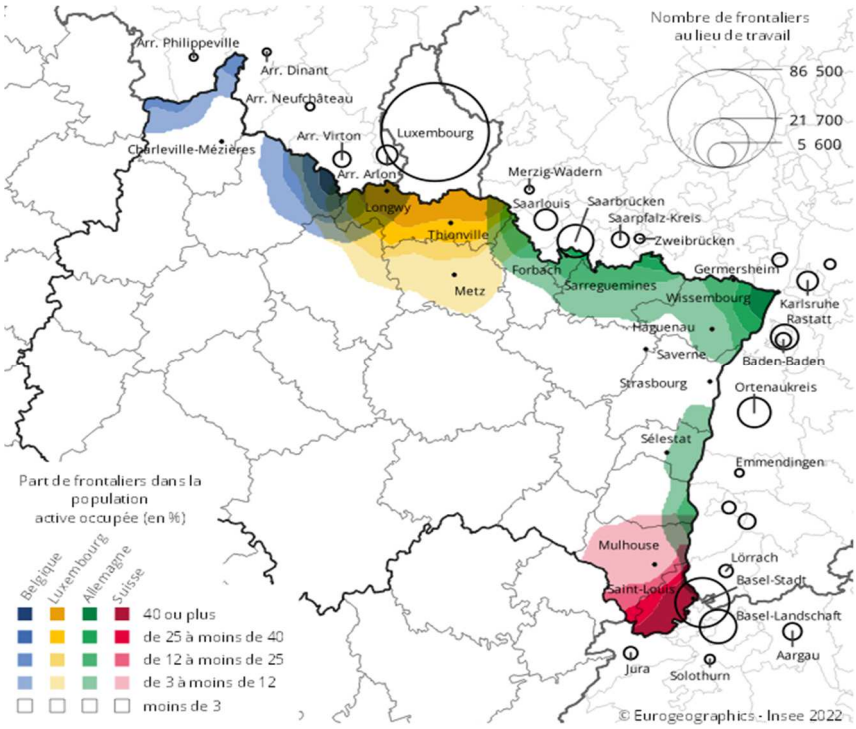
En complément du bilan de ces quatre dernières années dont plus de deux années de crise sanitaire, les analyses INSEE (*Insee Analyses Grand Est, n°144 du 19 mai 2022*) illustrent l'importance des flux transfrontaliers de la région Grand Est et de la notion de « bassins de vie transfrontaliers ».

En 2018, 182 000 résidents du Grand Est travaillent dans l'un des quatre pays limitrophes. Parmi eux, presque la moitié au Luxembourg, un sur quatre en Allemagne, un sur cinq en Suisse, et moins de 5% en Belgique. Le Grand Est constitue la région de résidence de 42% des frontaliers de France métropolitaine, se plaçant ainsi en première position des régions françaises.

La Moselle et le Haut-Rhin sont les deux départements où la proportion de frontaliers parmi les actifs est la plus forte *(respectivement 19% et 14%)*, suivis de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin *(9% et 5%)*. À proximité des frontières luxembourgeoises et suisses, dans les bassins de vie transfrontaliers de Thionville et de Saint-Louis, un actif occupé sur deux est frontalier. Cette part est également élevée dans plusieurs bassins limitrophes de l'Allemagne : celui de Forbach *(22%)* et, dans une moindre mesure, ceux de Haguenau, de Sarreguemines et de Saint-Avold *(plus de 10% chacun)*. Le long de la frontière belge, c'est aussi le cas du bassin de vie de Sedan *(10%)*. Bien que plus éloignés des grands pôles économiques de Luxembourg ou de Bâle, ceux de Metz et de Mulhouse frôlent aussi les 10% d'actifs qui travaillent à l'étranger, tandis que celui de Strasbourg n'en compte que 2%, soit 7 000 travailleurs frontaliers.

Les actifs qui exercent en Allemagne se répartissent tout le long de la frontière : dans la Sarre, la communauté régionale de Sarrebruck emploie près de 10 000 frontaliers venant de France, et l'arrondissement de Sarrelouis, environ 3 800. Dans le Bade-Wurtemberg, 7 900 frontaliers exercent dans l'arrondissement de l'Ortenau, 5 600 dans celui de Rastatt et 3 200 dans celui de Karlsruhe. Côté Suisse, les frontaliers se rendent majoritairement dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne : c'est le cas de 32 000 personnes, soit huit frontaliers sur dix habitant le Grand Est et se rendant en Suisse. Parmi ceux qui travaillent en Belgique, près des deux tiers se rendent dans les arrondissements d'Arlon et Virton. Au Luxembourg, 45% des frontaliers se rendent dans la ville même de Luxembourg.

Lieux de résidence et de travail des frontaliers en 2018 selon les bassins de vie transfrontaliers



CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Au regard de ce bilan des quatre dernières années et des enjeux pour les populations des bassins de vie transfrontaliers, les orientations du schéma régional de santé 2023-2028 en matière de coopération sanitaire doivent :

S'inscrire dans la continuité des actions engagées entre 2018 et 2022 et les intensifier ;
Apporter des réponses concrètes et coordonnées aux populations des bassins de vie transfrontaliers ;

Renforcer la résilience sanitaire des pays dans sa dimension transfrontalière en prenant notamment en compte les enseignements de la crise de la COVID ;
S'appuyer sur le cadre d'intervention et de gouvernance propres aux espaces multinationaux de coopération transfrontalière *(Grande Région, Conférence du Rhin supérieur)*, et au Traité d'amitié franco-allemande d'Aix-la-Chapelle, sur les organismes d'Assurance maladie des différents pays, ainsi que sur l'expertise du ministère de l'Europe et des affaires étrangères *(MEAE)* et de la Direction des affaires européennes et internationales *(DAEI)*.

Trois dimensions sous-tendent la coopération sanitaire et demandent une attention constante :

Le rapport entre les États centraux ou régionaux et leurs systèmes publics d'Assurance maladie ;
La diversité des structures et des approches en matière de santé dans chaque bassin de vie transfrontalier ;
L'articulation entre les gouvernances nationales et territoriales, notamment dans le cas des partenaires d'États fédéraux.

LA CONTINUITÉ DES ACTIONS ENGAGÉES

Établir des conventions d'aide médicale urgente

La coopération avec les pays frontaliers à la région Grand Est, lorsque surviennent des circonstances exceptionnelles, relevant du risque industriel, par exemple, ou de tout autre évènement grave nécessitant une intervention de l'autre côté de la frontière, est organisée dans le cadre de la gestion de crise sous l'égide des Préfets.

Aussi, au quotidien, dans l'intérêt des populations des bassins de vie transfrontaliers à la région Grand Est, lors d'un besoin de prise en charge « en urgence », les secours d'urgence du pays voisin peuvent être plus rapidement sur place. Il s'agit de garantir la continuité des soins urgents à domicile et sur la voie publique. L'objectif est de mettre en place une régulation transfrontalière de l'aide médicale urgente via un dispositif de régulation des appels, d'envoi d'un SMUR sur l'autre versant frontalier en deuxième ou troisième intention, tout en préservant une capacité d'intervention de base dans chaque pays.

Les conventions de coopération sanitaires transfrontalières « Aide médicale urgente » précisent notamment :

Les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale ;
La détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers ;
Les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire ;
La coordination des moyens de communication ;
Les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence ;
Les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence.

Résultats attendus

Des conventions « Aide médicale urgente » signées entre la région Grand Est et :

La Sarre ;
La Rhénanie-Palatinat ;
Les cinq cantons suisses frontaliers à la région Grand Est.

∞ *Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».*

Étendre la convention Moselle-Sarre *(MOSAR)*

La convention MOSAR *(pour Moselle-Saar)* a été signée le 12 juin 2019. Elle vise à faciliter les relations sanitaires franco-allemandes et notamment la mobilité et l'accès aux soins des habitants du périmètre transfrontalier. Elle permet notamment l'accès de ces habitants, dans le cadre d'une régulation médicale, au plateau médicotechnique le plus proche et le plus adapté, ainsi qu'une prise en charge de qualité et de sécurité en matière d'urgences cardiologiques, de polytraumatisme, et de prise en charge neurochirurgicale. Elle est conclue entre cinq hôpitaux de Moselle et du Land de Sarre.

Résultats attendus

Bilan de la mise en œuvre de la convention MOSAR et extension à d'autres disciplines, par exemple, médecine nucléaire, soins de suite et de réadaptation, etc.

DE NOUVELLES RÉPONSES AUX BESOINS DES POPULATIONS DES BASSINS DE VIE TRANSFRONTALIERS, CONCRÈTES ET COORDONNÉES ENTRE LES PARTENAIRES

Faciliter l'accès aux soins dans les bassins de vie transfrontaliers

Compte tenu des enjeux de démographie des professionnels de santé, de l'augmentation des pathologies chroniques et pour permettre aux populations d'être soignées à proximité de leur domicile, il est souhaitable de leur offrir, dans un cadre et un périmètre bien définis, en lien étroit avec les caisses d'Assurance maladie et les autorités des pays, la possibilité de se rendre sans autorisation médicale préalable dans un établissement hospitalier ou un cabinet médical, situé de l'autre côté de la frontière et d'y recevoir des soins hospitaliers et/ou ambulatoires.

La directive n°2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers vise à garantir la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé. Toutefois, elle ne permet pas d'offrir, au regard des tarifs de santé des États frontaliers du Grand Est, un remboursement à la hauteur de ce qu'un patient aura pu débourser. Elle ne semble ainsi pas adaptée à des flux réguliers de patients transfrontaliers qui ne seraient pas des travailleurs frontaliers.

Dans l'esprit du Traité d'Aix-la-Chapelle, il s'agit de supprimer ces « irritants » du quotidien des populations frontalières. Dans le secteur de la santé, cela consiste à simplifier, autant que possible, les modalités administratives et financières de prise en charge des patients.

En s'appuyant notamment sur le bilan de fonctionnement des zones organisée d'accès aux soins transfrontaliers *(ZOAST)*, de l'analyse des flux et des besoins de santé des populations des bassins de vie transfrontaliers selon un principe de subsidiarité, des discussions déjà en cours entre experts, et des expérimentations menées, il s'agit :

D'étudier la faisabilité de circuits financiers locaux, simples et courts, gérés par les caisses d'Assurance maladie référentes (exemple de formulaires type d'accord de prise en charge financière adaptés aux territoires bénéficiant de conventions transfrontalières) ;

D'organiser le suivi quantitatif et qualitatif de ces flux financiers et de prise en charge, avec le déploiement de système d'information adapté *(exemple de l'outil de la MGEN pour les ZOAST)* ;
D'analyser la possibilité :

- de faire bénéficier du formulaire S1 *(inscription en vue de bénéficier de prestations de l'Assurance maladie en cas de transfert de résidence)* les populations des bassins de vie transfrontaliers, dans des conditions locales et régionales définies préalablement et conformément aux législations nationales et européennes ;
- d'attribuer aux populations des bassins de vie transfrontaliers, en particulier pour les personnes qui ne sont pas des travailleurs frontaliers, la carte européenne d'Assurance maladie *(CEAM)* propre au contexte transfrontalier.

D'expérimenter des projets d'organisation de l'offre de soins dans un bassin de vie transfrontalier selon un principe de subsidiarité et permettant de répondre en proximité aux besoins de sa population.

Les propositions de simplification des démarches d'accès aux soins et des projets d'organisation de l'offre seront étudiés, en lien avec les « directions générales Santé et Regio » de la Commission Européenne et l'ensemble des parties prenantes, notamment les Eurodistricts qui portent déjà cette ambition *(Euro districts Pamina et Sarre-Moselle, par exemple)*.

Résultats attendus

Augmentation de la part de la population des bassins de vie transfrontaliers disposant de ces modalités pratiques d'accès aux soins dans le pays limitrophe.

Promouvoir des actions conjointes de prévention et de promotion de la santé dans les bassins de vie transfrontaliers

Liés au mode de vie, à l'alimentation, ou encore à la pollution, les maladies chroniques *(maladies respiratoires, diabète)*, le surpoids, l'obésité, les cancers concernent tous les pays.

Dans le cadre des groupes de travail « Santé - prévention » des espaces de coopération de la Grande Région et de la Conférence du Rhin Supérieur, et avec l'appui d'opérateurs comme « TRISAN » ou « GEKO », il s'agit de poursuivre le partage des bonnes pratiques et de mettre en place des actions conjointes de prévention et de promotion de la santé adaptées à la typologie et à l'état de santé des populations des bassins de vie transfrontaliers, à leur mode de vie, et en allant-vers ces populations.

Résultats attendus

Bilan des stratégies et recensement des bonnes pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé dans les différents pays *(qualité de l'air, santé mentale, stratégies « One Health », promotion de la santé pour les jeunes et leurs parents, actions de dépistage des cancers, lutte contre le tabac, etc.).*
Boîte à outils.
Actions conjointes de prévention et de promotion de la santé déployées à l'échelle transfrontalière.

Partager les innovations organisationnelles et encourager les initiatives pour répondre aux enjeux de la démographie des professionnels de santé et à ceux de l'autonomie à tous les âges de la vie

Tous les pays sont confrontés au défi du vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et à une demande sociétale de plus en plus forte en faveur du maintien à domicile. Les systèmes de santé doivent ainsi repenser les modes de prise en charge dans un contexte de démographie des professionnels de santé défavorable et de perte d'attractivité des métiers de soignants.

Il s'agit de faciliter la circulation des professionnels et des étudiants en santé au cours de leur carrière dans les espaces de coopération transfrontalière de la région Grand Est. Les étudiants en santé, dans leur cursus de formation initiale sont ceux qui bougent le moins pendant leurs études.

En étroite collaboration avec les universités des trois académies de la région, le Conseil régional, l'Éducation nationale, les établissements de santé et instituts de formation, ainsi que l'ensemble des parties prenantes des pays frontaliers, il s'agit d'étudier et d'impulser un partenariat et des projets transfrontaliers dans le champ de la formation sanitaire et médico-sociale afin notamment de :

Partager et porter à la connaissance des acteurs du système de santé les politiques de formations médicales et paramédicales de chacun des pays ;

Identifier les possibilités et analyser la faisabilité de coopérations en matière de formations sanitaire et médico-sociale ;
Promouvoir l'interculturalité et le bilinguisme en formation initiale et continue ;
Développer des projets de parcours de formations communs en adéquation avec les besoins des bassins de vie et d'emploi transfrontaliers ;
Permettre des stages croisés des étudiants en santé (exemple de l'accueil d'internes belges dans les Ardennes).

Attractivité des métiers et des territoires transfrontaliers

En étroite collaboration avec les universités des trois académies de la région, le Conseil régional, Pôle emploi, etc., et l'ensemble des parties prenantes des pays frontaliers, il s'agit :

D'identifier les organisations innovantes dans les pays propices au renforcement de l'attractivité des métiers et des territoires, ainsi qu'à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie, en particulier les dispositifs et conditions de réussite pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ;
D'encourager les initiatives locales transfrontalières d'exercice coordonné des professionnels de santé permettant de répondre aux besoins de prise en charge en proximité de la population et de pallier les difficultés de démographie des professionnels de santé.

Résultats attendus

Des conventions de partenariats en matière de formation sanitaire et médico-sociale ;
Des expérimentations / projets pilotes pour le déploiement d'exercices coordonnés associant des professionnels de santé issus de part et d'autre de la frontière du bassin de vie et d'emploi transfrontalier.

∞ *Partie 2 – « Les ressources humaines en santé, un défi majeur, une opportunité pour innover ».*

LA RÉSILIENCE SANITAIRE DES PAYS DANS SA DIMENSION TRANSFRONTALIÈRE

La crise sanitaire de la COVID-19 a considérablement fait bouger les lignes de la coopération sanitaire aux frontières de la région Grand Est. Il est nécessaire de capitaliser sur les enseignements de cette crise sanitaire pour davantage anticiper ces situations exceptionnelles, en coopération étroite avec les pays frontaliers à la région Grand Est.

Cette gestion de la crise sanitaire, dans sa dimension transfrontalière, a notamment montré la nécessité :

d'établir un dialogue permanent local à différents niveaux, décisionnaire, politique et technique permettant de prendre en compte la configuration des territoires, ainsi que de conforter et de maintenir le réseau transfrontalier dans ses différentes composantes ;
de prendre en compte la particularité des bassins de vie transfrontaliers et ainsi d'adapter autant que possible, pour ces territoires pour lesquels les frontières n'existent pas, les décisions et mesures prises par les autorités respectives ;
d'établir des protocoles / conventions précisant les modalités d'intervention des secours de part et d'autre des frontières en situation d'urgence, *cf infra objectif "Etablir des conventions d'aide médicale urgente" ;*

de disposer d'une analyse partagée de la situation sanitaire et de la connaissance des capacités de prises en charge permettant aux autorités décisionnaires de prendre des mesures adaptées et concertées de part et d'autre des « frontières », et facilitant ainsi la vie au quotidien des populations des bassins de vie transfrontaliers ; d'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information, notamment d'alerte et de contact-tracing.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les deux objectifs suivants.

Développer l'observation en santé dans les bassins de vie transfrontaliers

Les exécutifs de la Grande Région ont indiqué dans leur déclaration commune du 17 janvier 2021 : « Nous voulons capitaliser les enseignements tirés de la crise et les résultats de notre coopération dans ce contexte pour mieux nous prémunir de futures pandémies. Nous soutenons ainsi la planification d'une action coordonnée en Grande Région en matière de gestion des infections qui devra s'intégrer dans les accords-cadres bilatéraux pour la coopération sanitaire liant les gouvernements et les autorités compétentes en matière de santé et de gestion de crise des différents pays, permettant ainsi d'en décliner des actions coordonnées. ».

De même, sur proposition du comité de coopération transfrontalier du Traité d'Aix-la-Chapelle, dans sa séance du 31 mai 2021, le conseil des Ministres franco-allemand a décidé de soutenir le dialogue franco-allemand d'experts, incluant notamment Santé publique France et l'Institut Robert-Koch, pour améliorer la prévention et la gestion des crises sanitaires dans les territoires frontaliers.

Enfin, l'Agence régionale de santé et le Grand-Duché du Luxembourg ont signé lors de la commission intergouvernementale d'avril 2023, une déclaration d'intention précisant vouloir poursuivre leur collaboration afin de préparer la mise en place d'un observatoire transfrontalier des données de santé.

Ce projet d'observatoire transfrontalier a pour objectif d'améliorer la connaissance en matière de santé des populations en disposant d'indicateurs comparables et partagés dans les bassins de vie transfrontaliers pour conduire des actions de coopération en santé pertinentes et à l'échelle de ces territoires. Il doit permettre d'établir une analyse croisée de la situation sanitaire de chaque bassin de vie transfrontalier, en prenant en compte des données socio-économiques concernant les flux de population, de définir des modalités de surveillance en santé et de préciser les dispositifs d'alerte réciproque. Il a vocation à se déployer sur toutes les frontières de la région Grand Est, et à intégrer l'ensemble des pathologies transmissibles ainsi que les données relatives aux déterminants de la santé dont la santé environnementale.

Il vise à constituer à terme un outil d'aide à la décision des autorités sanitaires et politiques compétentes et à informer les populations vivant dans ces territoires.

Conditions de réussite

Compte tenu de son périmètre et de ses finalités, ce projet ambitieux comprendra plusieurs phases qu'il conviendra de bien définir notamment en termes de coûts et de calendrier. Il s'appuiera sur les travaux menés dans le cadre du groupe Epi-Rhin de la Conférence du Rhin Supérieur, et sur ceux menés par Santé publique France et l'institut Robert-Koch.Le projet doit être porté, au niveau de chaque pays, par les autorités et expertises compétentes en matière de santé publique et de protection des populations des différents États.

Il nécessite également :

L'identification des ressources, moyens humains et financiers, mobilisés par chacun des pays ;
L'interopérabilité des systèmes d'information entre les pays ;
L'accès sécurisé aux données de santé.

Principaux jalons

Cartographie de l'écosystème du projet dans chacun des pays concernés ;
Définition de lignes directrices préalables à la mise en place de l'observatoire transfrontalier des données de santé au sens des accords-cadres relatifs à la coopération sanitaire transfrontalière ;
Mise en place d'une gouvernance propre et d'une gestion de projet.

Résultats attendus

Un observatoire des données de santé, adapté à la configuration de chaque bassin de vie transfrontalier, répondant aux attentes des autorités de chaque pays, s'appuyant sur l'écosystème existant et s'inscrivant dans les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire de chaque pays.

Soutenir les projets transfrontaliers permettant d'anticiper les conséquences sanitaires du changement climatique

Les impacts mondiaux des risques liés au changement climatique illustrent la nécessité pour l'adaptation d'assumer une approche transfrontalière et de tenir compte de l'interconnexion des sociétés et des écosystèmes globaux.

∞ *Partie 1 – Priorité n°1 « Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique ».*

Les projets transfrontaliers pourront porter sur deux aspects :

La surveillance et l'évaluation

Mesurer les risques climatiques et leurs impacts sur la santé ;
Améliorer la connaissance sur les liens entre climat et santé publique ;
Évaluer l'impact sur la santé des politiques ;
Proposer des solutions et actions.

La protection, la promotion et l'éducation des populations

Former le personnel de santé aux questions climatiques et aux risques pour la santé ;
Sensibiliser et informer les populations ;
Promouvoir des environnements et des modes de vie sains.

Avec l'appui des organismes et experts de santé publique, des groupes de travail « Santé - Prévention » des espaces de coopération transfrontalière, des structures d'appui comme TRISAN, il s'agit d'identifier les initiatives et bonnes pratiques des pays, de proposer des actions conjointes et d'encourager des porteurs de projets transfrontaliers à se mobiliser sur ces enjeux.

Pour les aspects « surveillance », le projet d'observatoire en santé dans les bassins de vie transfrontaliers doit intégrer dans son périmètre d'intervention ces enjeux sanitaires liés au changement climatique.

Résultats attendus

Bilan des stratégies, projets, bonnes pratiques des pays ;
Actions de sensibilisation / information conjointes au bénéfice des populations des bassins de vie transfrontaliers.

∞ Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».

PARTIE 4 : LE PILOTAGE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ GRAND EST

LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

Le pilotage du PRS 2018-2028 nécessite une organisation en mode projet impliquant l'ensemble des directions métiers et des délégations territoriales de l'Agence ainsi que des partenaires externes. Sa gouvernance s'appuie autant que possible sur les instances existantes et sur des instances internes et externes dédiées.

En écho au resserrement des objectifs du PRS autour de 4 priorités pour le SRS 2023-2028, l'organisation s'appuiera notamment sur un comité de pilotage et des chefs de projet avec une fonction transversale d'impulsion et de suivi de l'atteinte des objectifs à 5 ans.

En externe, le pilotage du SRS s'appuie sur les instances existantes et sur une instance dédiée qui a été mise en place en mars 2022 dès la phase de bilan et d'évaluation du SRS 2018-2023. Cette instance de concertation pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation du prochain SRS comprend des représentants de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, des services de l'État en région, des collectivités territoriales, des fédérations et représentants des professionnels, des établissements de santé, des Universités et des présidents des conseils territoriaux de santé *(CTS)*.

Le rôle des instances de démocratie en santé dans la gouvernance du PRS est donc renforcé au niveau régional avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et au niveau départemental avec les nouveaux conseils territoriaux de santé *(CTS)*, installés en février-mars 2023. Les CTS doivent en effet constituer le lieu de la concertation en proximité pour la mise en œuvre, le bilan et l'évaluation du PRS.

LE BILAN ET L'ÉVALUATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

LE BILAN

Le suivi de la mise en œuvre du SRS-PRAPS donnera lieu à l'élaboration d'un bilan afin de mettre en exergue les résultats de l'action menée et de tirer les enseignements avec un objectif d'amélioration continue de la politique santé. Ce bilan sera particulièrement nécessaire à la refonte complète du projet régional de santé et de son cadre d'orientations stratégiques qui arriveront à échéance en 2028.

L'ÉVALUATION

Afin de répondre aux besoins de la population, l'ARS et ses partenaires concentreront leurs moyens sur des actions évaluées ayant un impact avéré sur les populations cibles et ainsi le cas échéant faciliter leur déploiement sur d'autres territoires.

L'évaluation des actions engagées dans le cadre du SRS est capitale pour apprécier les résultats obtenus au regard des moyens engagés dans une double optique réponse apportée aux besoins de santé de la population et d'efficience de l'action publique.

Dans le prolongement de la démarche d'évaluation engagée en 2022, l'ARS va poursuivre son engagement dans un processus itératif d'évaluation ciblée tout au long de la durée du SRS-PRAPS 2023-2028. La démarche retenue consiste à réaliser des évaluations externes d'actions, dispositifs et projets de santé, contribuant à la mise en œuvre du projet régional de santé en région Grand Est.

Dans cette perspective, un marché-cadre d'évaluation externe d'actions, dispositifs et projets de santé, contribuant à la mise en œuvre du projet régional de santé en région Grand Est a été contractualisé en 2022. Sur la durée du PRS, jusqu'à 10 dispositifs ou projets pourront faire l'objet chaque année d'une évaluation externe. Les actions déployées dans le cadre des quatre priorités du SRS 2023-2028 feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de ce processus continu d'évaluation.

Chaque évaluation fera l'objet de l'élaboration d'un rapport d'évaluation et d'une analyse des conditions de poursuite, d'amplification, d'extension ou de déploiement dans d'autres territoires, des leviers d'amélioration et des facteurs-clé de succès.

Ce processus d'évaluation est piloté en lien avec l'instance externe mise en place en mars 2022.

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre – CS 80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé
Grand Est