

## III. LES PROGRAMMES

Le Projet Régional de Santé est composé du PSRS, des schémas d'organisation et de quatre programmes obligatoires qui déclinent les modalités d'application des schémas –programme régional de gestion du risque-PRGDR –Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins –PRAPS – programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie – PRIAC, programme relatif à la télémédecine-PRT.

### **Le PRGDR : Il est constitué de deux parties :**

- Les programmes nationaux de gestion du risque, élaborés conformément aux objectifs du contrat État/UNCAM :
  - programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'Assurance maladie membre de l'UNCAM ;
  - priorités fixées aux ARS en matière de gestion du risque
- les actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe des ARS et qui sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales

Le PRGDR, bien qu'intégré au PSRS, a des modalités de consultation indépendantes et n'est donc pas soumis à la consultation actuelle. Après avis de la Commission régionale de Gestion du Risque, le PRGDR a été arrêté le 4 octobre 2011 par le DG de l'ARS.

### **Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**

Le PRAPS, en déclinaison des trois schémas, cible des actions et mesures spécifiques à destination des personnes les plus démunies afin qu'elles puissent accéder au système de santé et médico-social de droit commun.

### **Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**

Au sein du PSRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation financière pluriannuelle pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention. Son approche est globale et va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement.

### **Le programme régional de télémédecine (PRT)**

L'usage de la télémédecine permet de répondre aux problématiques organisationnelles et techniques, démographiques, économiques et épidémiologiques, qui existent sur le champ de la santé. Elle permet d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, et vise également à une coordination entre professionnels et structures de soins ambulatoires hospitalières et médico-sociales.

Le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans les trois schémas d'organisation

# Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Lorraine (PRAPS) 2012-2017

## Préambule relatif aux programmes

---

Le Projet Régional de Santé est composé du PSRS, des schémas d'organisation et de quatre programmes obligatoires qui déclinent les modalités d'application des schémas –programme régional de gestion du risque-PRGDR –Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins –PRAPS – programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie – PRIAC, programme relatif à la télémédecine-PRT.

### **Le PRGDR : Il est constitué de deux parties :**

- Les programmes nationaux de gestion du risque, élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM :
  - programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'Assurance maladie membre de l'UNCAM ;
  - priorités fixées aux ARS en matière de gestion du risque
- les actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe des ARS et qui sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales

Le PRGDR, bien qu'intégré au PRS, a des modalités de consultation indépendantes et n'est donc pas soumis à la consultation actuelle. Après avis de la Commission régionale de Gestion du Risque, le PRGDR a été arrêté le 4 octobre 2011 par le DG de l'ARS.

### **Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**

Le PRAPS, en déclinaison des trois schémas, cible des actions et mesures spécifiques à destination des personnes les plus démunies afin qu'elles puissent accéder au système de santé et médico-social de droit commun.

### **Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**

Au sein du PRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation financière pluriannuelle pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention. Son approche est globale et va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement.

### **Le programme régional de télémédecine (PRT)**

L'usage de la télémédecine permet de répondre aux problématiques organisationnelles et techniques, démographiques, économiques et épidémiologiques, qui existent sur le champ de la santé. Elle permet d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, et vise également à une coordination entre professionnels et structures de soins ambulatoires hospitalières et médico-sociales.

Le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans les trois schémas d'organisation

# Le PRAPS

## SOMMAIRE

	Page
1) Le contexte législatif et réglementaire	3
2) Le cadre du PRAPS	4
A) Finalité	4
B) Public	5
3) Les freins à l'accès à la prévention et aux soins.	7
A) Les freins liés aux conditions de vie et aux évènements de vie des personnes	7
B) Les freins économiques à l'accès aux soins et à la prévention	8
C) Les freins liés aux pratiques professionnelles	9
D) Les freins liés aux dispositifs institutionnels	10
4) L'importance de la population concernée par le PRAPS en Lorraine	11
5) La santé du public-cible du PRAPS	14
6) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé existant en Lorraine	17
A) Les actions de santé publique	17
B) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé	19
➤ Dans le secteur sanitaire	19
➤ Dans le secteur médico-social	20
C) La politique de la ville	23
D) De nombreux acteurs et partenaires	23
7) Présentation du PRAPS	24
A) Processus d'élaboration	24
B) Contenu du programme	25
C) Leviers de mise en œuvre	26
D) Mise en œuvre territoriale du PRAPS	27
E) Pilotage et suivi	28
8) Fiches –Action	30
9) Glossaire	64

## 1) Le contexte législatif et réglementaire

Le PRAPS a été institué par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Il est inscrit dans les objectifs de la politique nationale de santé et dans les missions des Agences Régionales de Santé qui la mettent en œuvre, conformément aux articles suivants du Code de Santé Publique :

- Art L 1411-1-1 : « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. »
- Art L 1431-2 : «Les ARS veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »
- Art L 1434-2 : « Le projet régional de santé est constitué :  
1°D'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;  
2°De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;  
3°De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. »
- Art R 1434-7 : « Des programmes prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Un même programme peut prévoir des mesures relevant de plusieurs schémas.  
Chaque programme détermine les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Il fixe les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions (...). »
- Art D 1411-27 : « Le PRAPS a pour objet d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. A partir d'une analyse préalable des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, il fixe des actions prioritaires et détermine les modalités de leur mise en œuvre au niveau régional et aux niveaux des départements de la région. »

Le PRAPS s'appuie sur la dynamique régionale transversale constituée par le rapprochement au sein de l'ARS des secteurs de la prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social et de l'assurance maladie. Il est conçu en déclinaison du PSRS et des trois schémas régionaux d'organisation.

Il s'inscrit plus particulièrement en Lorraine dans la priorité n° 2 du PSRS « Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS » et ses objectifs :

- « Promouvoir des actions de prévention pour les populations en difficultés sociales »
- « Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficulté ».
- « Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits »
- « Former les usagers au bon usage du système de santé »

et dans les objectifs de la priorité 4 « Promouvoir une organisation régionale de santé et de qualité » :

- « Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »
- « Veiller à une prise en charge globale de la personne ».

## 2) Le cadre du PRAPS

### A) Finalité du PRAPS

Le PRAPS a pour finalité d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité en permettant aux personnes les plus démunies d'accéder au système de droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins:

- par une meilleure connaissance des questions de santé liées à la précarité
- par le repérage des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins
- par la mise en œuvre de soutien et d'accompagnement et le développement de dispositifs « passerelles » de nature à éviter le recours tardif ou le non-recours aux soins
- par une meilleure coordination des acteurs concernés, notamment à travers le décloisonnement des champs sanitaire et social en vue d'assurer le relais entre les différentes prises en charge.

Le PRAPS doit permettre la mise en œuvre de solutions innovantes, le plus souvent interprofessionnelles, voire interinstitutionnelles (dans les champs de la santé et du social) à des problématiques identifiées qui ne peuvent être résolues par le droit commun.

La notion de précarité :

Définition de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment ».

La précarité ne concerne donc pas qu'une seule catégorie de population.

Elle est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, familiale et sociale.

Les situations de fragilisation peuvent résulter d'une multitude de facteurs :

- d'ordre économique : bénéficiaires de minimas sociaux, travailleurs pauvres, personnes surendettées, emplois précaires, absence d'emploi
- d'ordre culturel : personnes illettrées, personnes d'origine étrangère ou immigrées, en particulier, les femmes et les migrants âgés
- d'ordre relationnel : parents isolés, jeunes en rupture familiale, grands marginaux
- liés à une rupture : veuvage, divorce, licenciement, sortie de prison, sortie d'établissement de santé sans solution d'accueil, étrangers en situation irrégulière, traumatismes liés à la situation migratoire, jeunes sortis de l'ASE ou de la PJJ
- relevant d'un manque de qualification : échec scolaire ou absence de qualification
- d'ordre matériel : absence de logement ou logement précaire.

Le concept de santé :

L'OMS a retenu une définition de la santé admise par tous :

« Un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (préambule à la constitution de l'OMS de 1946)

La charte d'Ottawa en 1986 précise que la santé exige un certain nombre de conditions préalables :

« L'individu doit pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et un traitement équitable ».

Le PRAPS a pour vocation de proposer des solutions pragmatiques visant l'autonomie sociale pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé et de droits sociaux.

Le PRAPS est ainsi un outil de pilotage et de planification de l'ARS qui a pour objectif de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

## B) Public du PRAPS

Le PRAPS s'adresse aux personnes en difficultés socio-économiques qui rencontrent des difficultés importantes d'accès à la santé : n'étant pas en demande et s'inscrivant difficilement dans un parcours de soins de droit commun, ces personnes n'ont pas recours aux droits dont elles pourraient bénéficier, renoncent aux soins dont elles auraient besoin (sauf dans l'urgence), ont des difficultés de repérage dans le système de santé, sont peu réceptives aux actions de prévention.

Nota : les personnes fragiles du seul fait de leur âge ou de leur handicap ne constituent pas un public-cible du PRAPS (Cf. guide méthodologique national PRAPS - mars 2011).

Les difficultés d'accès à la santé du public ont été objectivées par de nombreuses études nationales parmi lesquelles peuvent être mentionnées :

- Sur le non-recours aux droits : selon l'Observatoire des Inégalités (29 septembre 2011), une étude du fonds CMU estimait que le nombre de personnes n'ayant pas recours à la CMU-C était en France de 1,7 millions, soit un taux de non-recours de 20 %.  
Trois facteurs de non-recours se combinent :
  - La non connaissance : manque d'information ou de compréhension sur les droits
  - La non réception : droits connus, demandés mais pas obtenus (par difficulté à mener une démarche administrative ou du fait des procédures)
  - La non demande : droits connus mais pas demandés (par désintérêt, lassitude des « gymkhanas » administratifs ou même perte de l'idée d'avoir des droits)
  
- Sur les difficultés d'accès à une couverture maladie complémentaire :  
Selon l'enquête ESPS (Enquête Santé protection Sociale) menée par l'IRDES en 2008, le taux d'effort consacré à l'achat d'une complémentaire santé varie de 3 % pour les ménages les plus riches à 10 % pour les ménages les plus pauvres ; les sommes consacrées par ces derniers à cet achat sont cependant moindres que pour les ménages les plus aisés et les garanties offertes sont en conséquence moins importantes. Si 6 % des Français déclarent en 2008 ne pas avoir de complémentaire santé, ce taux passe à 12 % des personnes vivant au sein des ménages les plus modestes. Or, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins.  
Le dispositif de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé mis en place le 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour favoriser l'adhésion à une complémentaire santé n'a pas donné les résultats escomptés puisqu'en mai 2010 au niveau national, 516 499 000 personnes en bénéficiaient sur une population ciblée de 2 millions de personnes, soit un taux de non-recours de près de 75 % ; différentes raisons peuvent expliquer cette situation : déficit d'information sur le dispositif, complexité et difficulté de choisir une mutuelle, importance encore du reste à charge et du taux d'effort financier.
  
- Sur le renoncement aux soins (enquête CETAF- Fonds CMU auprès de consultants en centres d'examen de santé-2010) : près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin au cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus du tiers des bénéficiaires a renoncé pour des raisons financières, principalement en raison de produits ou soins non remboursés (dentaire, médicaments, optique, spécialistes) mais aussi, par manque de connaissance sur les prestations prises en charge et presque un quart a renoncé pour des raisons autres que financières, telles que le manque de temps, un refus du professionnel, l'éloignement, les délais de rendez-vous, la peur du résultat, les soins jugés peu utiles.  
Deux études de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé in Questions d'économie de la santé n° 169 d'octobre 2011 et n° 170 de novembre 2011) analysent finement ce renoncement aux soins dans une approche économétrique et une approche socio-anthropologique
  
- Sur le problème de l'accessibilité financière aux soins : Une étude de la CNAMTS, parue dans le n° 35 de sa revue « Points de repère », montre qu'un quart des bénéficiaires de la CMU-C ont eu un reste à charge en 2010 d'un montant moyen de 66 €. Pour 5 % d'entre eux, le reste à charge moyen était de 280 € et atteint 690 € pour 1%. Ces restes à charges sont composés pour 44 % de frais d'optique, 15 % d'honoraires médicaux et 13 % de soins dentaires.

- Sur l'intérêt d'un accompagnement aux soins : une étude de la DREES publiée fin mai 2011 met en évidence que les bénéficiaires de l'AME ont davantage recours aux soins quand ils peuvent être épaulés à la fois par l'entourage familial et le milieu associatif pour effectuer démarches et formalités.
- Sur les refus de soins : le rapport annuel sur le droit des usagers du système de santé de la conférence nationale de santé du 10 juin 2010 intitulé « résoudre les refus de soins » rassemble plusieurs études attestant de la persistance de refus de soins à l'égard de personnes en situation de précarité économique, les professionnels les plus concernés étant les chirurgiens-dentistes et certains spécialistes.

### 3) Les freins à l'accès à la prévention et aux soins

Les actions définies par le PRAPS devront contribuer à surmonter les obstacles identifiés afin de permettre aux personnes concernées d'intégrer un parcours de soins de droit commun et de réduire ainsi les inégalités sociales de santé.

Une enquête menée en région Lorraine par l'ARS en fin d'année 2010, auprès des acteurs de la région en lien avec les personnes en difficulté, a permis de mettre en évidence et de synthétiser les différents freins à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins que rencontrent ces personnes et d'avoir un éclairage sur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas recours au système de santé de la même manière que la population générale.

Les obstacles à l'accès à la santé mis en lumière dans ce recueil d'expériences d'acteurs de terrain sont de natures diverses et relèvent de plusieurs champs :

- **les conditions de vie et les événements de vie.**
- **les freins d'ordre économique**
- **les pratiques des professionnels de santé et sociaux**
- **l'organisation des institutions.**

#### A) Les freins liés aux conditions de vie et aux événements de vie des personnes

- Face aux multiples difficultés que doivent affronter au quotidien les personnes en situation de précarité pour répondre aux besoins vitaux essentiels, considérés comme élémentaires, tels que l'hébergement et les besoins alimentaires, **la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan des préoccupations.**
- La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un **sentiment de dévalorisation**, de mauvaise image de soi, de honte, de mal-être, source de **démotivation** à s'occuper de sa santé, qu'il s'agisse d'entreprendre des démarches administratives, d'effectuer des soins nécessaires ou de s'inscrire dans une démarche de prévention. Le **manque de confiance en soi, le déficit de compétences psychosociales** sont aussi de nature à entraver l'entrée dans une démarche de soins.
- Des expériences passées mal vécues ou incomprises, l'illisibilité des dispositifs de prévention et de soins donnent une **image négative du système de santé** et favorisent le développement d'une **appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif**. **La peur** est souvent citée comme un frein, peur de l'inconnu, peur du regard des autres, peur du dépistage qui pourrait révéler une pathologie à laquelle il serait difficile de faire face, peur des effets secondaires des traitements.
- Des **problèmes de compréhension** pouvant être liés à des difficultés de lecture ou d'écriture, une **gestion du temps** peu maîtrisée, un **comportement parfois déroutant** (non-respect des rendez-vous par exemple), **la barrière de la langue** pour les étrangers, compliquent les relations avec le système de santé et les différents services administratifs permettant d'accéder aux soins et aux droits.
- Les **conditions de vie liées à la précarité** telles que l'instabilité sur le plan de l'activité ou du **logement**, la qualité du logement, les problèmes de **mobilité ou de transport**, la nécessité de trouver des solutions de **garde des enfants**...ont également un impact important sur les possibilités d'accéder aux soins, (que ce soit, par exemple, pour l'accès physique des personnes aux établissements et structures de prévention et de soins ou pour l'intervention de professionnels de santé auprès de personnes sans domicile, en habitat vétuste ou en structures d'hébergement social) ou pour l'accès aux droits avec, par exemple, des problèmes liés à la **réception et à la conservation des papiers justificatifs** exigés pour l'ouverture des droits. **En milieu rural, les difficultés sont majorées** par les problèmes d'éloignement et d'isolement géographique.
- Un **état de santé dégradé** du fait de pathologies physiques ou mentales, surtout en l'absence de soutien familial ou social, rend plus difficile l'entrée et le maintien dans des démarches d'accès aux droits et aux soins.

- En raison du cumul de difficultés rencontrées, des situations de détresse vécues et de l'incapacité ressentie d'y faire face, des personnes vont s'installer dans une situation de **déni ou de minimisation des problèmes de santé** ou alors **d'abandon et de rejet de toute démarche de soins et d'accès aux droits**.

#### B) Les freins économiques à l'accès aux soins et à la prévention

Le **coût des soins** constitue un obstacle récurrent pour des personnes ne disposant pas ou de peu de revenus, qui, même quand elles disposent d'une couverture maladie, ne peuvent pas toujours faire face aux **déremboursements de médicaments, à l'avance des frais, aux dépenses d'optique ou de prothèses dentaires** et aux soins dispensés par des médecins **en secteur 2**, en cas d'absence de choix suffisant entre médecins en secteur 1 et médecins en secteur 2.

S'agissant de la **prise en charge financière des soins**, l'instauration, après la loi de lutte contre l'exclusion de 1998 de la **CMU, CMU-C, AME, ACS** a permis d'améliorer l'accessibilité financière aux soins des personnes les plus pauvres, mais des difficultés subsistent, le non-recours à ces droits demeure important :

- Il y a une grande **méconnaissance** de la part des personnes en précarité, et plus particulièrement des jeunes en rupture sociale, concernant le système de sécurité sociale (ticket modérateur, tiers payant, remboursement à 100%...), les droits sociaux, leurs conditions d'obtention, les démarches à accomplir, les aides existantes et les dispositifs mis en place pour faciliter l'accès à une couverture maladie (PASS, associations..)
- Suivant les termes employés dans plusieurs réponses à l'enquête, l'obtention des droits sociaux ressemble à un « **parcours du combattant** ». Il apparaît ainsi une contradiction entre la notion de « couverture maladie universelle » instaurée par la loi et la **complexité des dossiers et la lourdeur des démarches** devant conduire les personnes les plus en difficultés à en bénéficier : dossiers de demande compliqués à remplir, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie souvent faits de ruptures, délais de traitement des dossiers estimés trop longs, renouvellement annuel des droits source d'oublis et donc de rupture dans les droits.
- Du fait de l'ignorance concernant cet accès aux droits, de la complexité des dossiers nécessaires et des difficultés liées au vécu des personnes à s'inscrire dans un projet de santé, à entreprendre des démarches administratives et à les mener à leur terme, de **nombreuses personnes, potentiellement bénéficiaires de droits, ne les font pas valoir**. Les droits ne seront ouverts, souvent, qu'à la suite de **l'intervention de professionnels ou de bénévoles amenés à accompagner** ce public lors d'événements heureux ou malheureux de la vie : hospitalisation, naissance, insertion professionnelle, hébergement social, incarcération...
- De nombreuses personnes ou ménages ont des **revenus faibles mais supérieurs aux plafonds** fixés pour l'obtention de ces droits (travailleurs « pauvres », personnes âgées ou handicapées isolées...). Parmi ceux-ci, certains, disposent d'une couverture maladie de base mais font l'impasse sur l'adhésion à une mutuelle pour des raisons de budget, ce qui peut les amener à **renoncer aux soins ou à les différer ou à se retrouver en situation de surendettement** du fait de dépenses de santé.
- **L'accès à une couverture complémentaire** à la couverture maladie de base n'est pas évident : les personnes concernées n'ont pas la culture de la « mutualisation » et sont perdues dans la complexité des complémentaires santé ; il est **difficile de se repérer dans les prestations offertes et les coûts correspondants**. Les **aides légales (ACS) et extralégales** des caisses d'assurance maladie pour l'accès à une mutuelle sont **méconnues et sous-utilisées**.

### C) Les freins liés aux pratiques professionnelles

Les réponses à l'enquête ont mis en évidence que les pratiques professionnelles pouvaient être de nature à freiner l'accès à la prévention et aux soins des personnes très vulnérables:

- L'attitude des professionnels

Face au vécu des personnes en précarité qui est de nature à induire des difficultés spécifiques d'accès à la santé, **l'attitude des professionnels** peut se révéler **inadaptée** pour répondre aux besoins spécifiques de ce public. Ont été relevés :

- Le **manque de disponibilité** (pouvant provenir d'un manque de moyens) des professionnels alors que les prises en charge aussi bien en matière de soins que de prévention nécessitent de se développer sur la durée ; **le facteur temps** joue un rôle très important dans l'accès à la santé des personnes en précarité.
- **L'accueil parfois désagréable** réservé aux populations en précarité et le **manque d'écoute**.
- **Des idées reçues** sur l'approche de la précarité qui peuvent être liées à un **manque d'information et de formation** des personnels au repérage et à la prise en charge du public en difficulté
- **L'insuffisance de travail en partenariat** entre les professionnels de santé et/ou sociaux intervenant auprès de la même personne et **le manque de coordination** préjudiciables à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins
- **Le manque d'accompagnement** des personnes ou le fait d'« envoyer vers » un autre professionnel ou une autre structure sans accompagner la personne dans sa démarche.

- La pratique des professionnels de soins libéraux

Certaines pratiques des professionnels de santé sont de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :

- **l'absence ou le refus de tiers payant**
- les **dépassements d'honoraires**
- les **refus de soins** parfois « cachés » derrière la fixation de **délais de rendez-vous très longs** ou la présentation de **devis exorbitants** (pour des soins dentaires par exemple)

- La conception des actions de prévention :

Les messages de prévention primaire ont peu d'écho sur les personnes en précarité qui n'arrivent à se mobiliser qu'une fois en mauvaise santé. En effet, comment se projeter dans le futur quand il faut faire face au jour le jour à de grandes difficultés ?

Dans ces conditions, la conception des campagnes de prévention « tout public » est estimée inadaptée au public en précarité pour diverses raisons :

- **La conception très descendante** des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et les préoccupations des personnes
- **Le manque de clarté des messages** de prévention, la multitude d'informations et leur illisibilité
- **L'inadaptation des supports** pour des personnes peu sensibles à l'écrit, souffrant d'illettrisme ou ne maîtrisant peu ou pas la langue française
- **L'absence d'implication et de participation** active du public-cible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions menées.

#### D) Les freins liés aux dispositifs institutionnels

Les difficultés d'accès à la santé des personnes vulnérables peuvent résulter d'un déficit de structures de santé sur un territoire ou d'un fonctionnement inadapté de structures existantes (dysfonctionnement ou saturation de certains dispositifs).

Les freins suivants ont été relevés :

- **L'absence de prise en compte dans l'organisation d'une institution des besoins spécifiques du public précaire** peut générer un obstacle important à l'accès à la santé : l'exemple des CPAM est souvent cité, le passage obligé par la plate-forme téléphonique ou par l'accueil « tout public » pour les personnes ayant des difficultés (et pour les professionnels qui les accompagnent) ne permettant plus d'apporter à ces personnes une aide spécifique nécessaire dans leurs démarches complexes d'accès aux droits, avec le risque de les décourager de mener ces démarches à leur terme.
- **Le manque de connaissance réciproque des acteurs sociaux et de santé** sur un territoire et du périmètre de leur intervention diminue l'efficacité de l'action de chacun d'entre eux auprès du public en difficulté.
- Le fonctionnement de certains dispositifs ne correspond pas toujours de façon optimum aux missions qui leur ont été confiées **et n'apporte pas en conséquence la réponse attendue aux besoins**, avec l'exemple de PASS peu ouvertes sur l'extérieur de l'établissement.
- **Le déficit en professionnels de santé sur certains territoires**, notamment en psychiatrie, ou le **manque de moyens disponibles** retarde l'entrée dans les soins en raison des délais d'attente imposés (or, il est important de permettre aux personnes en situation de précarité de se soigner dès qu'elles sont motivées pour le faire) ou de la nécessité de déplacements importants pour accéder aux soins.
- **L'éloignement géographique** de dispositifs spécifiques tels que les PASS, CSAPA CAARUD corrélé aux **difficultés de transports** nécessiterait de réfléchir à des modalités de rapprochement à mettre en place entre ces services et le public concerné.
- Le manque de possibilité de recours à des **solutions d'interprétariat** rend difficile l'accès à la santé des personnes étrangères.

#### 4) L'importance de la population concernée par le PRAPS en Lorraine

Il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes en situation de précarité rencontrant des difficultés d'accès à la santé dans la région, ces difficultés d'accès ayant des causes multifactorielles. Les indicateurs de précarité économique apportent un éclairage sur l'importance de la population pouvant être concernée par ces difficultés.

- **Une personne sur 7 en Lorraine, vit en-dessous du seuil de pauvreté** (indicateur de pauvreté monétaire fixé à 60 % de la médiane des niveaux de vie), soit 326 144 personnes représentant **13,9 %** de la population, contre 13 % au niveau national (source INSEE au 31/12/2008). Les taux sont variables selon les départements : **13,3 %** en Meurthe et Moselle, **14,5 %** en Meuse, **14,1 %** en Moselle et **14,1 %** dans les Vosges.
- **Une personne sur 10 en âge de travailler en Lorraine est demandeur d'emploi** au 31 décembre 2010, à savoir 105 088 personnes dans la région, soit un taux de 9,9 %, contre 9,3 % en France métropolitaine, ce taux variant de 9,4 % en Meurthe et Moselle à 10,7 % dans les Vosges (source INSEE).  
Les jeunes et les demandeurs d'emploi de longue durée sont les catégories de population les plus affectées par le chômage.

Demandeurs d'emploi au 31 décembre 2010 (source INSEE)						
	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Demandeurs d'emploi	<b>31 324</b>	<b>8 485</b>	<b>47 772</b>	<b>17 507</b>	<b>105 088</b>	<b>2 884 644</b>
Taux de chômage	<b>9,4</b>	<b>10,1</b>	<b>9,9</b>	<b>10,7</b>	<b>9,9</b>	<b>9,3</b>
Bénéficiaires de l'ASS au 31 12 2009	<b>3659</b>	<b>1 133</b>	<b>5 637</b>	<b>3 185</b>	<b>13 614</b>	

13 614 personnes bénéficiaient au 31 décembre 2009 de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) destinée aux chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage

- **Une personne sur 20 âgée de 25 à 64 ans en Lorraine bénéficiait du Revenu de Solidarité Active** en 2010 en Lorraine, soit 69 806 personnes, avec le taux plus faible en Moselle (5,2%) et le plus élevé en Meurthe et Moselle (6,3 %).  
Mis en place en juin 2009, le RSA remplace le RMI, l'API et englobe des aides supplémentaires permettant aux bénéficiaires d'atteindre un seuil minimum de revenu.

Allocataires du RSA						
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Allocataires du RSA	<b>23 593</b>	<b>5 955</b>	<b>29 376</b>	<b>10 882</b>	<b>69 806</b>	<b>1 797 714</b>
Taux pour 100 pers. de 25 à 64 ans	<b>6,3</b>	<b>5,9</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>

source CAF, MSA

- **Une personne sur 20 en Lorraine était bénéficiaire de la CMU-Complémentaire** au 31 décembre 2009. La Couverture Maladie Universelle garantit à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, non-couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé ; la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire, sous condition de ressources, et assure une prise en charge des soins à 100 % sans avance des frais.

Le taux de couverture régional de la CMU-C (5,2 %) est plus faible que le taux français (6,4%), le régime local d'assurance maladie ayant sans doute un impact sur le taux mosellan de 4,3 %.

Bénéficiaires de la CMU						
Année 2009	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
CMU de base	18 099	4 460	17 987	8 177	48 723	2 042 601
CMU complémentaire	<b>44 342</b>	<b>11 134</b>	<b>45 803</b>	<b>22 082</b>	<b>123 361</b>	<b>4 111 816</b>
Taux de couverture de la population par CMU-C (en %)	<b>6</b>	<b>5,6</b>	<b>4,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>6,4</b>

Sources : CCMSA ; CNAMTS ; Régime social des indépendants.

- **L'Aide Médicale Etat**, instaurée par la loi n° 99-641 de juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, est accordée, sous condition de ressources, aux étrangers en situation irrégulière, résidant effectivement sur le territoire français depuis plus de trois mois. Elle est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU Complémentaire. Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier.

Bénéficiaires de l'AME					
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
AME	<b>960</b>	<b>153</b>	<b>847</b>	<b>118</b>	<b>2 078</b>

Source Médiam

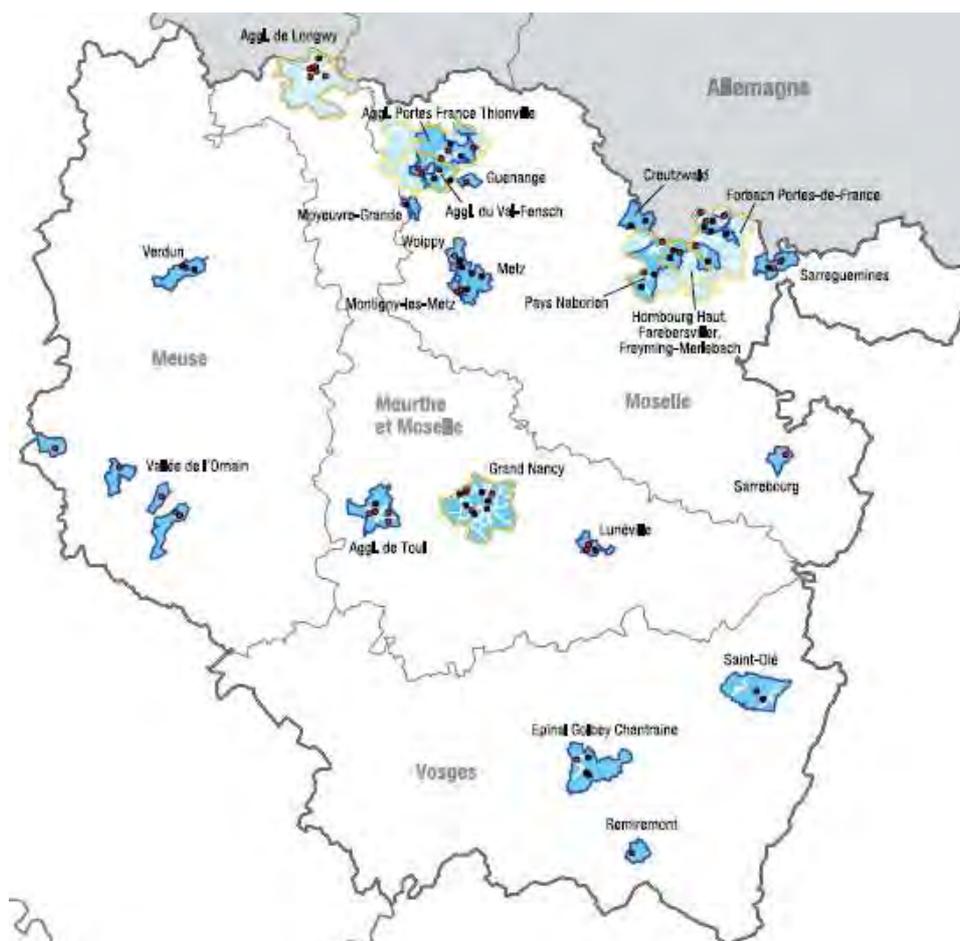
- **L'Aide à l'Acquisition d'un Complémentaire Santé (ACS)** mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2005 est accessible aux ménages modestes dont le niveau de vie se situe entre le plafond CMU-C et ce plafond majoré de 35 % (entre 648 € et 874 € par mois, pour une personne seule, en métropole, plafond au 1<sup>er</sup> janvier 2012). Elle ouvre droit à une déduction sur la cotisation auprès d'un organisme de protection complémentaire et permet également de bénéficier de la dispense d'avance de frais, pour la partie obligatoire, pour les consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Bénéficiaires de l'ACS					
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
ACS	<b>6 932</b>	<b>1 282</b>	<b>5 902</b>	<b>3 586</b>	<b>17 702</b>

Source SIAM-ERASME

- **La population immigrée en Lorraine représente 7,8 %** de la population régionale (source PRIPI, recensement 2008 INSEE), soit 182 845 personnes. Le taux de chômage y atteint 18,5 % ; près de 30 % des personnes immigrées n'ont aucun diplôme, 32 % ont 60 ans et plus.
- **Près d'un lorrain sur 10 habitait un quartier prioritaire de la politique de la ville**, soit 216 822 personnes en 2006, ces quartiers ayant été identifiés comme cumulant des difficultés d'ordre socio-économique et faisant l'objet de Contrats Urbains de Cohésion Sociale visant à réduire les écarts de développement entre territoires par l'attribution de moyens d'intervention, notamment en matière d'accès à l'emploi, d'éducation, de santé, de prévention de la délinquance, de développement économique. C'est en Moselle que se trouvent plus de la moitié des CUCS (13 sur 22) et près de 60 % des habitants de ces quartiers prioritaires.

Population des quartiers prioritaires de la politique de la ville						
Population 2006 source Atlas régional CUCS (ONZUS)	Meurthe-et- Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	% de la population régionale
en quartiers CUCS	<b>62 809</b>	<b>6 371</b>	<b>128 405</b>	<b>19 237</b>	<b>216 822</b>	<b>9,28%</b>
Nombre de CUCS	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	



Carte des CUCS en Lorraine

A côté de cette pauvreté urbaine, existe aussi une pauvreté rurale, sans doute moins visible et plus diffuse mais bien réelle.

## 5) La santé du public cible du PRAPS

De nombreuses études ont montré que la situation socio-économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé et que les populations en situation de précarité cumulent les problèmes de santé. Les différents processus de précarisation s'accompagnent bien souvent d'une souffrance psychique et peuvent conduire à une dégradation de la santé.

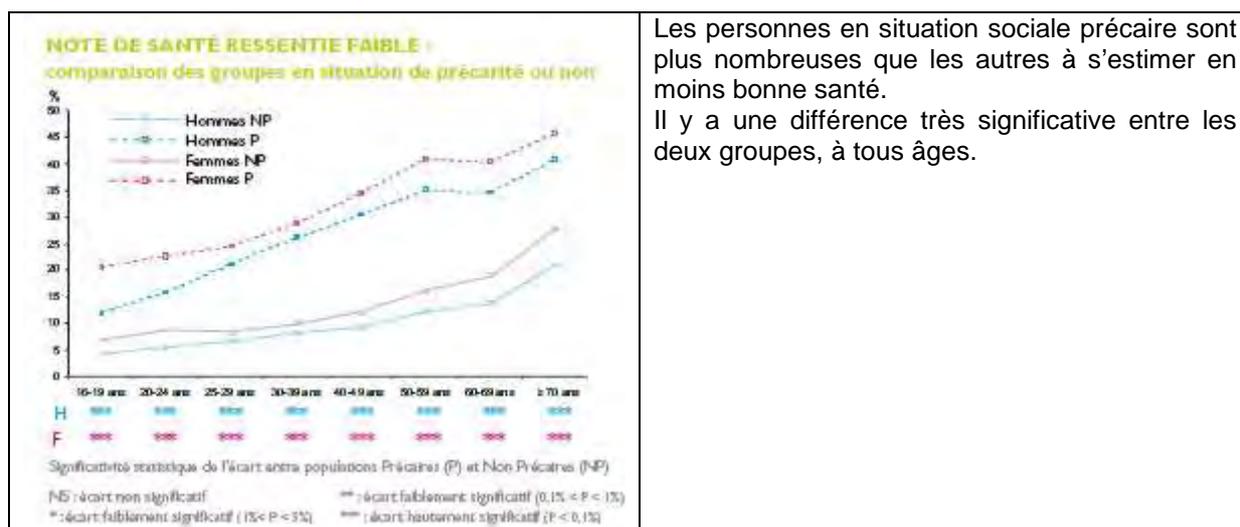
Il n'existe pas de pathologie spécifique de la pauvreté ou de la précarité, mais un plus grand risque face aux pathologies de la population générale. Les ruptures et conditions de vie qui caractérisent la précarité sociale induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent.

Le recours aux soins est souvent plus tardif et il est constaté un recours plus fréquent à l'hôpital qui, face à l'urgence des situations pouvant résulter d'un accès retardé aux soins, permet une prise en charge globale du patient et évite l'avance des frais.

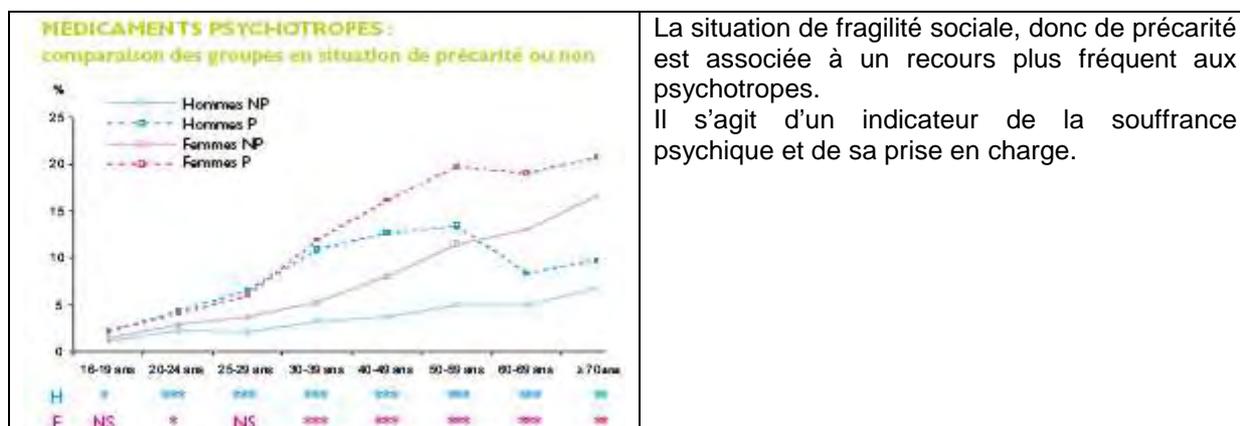
Les illustrations suivantes des différences constatées entre l'état de santé des populations le plus en difficulté et la population non précaire sont issues du tableau de bord de la santé en Lorraine 2004-2008 élaboré par l'UC-Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre en partenariat avec le Centre d'Examens de Santé de Moselle, les données ayant été recueillies auprès de 150 000 consultants de plus de 16 ans. La situation de précarité des personnes a été évaluée au moyen du score EPICES utilisé par les Centres d'Examens de Santé.

(figure, en traits pleins, la population générale et en traits pointillés, la population en situation de précarité ; en bleu, les hommes et en rose, les femmes)

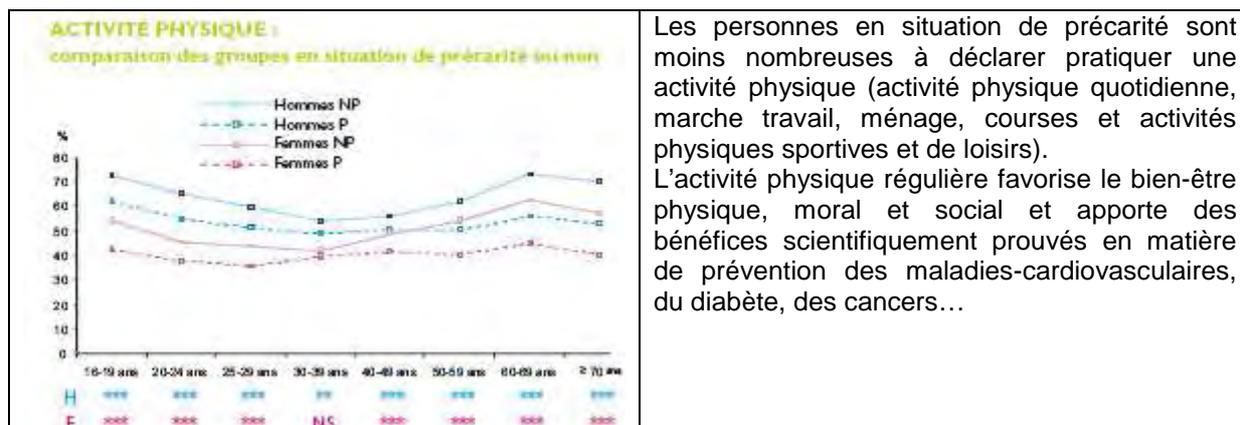
### a. La santé ressentie



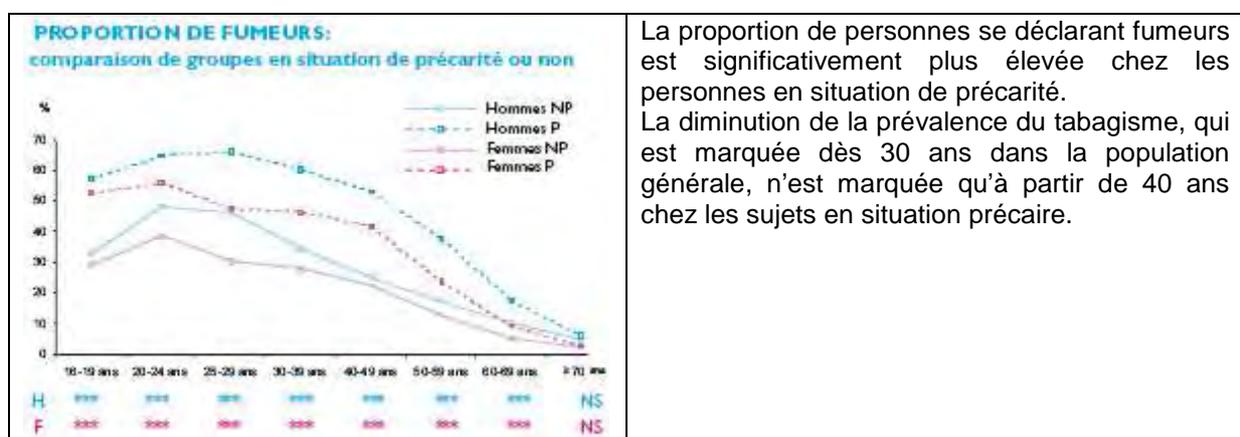
### b. La consommation de médicaments psychotropes



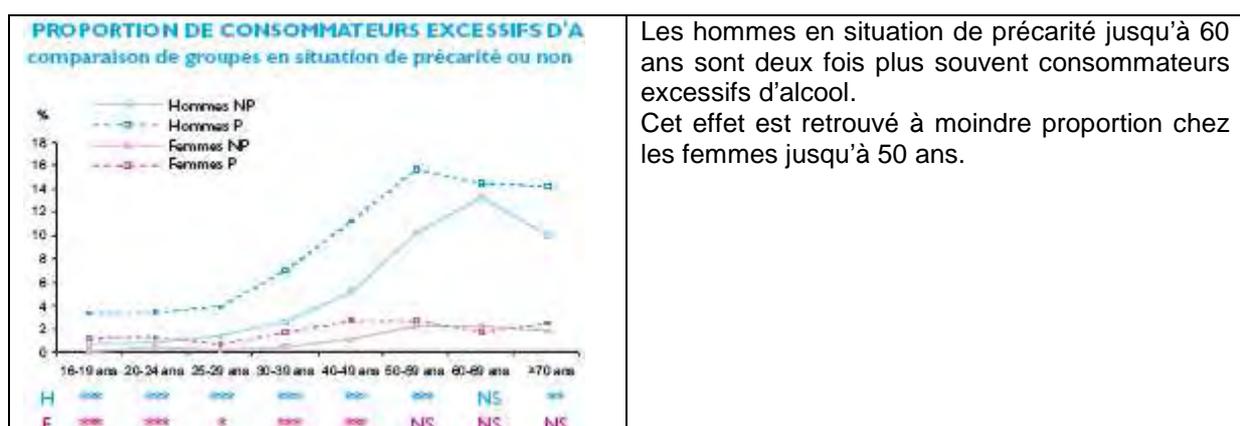
c. La pratique de l'activité physique



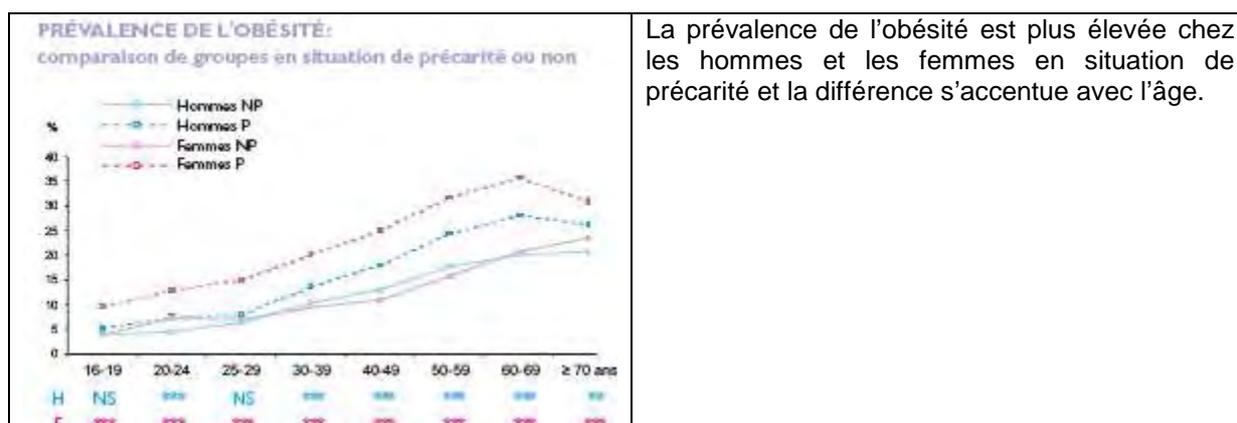
d. La consommation de tabac



e. La consommation excessive d'alcool

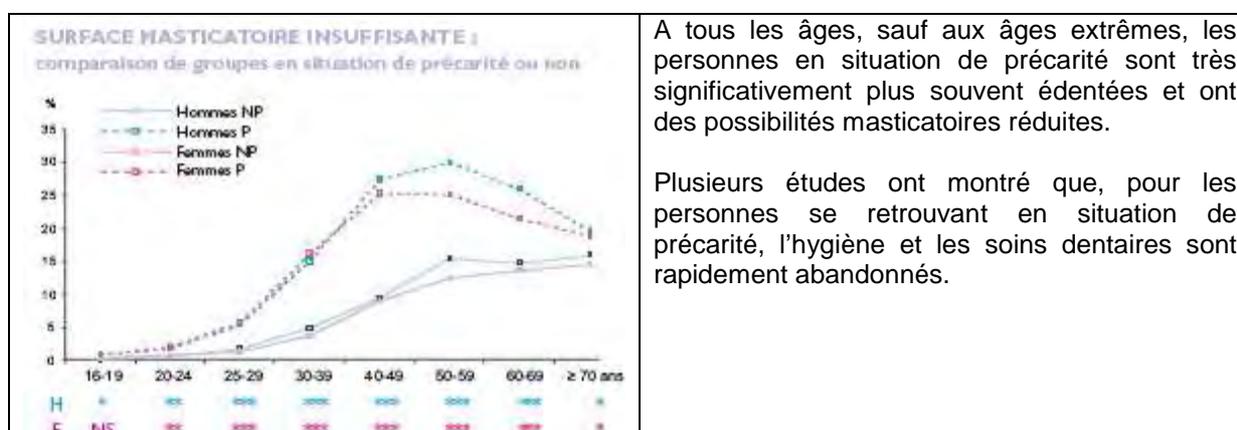


f. La prévalence de l'obésité



La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les hommes et les femmes en situation de précarité et la différence s'accroît avec l'âge.

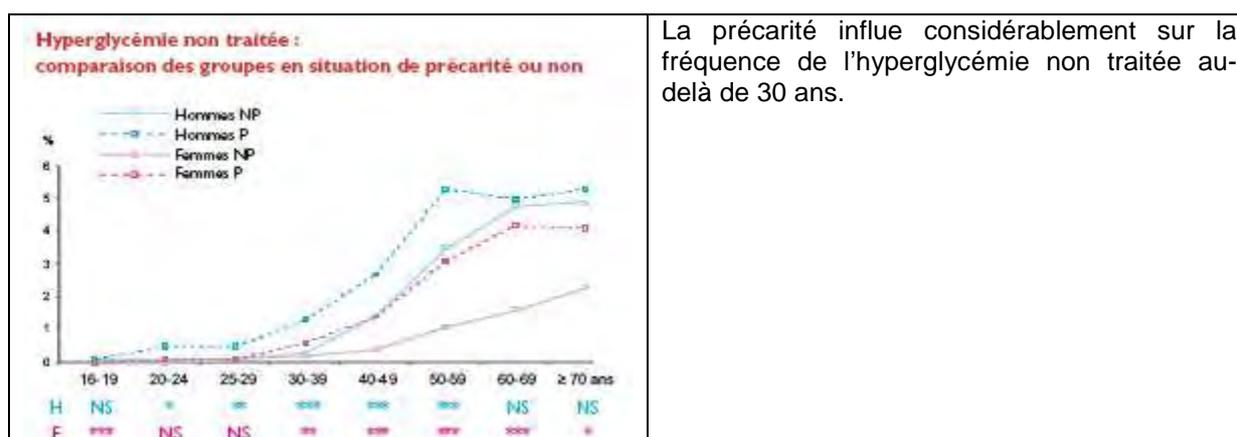
g. La surface masticatoire insuffisante



A tous les âges, sauf aux âges extrêmes, les personnes en situation de précarité sont très significativement plus souvent édentées et ont des possibilités masticatoires réduites.

Plusieurs études ont montré que, pour les personnes se retrouvant en situation de précarité, l'hygiène et les soins dentaires sont rapidement abandonnés.

h. L'hyperglycémie non traitée



La précarité influence considérablement sur la fréquence de l'hyperglycémie non traitée au-delà de 30 ans.

Pour parvenir à une amélioration de l'état de santé des personnes les plus défavorisées et, par voie de conséquences, à une réduction des inégalités de sociales de santé, il importe de mieux connaître et prendre en compte les déterminants sociaux qui interagissent fortement sur l'état de santé des personnes.

## 6) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé existant en Lorraine

Pour répondre aux difficultés identifiées d'accès à la santé des personnes en situation de précarité, la loi de lutte contre l'exclusion de 1998 a prévu l'élaboration des premiers PRAPS et la mise en place de dispositifs spécifiques favorisant l'accès à la santé des plus démunis.

### A) Les actions de santé publique

En Lorraine, les PRAPS 2000-2002 et 2003-2006 ont impulsé de nombreuses actions dans la région de nature à permettre l'accès aux droits pour tous et à favoriser l'accès à la prévention et aux soins, actions financées par des crédits spécifiques du Ministère de la Santé alloués dans le cadre du PRAPS et pouvant être cofinancées par l'Assurance Maladie (FNPEIS) et les collectivités. Les priorités retenues, à savoir la santé des jeunes et la souffrance psychique, se sont traduites par le développement d'une dynamique forte en faveur de la prise en compte de la santé en particulier dans les missions locales ou autre dispositifs d'accueil et d'insertion des personnes vulnérables.

A partir de 2007, la mise en œuvre de ces actions s'est poursuivie dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique de Lorraine, GIP regroupant les moyens de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des collectivités. L'enveloppe financière relative aux actions « PRAPS » n'y était plus individualisée, mais une priorité était accordée aux actions touchant les populations en situation de précarité dans l'ensemble des thématiques de prévention ciblées par le Plan Régional de Santé Publique de Lorraine auxquelles a été ajoutée le thématique « accès aux soins ».

L'appel à projets lancé par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine en 2010 et 2011 a, de même, permis de subventionner un nombre important d'actions en direction de ce public.

La diminution en 2011 du nombre de projets financés et du montant de l'enveloppe résulte, d'une part, d'une diminution de l'enveloppe disponible et, d'autre part, du fait que certaines actions financées en 2010 dans le cadre de l'appel à projets n'émargent plus à l'appel à projets 2011, ayant été intégrées dans des conventions passées entre l'ARS de Lorraine et des organismes régionaux. Le montant total des actions à destination des personnes en situation de précarité représentait 38 % de l'enveloppe affectée à l'appel à projets en 2010 et 48 % en 2011.

Il conviendrait de compléter cet état des lieux par les nombreuses actions menées dans la région sur fonds propres par certains acteurs (par exemple, les actions de santé menées auprès de bénéficiaires du RSA par des Conseils Généraux ou les actions de prévention développées par les CPAM ou les Centres d'Examens de santé auprès de publics en difficulté) ainsi que les actions financées sur d'autres enveloppes comme les actions des volets santé des CUCS bénéficiant d'un cofinancement ACSé- collectivités locales.

Projets en direction des personnes en situation de précarité financés en Lorraine en 2010 et 2011 dans le cadre de l'appel à projets ARS

Population cible	Nb 2010	Montant AAP 2010*	Nb 2011	Montant AAP 2011*	Actions menées
1) Personnes hébergées en établissements sociaux (CHRS...) et résidences sociales	15	154 322	11	93 386	Ateliers et animations thématiques : alimentation-activités physiques, addictions, estime de soi, bien-être, sexualité, santé mentale Développement des compétences psychosociales Ateliers de création artistique Orientation vers des structures de prise en charge, accompagnement vers les soins
2) Population précaire non hébergée suivie par des CCAS, association caritatives, associations du secteur social, médico-social ou d'insertion	28	283 538	23	256 310	Ateliers et animations thématiques : alimentation- activités physiques, addictions, VIH/SIDA/hépatites, prévention des situations de violence Développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi Accueil, accompagnement vers les soins, aide à l'accès aux droits
3) Jeunes de 16-25 ans accueillis en missions locales, PAIO, associations d'insertion, FJT, CCAS	26	294 890	18	234 115	Ateliers, groupes de paroles, animations thématiques : bien-être, addictions, nutrition-activités physiques, sexualité, tabac, violences, hygiène, SIDA, conduites à risques, Animation d' Espaces-Santé Développement des compétences psycho-sociales et de l'estime de soi Accompagnements dans la démarche de soins, vers les bilans de santé
4) Habitants de quartiers prioritaires, Usagers de centres sociaux, Associations de quartier	28	117 468	20	113 674	Thématique "nutrition" dominante dans les actions de prévention mises en place (14 actions) Autres ateliers thématiques : bien-être, addictions, dépistage des cancers, développement des compétences psycho sociales, Accompagnement dans l'accès aux droits
5) Personnes sous main de justice	15	220 299	9	55 544	De l'obligation de soins à l'accompagnement individualisé Ateliers et activités thérapeutiques : art thérapie, vie affective et sexuelle, activités physiques, relaxation Renforcement des compétences psychosociales et de l'estime de soi
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>1 070 517</b>	<b>81</b>	<b>753 029</b>	*Y compris Conseil Régional et Régime local

## B) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé

### ➤ Dans le secteur sanitaire

#### - **Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)**

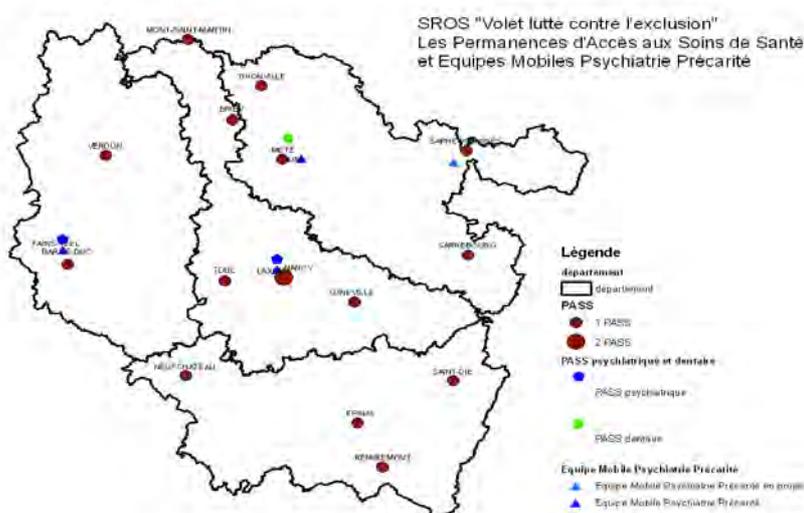
La loi de lutte contre l'exclusion a confié aux établissements de santé une « mission de lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (Art L 6112-1 CSP).

Éléments-clé de cette mission, les **PASS** se définissent comme des « cellules de prise en charge médicale et sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social » (Art L6112-6 CSP).

Les PASS assurent une mission de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération de droits sociaux, avec comme objectif, la réintégration au plus tôt dans le système de droit commun.

Avec 19 PASS, la Lorraine dispose d'une bonne couverture territoriale concernant ces dispositifs, excepté dans le Bassin Houiller qui concentre pourtant une population importante en situation de précarité. Par ailleurs, la réponse en matière de soins dentaires pour les plus démunies doit être améliorée dans la région.

Une enquête régionale menée auprès des PASS en avril 2011 a fait apparaître la nécessité de travailler sur l'optimisation de leur fonctionnement, afin de les rendre plus visibles aussi bien en interne que vis-à-vis du public-cible et de développer leur rôle moteur dans l'accès aux soins des personnes qui en sont le plus éloignées.



#### - **Les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP)**

Instaurées par la circulaire n° 2005-521 du 23 novembre 2005, elles ont pour objet d'intervenir, tant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion, qu'auprès des personnels travaillant avec elles, là où se trouvent les personnes en difficulté : dans la rue, en lieux d'accueil social ou d'hébergement, isolées en milieu rural... Elles constituent un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le libre choix de ces patients.

En Lorraine, 3 équipes mobiles de psychiatrie précarité ont été créées : au CPN de LAXOU (54), au CHS de FAINS-VEEL (55) et au CHS de JURY les METZ (57). Une équipe est en cours de création au CHS de Sarreguemines (57). Aucune équipe n'existe dans les Vosges.

- **Les équipes mobiles précarité MCO**

Il n'y a pas en Lorraine d'équipe mobile précarité MCO pouvant assurer le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie. Or, il y aurait besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé, qui n'ont recours aux soins qu'en cas d'extrême urgence. C'est pourquoi, le volet SROS « lutte contre l'exclusion » a reconnu l'opportunité de créer de telles équipes, en articulation avec une PASS existante, et par redéploiement de moyens existants.

Secteur sanitaire : dispositifs spécifiques d'accès à la santé

Au 31 décembre 2011	54	55	57	88	Région Lorraine
Permanence d'Accès aux Soins de Santé	CHRU Nancy Maternité régionale de Nancy CH Lunéville CH Toul CH Briey Alpha-Santé à Mont-Saint-Martin	CH Bar le Duc  CH Verdun	CHR Metz CHR Thionville CH Sarrebourg  CH Sarreguemines	CH Epinal CH Remiremont CH Saint-Dié  CH Neufchâteau	16
PASS psychiatrique	CPN Laxou	CHS Fains-Veel			2
PASS dentaire			CHR Metz-Thionville		1
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité	CPN Laxou	CHS Fains-Veel	CHS Jury les Metz <i>CHS Sarreguemines</i>		3 + 1

➤ Dans le secteur médico-social

- **Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)**

Créés par la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, les LHSS permettent aux personnes de recevoir des soins médicaux et paramédicaux qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en disposaient. Ils constituent une modalité de prise en charge globale articulant une dimension sociale avec hébergement temporaire de personnes sans domicile et une dimension de soins et de prévention pour une durée moyenne de prise en charge fixée à deux mois.

En Lorraine, 35 LHSS sont ouverts ou en cours de création, 20 en Meurthe et Moselle et 15 en Moselle. Il n'en existe aucun dans la Meuse et les Vosges.

La faiblesse des dispositifs spécifiques existants en matière de soins des personnes très défavorisées et/ou les difficultés d'accueil dans les structures de droit commun (SSR, HAD) peuvent conduire à admettre en LHSS des personnes dont l'état de santé ne correspond pas au cahier des charges de ces structures, d'où un risque d'engorgement du dispositif et de mise en difficulté du personnel qui y exerce.

- **Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)**

Instaurés par le décret 2002-1227 du 3 octobre 2002, les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Initialement réservés aux malades atteints par le VIH-VHC, ils sont désormais rendus accessibles, par la circulaire

DGAS/DGS/DSS/SDJ/2008 2 janvier 2008, aux personnes souffrant de maladies chroniques invalidantes.

35 ACT sont ouverts en Lorraine en 2011, 15 en Meurthe et Moselle et 20 en Moselle. Un appel à projets est lancé en 2012 pour la création de 12 ACT supplémentaires, dont 6 seront réservés à des personnes sortant de prison.

#### - Un Foyer d'Accueil Médicalisé

Il est à noter l'ouverture à Nancy en Meurthe et Moselle en septembre 2011 d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 30 places accueillant spécifiquement des personnes lourdement handicapées ou polyhandicapées en situation de grande précarité.

La mission du Foyer d'Accueil Médicalisé concerne l'accueil, l'hébergement et les soins de ces personnes auxquelles l'établissement propose un accompagnement social soutenu et adapté en vue de leur intégration sociale et citoyenne.

Ce projet est né du constat de l'inadaptation de la structure CHRS aux problèmes spécifiques lourds de santé physique et psychique posés par les personnes vivant dans la grande marginalité :

- L'état sanitaire catastrophique des personnes vivant dans la rue et/ou en situation de grande précarité,
- La quasi-absence de possibilités de réorientation, de ce public vers des structures dites de « droit commun » (EHPAD, SSR, FAM, FAS...)
- Le constat du morcellement et de la faible efficacité des réponses proposées pour le traitement des problématiques des personnes issues de la grande exclusion.

#### - les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)

En raison des problèmes constatés en matière de soins de longue durée de personnes en grande difficulté sociale, l'ARS Lorraine attend avec intérêt l'évaluation concernant l'expérimentation de LAM, initiée par le Ministère de la santé dans trois régions, pour s'inscrire, le cas échéant, dans cette nouvelle démarche et être en mesure de compléter l'offre médico-sociale existante dans la région pour la prise en charge des plus défavorisés.

#### Secteur médico-social : dispositifs spécifiques d'accès à la santé

Au 30 juin 2012	54	55	57	88	Région Lorraine
Lits Halte Soins Santé (LHSS)	ARS Nancy : 20 lits		Le Relais Metz: 5 lits AIEM Metz: 4 lits Horizon Stiring-Wendel : 6 lits		35 lits
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique 2011	ARS Nancy : 15 places		FOMAL Metz: 20 places		35 places
ACT : Appel à projets 2012		AMIE : 3 places		ADALI Habitat : 3 places	6 places
ACT sortant de prison Appel à projets 2012	ARS Nancy : 6 places				6 places
Foyer d'Accueil Médicalisé	ARS Nancy : 30 places				30 places

- **Les structures médico-sociales en addictologie** ne sont pas spécifiquement dédiées à un public en difficulté sociale, mais leur file active comprend pour une part importante un tel public.

**Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**, issus de la loi du 9 août 2004, s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

L'article R.3121-33-1 CSP fixe aux CAARUD les missions suivantes : l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues, l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...), le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers, le développement d'actions de médiation sociale.

Il existe 5 CAARUD en Lorraine : 2 à Nancy (gérés par AIDES et l'AGU), 2 à Metz (gérés par AIDES et le CMSEA) et un à Epinal (géré par l'AVSEA).

**Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**, créés par les décrets 2007-877 du 14 mai 2007 et du 24 janvier 2008, accueillent les personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives licites ou non avec pour missions: l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage, la réduction des risques liés à la consommation, la prise en charge médicale et psychologique, la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

11 CSAPA sont ouverts en Lorraine:

- 2 en Meurthe et Moselle : CSAPA alcool-toxicomanie, gérés par le CHU à Nancy et ALPHA-SANTE à Mont Saint-Martin
- 2 en Meuse : un CSAPA alcool géré par l'ANPAA 55 et un CSAPA toxicomanie géré par CENTR'AID à SAINT-MIHIEL
- 3 en Moselle : un CSAPA alcool géré par le CDPA en Moselle, un CSAPA toxicomanie géré par le CMSEA en Moselle et un CSAPA alcool- toxicomanie géré par le CHS de JURY (Baudelaire à Metz et à Thionville)
- 4 dans les Vosges : un CSAPA alcool-toxicomanie géré par l'ANPAA à Neufchâteau, un CSAPA alcool géré par la FMS à Epinal, Remiremont, Saint-Dié, un CSAPA toxicomanie géré par l'AVSEA La Croisée à Epinal, Remiremont, Saint-Dié et un CSAPA toxicomanie avec hébergement « les Hauts des Frères » à GERBEPAL.

#### - **Autres structures médico-sociales et sociales**

Il convient enfin de mentionner des dispositifs qui, sans être spécifiques, peuvent jouer un rôle important d'accompagnement de personnes âgées ou handicapées en situation de précarité dans leur démarche de soins :

- Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) ont pour objectif d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille. Il existe une MAIA à Nancy et à Metz et un projet de MAIA en Meuse et dans les Vosges.
- Les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés) : 318 places en Lorraine au 08 mars 2011 dont 308 en Meurthe et Moselle et 10 en Meuse
- Les SAVS (Services d'Aide à la Vie Sociale) : 1566 places en Lorraine au 08 mars 2011, dont 887 en Meurthe et Moselle, 37 en Meuse, 427 en Moselle et 215 dans les Vosges.

### C) La politique de la ville

La loi du 1 août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine prévoit qu'en vue de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement entre les territoires, l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics élaborent et mettent en œuvre des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles

L'article L 1435-1 CSP prévoit que l'Agence Régionale de Santé est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi du 1er août 2003 dans le domaine de la santé.

En Lorraine, 22 **Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)** ont été signés, soit :

- 4 en Meurthe et Moselle : (Grand Nancy, Longwy, Toul, Lunéville)
- 2 en Meuse : (Vallée de l'Ornain, Verdun)
- 13 en Moselle : (Forbach Porte de France, Agglomération du Val Fensch, Pays Naborien, Agglomération Portes France Thionville, Hombourg-Haut-Farebersviller-Freyding-Merlebach, Creutzwald, Guénange, Metz, Montigny-les-Metz, Moyeuvre-Grande, Sarrebourg, Sarreguemines, Woippy)
- 3 dans les Vosges : Epinal-Golbey-Chantraine, Remiremont, Saint-Dié.

La santé constitue une des thématiques prioritaires des CUCS. Les moyens mobilisés au titre des crédits de l'ACSé pour la mise en œuvre d'actions concernant la santé s'élevaient à 264 562 € en 2010 soit 100 019 € en Meurthe et Moselle, 46 140 € en Meuse, 89 003 € en Moselle et 29 700€ dans les Vosges.

Les **Ateliers Santé Ville (ASV)** constituent un outil spécifique de mise en œuvre des volets santé des CUCS, lieu de mobilisation et de concertation des acteurs et point de convergence entre deux politiques, fondé sur le volet santé de la politique de la ville et le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions. Les objectifs des ASV sont de favoriser l'accès à la prévention et aux soins et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé avec une méthodologie structurante :

- un diagnostic partagé
- une programmation annuelle des actions et des modes d'intervention
- la participation des habitants
- des actions produites et des actions induites
- une évaluation de l'ASV et des actions soutenues.

En Lorraine, 11 ASV sont identifiés et présentent des niveaux différents de mise en place et de développement :

- 5 en Meurthe et Moselle : Nancy-Haut-du-Lièvre, Nancy-Haussonville, Saint-Max-Malzéville (Quartier Saint-Michel Jéricho), Jarville la Malgrange, Vandoeuvre
- 2 en Meuse : Bar-le Duc et Verdun
- 2 en Moselle : Metz et Thionville
- 2 dans les Vosges : Epinal-Golbey-Chantraine et Saint-Dié.

### D) De nombreux acteurs et dispositifs

Au-delà des dispositifs et actions ci-dessus mentionnés, dans lesquels l'ARS de Lorraine est plus directement impliquée, de nombreux acteurs interviennent pour améliorer l'accès à la santé des plus démunis et seront mobilisés pour la mise en œuvre des actions du PRAPS :

- L'assurance Maladie (Régime général, MSA, RSI et les centres d'exams de santé)
- Les Caisses d'Allocations Familiales
- Les Conseils Généraux,
- Les communes, en particulier celles ayant mis en place un ASV, les CCAS
- Les établissements et services sociaux et d'insertion sociale et professionnelle (CHRS, CADA, maisons-relais, résidences sociales, missions locales...)
- Les professionnels de santé, les structures d'exercice coordonné, les réseaux de santé...
- Les associations de quartier, les associations caritatives
- Les services de l'Etat : DRJSCS, DDSCS(PP), DIRECCTE, PJJ...

Il convient de noter le travail de partenariat enclenché localement entre ces acteurs au sein de réseaux plus ou moins formalisés suivant les secteurs, souvent dénommés réseaux « santé précarité », qui ont été lancés dans le cadre de la dynamique soutenue par les premiers PRAPS.

Ces « réseaux informels » permettent aux acteurs d'un territoire de se rencontrer, d'échanger des informations sur leurs missions et leurs pratiques, de mutualiser des expériences et de définir des actions communes sur leur secteur géographique. Ils sont, par conséquent, de nature à optimiser la réponse de chacun des participants concernant l'accès à la santé des plus démunis.

Le maintien dans la durée de tels lieux d'échange est parfois difficile, il est dépendant de la mobilisation des acteurs et du temps que chacun peut y consacrer.

On peut citer, sans que cette liste soit exhaustive :

- le réseau Nancy Santé Précarité, sur l'agglomération nancéienne (54)
- le collectif « Prévention santé » à Toul (54)
- le réseau santé liaison sociale du Bassin de Pompey
- le réseau santé insertion du Barrois (55)
- la Charte UTOPIA (union territoriale pour une optimisation des pratiques inter-associatives) à Thionville (57)
- le GASS (groupe d'accompagnement social et de santé) à Metz (57)

## 7) Présentation du PRAPS de Lorraine

### A) Processus d'élaboration du PRAPS

- Diagnostic

Pour identifier la problématique de l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus démunis en Lorraine, différents types d'approche ont été conjugués :

- une enquête sur l'accès à la santé des populations en situation de précarité menée en Lorraine auprès d'acteurs institutionnels et associatifs de tous les secteurs concernés par l'accueil et la prise en charge de ce public.
  - une vingtaine de rencontres individuelles d'acteurs des champs de la santé, de la protection sociale, du secteur social, associatif pour compléter et illustrer les résultats de l'enquête régionale
  - une enquête sur le fonctionnement des PASS de la région menée dans le cadre de l'élaboration du volet « lutte contre l'exclusion » du SROS-PRS
  - la prise en compte des éléments de diagnostic réalisés pour l'élaboration des différents schémas du PRS concernant plus particulièrement le public visé par le PRAPS : schéma de prévention, schéma médico-social, volets du SROS-PRS addictologie, psychiatrie, détenus, périnatalité-enfance-adolescence, ambulatoire.
- Elaboration d'un cadre de travail recensant les actions qu'il conviendrait de mettre en œuvre au sein du PRAPS
  - Réunion le 21 octobre 2011 d'un groupe « expert » rassemblant des acteurs de tous les champs concernés, pour présentation et discussion du cadre de travail : DT-ARS, DRJSCS, DDSCS(PP), Conseils Généraux, Assurance Maladie, usagers, FNARS, ATD Quart Monde, Médecins du Monde, missions locales, professionnels de santé, établissements de santé, établissements médico-sociaux, collectivités locales, CCAS
  - Réunion entre le 14 novembre et le 2 décembre 2011 de groupes de travail en vue d'échanger sur le contenu des actions sur quatre thématiques :
    - Accès aux droits et au tiers-payant
    - Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité
    - Prise en compte par les professionnels de santé en ambulatoire des besoins spécifiques des personnes démunies
    - Prise en compte de la dimension santé au sein des établissements et services sociaux et des structures de quartier
  - Elaboration des fiches-action

## B) Contenu du PRAPS

Il ressort du diagnostic régional et des études nationales que les freins rencontrés par les personnes en situation de précarité aussi bien pour leur accès aux droits sociaux, préalable indispensable à l'accès aux soins, que pour l'entrée et le maintien dans une démarche de soins ou de prévention sont de même nature.

Ces freins sont fortement liés à la situation socio-économique des personnes qui ont d'importantes difficultés à se mobiliser pour leur santé et à entreprendre les démarches nécessaires pour l'accès aux droits et/ou aux soins. En effet, la santé n'est pas une priorité face au cumul de difficultés à surmonter dans la vie courante.

Par ailleurs, les personnels administratifs qui accueillent ces personnes, ceux qui les accompagnent dans le champ social et de l'insertion ainsi que les professionnels de santé peuvent être dérouterés par la prise en charge de ce public dont ils connaissent mal les difficultés particulières. Ces professionnels indiquent être démunis quant aux réponses à y apporter, par manque de connaissance des dispositifs et droits existants et en raison de l'insuffisance de liens existants entre les nombreux acteurs intervenant auprès de ce public.

Enfin, l'accès des personnes en situation de précarité aux établissements et dispositifs de soins ou de prévention peut être contrarié par de nombreux facteurs, tels que l'appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif (liée parfois à de mauvaises expériences antérieures), les difficultés de compréhension du système, la complexité des situations, sans oublier la barrière de la langue ou les problèmes d'accessibilité géographique.

Le PRAPS sera donc structuré autour des trois axes d'intervention suivants :

### **Axe 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité**

Le premier axe d'intervention du PRAPS porte sur les actions à mener avec les personnes en vue de :

- leur (re)donner envie de se soigner, c'est-à-dire de « prendre soin » d'elles,
  - restaurer leur confiance dans leur capacité à le faire,
  - leur donner les moyens d'adopter des comportements favorables à la santé,
  - lever les appréhensions pouvant exister vis-à-vis du système de santé, notamment en permettant l'accès à une information adaptée,
  - les accompagner, si nécessaire, dans leur démarche vers la prévention et les soins.
- 
- Fiche-action n°1 : Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention
  - Fiche-action n°2 : Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages destinés à la population générale
  - Fiche-action n°3 : Accompagnement des personnes en difficulté dans leur démarche vers la prévention et les soins
  - Fiche-action n°4 : Accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de prévention : vaccination, dépistage, bilans de santé.

### **Axe 2 : Actions auprès des professionnels de la santé, du secteur social et de la protection sociale**

Le deuxième axe d'intervention du PRAPS vise à donner aux professionnels de tous champs les moyens de prendre en compte les besoins particuliers des personnes en situation de précarité par des actions de sensibilisation et de formation à la problématique santé précarité. Il convient par ailleurs d'inciter les professionnels de la prévention et des soins à adapter leurs pratiques en vue de répondre à ces besoins spécifiques par la mise en œuvre d'actions volontaristes en direction des personnes pour qui l'accès à la santé n'est pas une priorité et par le développement du travail en partenariat et le décloisonnement des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.

- Fiche-action n° 5 : Sensibilisation et formation des professionnels à la problématique santé-précarité
- Fiche-action n° 6 : Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de précarité par les professionnels de santé en ambulatoire
- Fiche-action n° 7 : Développement de l'action hors les murs par les professionnels des établissements de soins et médico-sociaux
- Fiche-action n° 8 : Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs sociaux et de santé d'un territoire.

### Axe 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Le troisième axe d'intervention incite les établissements, organismes, associations et services de tous champs à définir une organisation interne qui, sans stigmatiser le public rencontrant des problèmes d'accès à la santé, permette de prendre en compte ses difficultés particulières et favorise ainsi l'accès aux droits sociaux, la mise en route des soins nécessaires, l'accès à la prévention et la continuité du parcours de santé entre les différents dispositifs de santé ou médico-sociaux pouvant être sollicités.

Il est important que les mesures prises ou les dispositifs spécifiques ainsi mis en place soient visibles et largement connus du public et de tous les acteurs afin qu'ils puissent donner la pleine mesure de leur efficacité.

Le PRAPS cible trois types de structures suivant le public accueilli :

- Les établissements et services accueillant tous publics
  - Fiche-action n° 9 : Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre au sein des organismes d'assurance maladie
  - Fiche-action n° 10 : Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des personnes en situation de précarité
- Les établissements et services du domaine social et de l'insertion
  - Fiche-action n° 11 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion
- Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »
  - Fiche-action n° 12 : Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs « passerelles vers les soins » (PASS, EMPP, LHSS, ACT...) pour l'accès à la santé des personnes les plus défavorisées.

#### C) Levers pour la mise en œuvre du PRAPS

Le PRAPS est porteur d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'ARS. L'accès à la prévention et aux soins repose sur des actions et dispositifs visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins.

Le PRAPS fixe des objectifs et définit des bonnes pratiques de nature à permettre un réel accès à la santé des personnes en situation de précarité.

Il offre un cadre commun d'action à l'ensemble des acteurs engagés dans le soutien et l'accompagnement des personnes dans leur cheminement vers la santé.

Plutôt que de créer des services ou structures supplémentaires, il importe davantage **pour chacun des acteurs impliqués** de :

- faire évoluer les mentalités
- adapter les pratiques professionnelles et institutionnelles
- développer les partenariats et les collaborations
- donner de la visibilité à l'ensemble des dispositifs et pratiques déjà mis en place pour favoriser l'accès à la santé des plus démunis.

Au niveau de l'ARS de Lorraine, la mise en œuvre du PRAPS ne fait pas l'objet de fonds spécifiques mais s'inscrit dans les différentes sources de financement existantes.

L'Agence Régionale de Santé utilisera différents leviers pour permettre l'atteinte des objectifs visés :

- fixation, au sein des conventions et contrats liant l'ARS aux établissements et services des secteurs de la santé et du médico-social, d'objectifs spécifiques relatifs à la prise en compte de la précarité au sein de ces structures et l'évaluation de l'atteinte des objectifs.

Sont concernés par exemple, les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) conclus avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé, les centres de santé ou les conventions annuelles de financement de différents dispositifs tels que les Centres de vaccination, CIDDIST, CDAG, CLAT, structures de gestion des dépistages organisés des cancers, les contrats ARS-Assurance Maladie...

- procédure réglementaire d'appel à projets pour la mise en place de dispositifs spécifiques d'accès à la santé ou de places nouvelles du secteur médico-social (LHSS, ACT) ou sanitaire (PASS, équipes mobiles précarité), dans la limite des enveloppes financières pouvant être mobilisées par l'ARS de Lorraine à cet effet
- subventionnement d'actions de promotion de la santé et de prévention au moyen de l'enveloppe annuelle de crédits « promotion de la santé-prévention »
- appel au volontariat pour mener des expérimentations sur un territoire, en vue d'en mutualiser ensuite les résultats à d'autres secteurs.

La mise en œuvre du PRAPS relèvera également de la volonté de chacun des acteurs d'agir dans son champ de compétence et de collaborer avec les autres acteurs impliqués:

- organisations et professionnels concernés par les trois schémas du Projet Régional de Santé : Schéma Régional de l'Organisation des Soins (hospitalier et ambulatoire), Schéma Régional Médico-social, Schéma Régional de Prévention,
- services de l'Etat : DRJSCS, DDCS(PP), délégués territoriaux de l'ACSé, DIRECCTE, PJJ...
- organismes d'Assurance Maladie,
- associations et organismes de la cohésion sociale, de l'intégration des personnes immigrées
- collectivités locales
- représentants d'usagers.

Des copilotes, représentant ces diverses institutions, seront sollicités pour impulser, en lien avec l'ARS, la mise en œuvre opérationnelle des actions définies dans le PRAPS.

#### D) Mise en œuvre territoriale du PRAPS

Il est constaté des disparités dans la région entre les territoires, s'agissant aussi bien des publics pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux soins que des réponses qui y sont apportées, en termes de dispositifs présents sur le territoire, de fonctionnement de ces dispositifs et de pratiques des acteurs mobilisés par l'approche du public concerné par le PRAPS.

Les travaux préparatoires du PRAPS ont mis, par ailleurs, en évidence, un manque de connaissance réciproque des nombreux acteurs intervenant auprès d'un même public sur un territoire et le déficit de coordination entre eux, source de rupture dans les parcours de soins des personnes le plus en difficulté.

Dans une perspective d'opérationnalité, il sera donc nécessaire, une fois le PRAPS arrêté, de le décliner à un niveau territorial ou infra départemental, tel que, par exemple, celui des 13 secteurs d'animation territoriale de l'ARS :

- en Meurthe et Moselle : Grand Nancy, Lunéville-Val de Lorraine, Toul-Briey-Longwy
- en Meuse : Territoire Nord et Territoires Sud
- en Moselle : Metz, Thionville, Sarrebourg-Saulnois, Sarreguemines, Bassin Houiller
- dans les Vosges : Ouest Vosgien, Vosges Centrales-Pays de Remiremont, Est Vosgien.

Les conférences de territoire pourront être associées aux travaux menés localement.

Il conviendra sur chacun des secteurs :

- d'identifier les freins et les leviers propres au territoire concerné
- de solliciter les acteurs des champs de la santé, du médico-social, du social et de l'accès aux droits pouvant être impliqués dans l'accès à la santé des populations en situation de précarité
- de s'appuyer sur les dynamiques de coordination existantes ou de développer le partenariat pour travailler à une déclinaison territoriale des différentes fiches-actions du PRAPS en partant des particularités du secteur concerné, de ses forces et de ses faiblesses, en vue d'aboutir à l'élaboration d'une feuille de route définissant des objectifs d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins et les modalités de mise en œuvre définies sur le territoire pour atteindre ces objectifs.

Dès 2012, l'ARS de Lorraine a prévu de rencontrer et de développer un travail de fond avec chacun des dispositifs spécifiques d'accès à la santé (PASS, EMPP, LHSS, ACT), en vue d'améliorer leur lisibilité interne et externe et leur articulation avec les professionnels et institutions de leur circonscription géographique. L'ARS va également mener un travail avec les structures de gestion de dépistage organisé des cancers ainsi qu'avec les Centres de Vaccination et les CIDDIST pour les inciter à développer une action spécifique vers les populations les plus éloignées des soins.

Ces objectifs et axes de travail pourront être déclinés localement au sein de contrats locaux de santé passés entre l'ARS de Lorraine et les collectivités locales volontaires dans la perspective de mobiliser les acteurs et de consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun.

#### E) Pilotage et suivi du programme

Le pilotage, la mise en œuvre et le suivi du programme sont confiés, au sein de la Direction « Ambulatoire et Accès à la Santé », au référent « lutte contre l'exclusion », avec l'appui de la Conseillère Technique en Service Social de l'ARS de Lorraine.

Un Comité de Pilotage du PRAPS de Lorraine sera mis en place, composé de :

- la direction de la stratégie de l'ARS
- les directions thématiques de l'ARS qui conduisent les politiques régionales en matière d'offre de soins hospitalière et ambulatoire, d'offre médico-sociale, de prévention et de gestion du risque
- les délégations territoriales de l'ARS, implantées dans chacun des 4 départements de la région, chargées de l'animation territoriale et de l'interface avec les acteurs locaux.
- les copilotes des fiches-actions :
  - Services de l'Etat : DRJSCS, DDCS(PP), délégués territoriaux de l'ACSé, PJJ
  - Collectivités territoriales : Conseil Régional, Conseils Généraux
  - Assurance Maladie : CPAM, MSA, RSI, CARSAT, DRCGDR, et URMFL
  - URPS : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes
  - Fédérations régionales d'établissements : FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS, CREAHI
  - Associations régionales : ATD Quart Monde, FNARS, AMILOR

Il s'agira de :

- assurer l'articulation du PRAPS avec les schémas et les autres programmes de santé
- veiller à la déclinaison opérationnelle du programme en définissant un programme de travail annuel, dans le respect des objectifs énoncés et en s'appuyant sur les compétences et dynamiques de santé présentes sur les territoires
- impulser la mise en œuvre du PRAPS par chacun des acteurs dans son champ d'intervention
- accompagner sur les territoires et localement la mise en œuvre du PRAPS
- mobiliser les compétences et les moyens financiers
- procéder à un suivi régulier de la mise en œuvre du PRAPS.

Dans la perspective d'aide à l'opérationnalité des actions, certaines fiches-action comprennent des indications de modalités de mise en œuvre pour les promoteurs de ces actions ainsi que des exemples d'indicateurs pouvant être recueillis pour évaluer les actions.

L'ARS de Lorraine propose que les actions définies et mises en œuvre chaque année en application du PRAPS pour améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de précarité en Lorraine, aux différents niveaux d'intervention (ARS, institutions copilotes, acteurs locaux) fassent l'objet du remplissage d'une fiche opérationnelle « PRAPS » (voir modèle en annexe), ce qui permettra de rendre visible et de suivre la mise en œuvre du PRAPS dans la région.

Les modalités d'évaluation du PRAPS s'inscrivent par ailleurs dans la démarche globale de suivi et d'évaluation du Projet Régional de Santé de Lorraine et, dans ce cadre, un à deux indicateurs ont été sélectionnés par fiche-action.

## 8) Fiches-action

Liste des fiches-action	Lien avec les schémas
<b>Axe d'intervention 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité</b>	
<p><b>Fiche action 1 : Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention</b> Page : 34</p>	<p><u>Schéma de prévention</u> : Promouvoir des modes de vie et milieux favorables à la santé, accompagner l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables à la santé (jeunes et groupes les plus vulnérables) : P1-O1 (cancer) P2-O1(MCV), P3-O1 (BPCO), P4-O1 (Surpoids et obésité), P5-O1 (santé mentale, suicide), P6-O1 (VIH-SIDA) P8-O1-O3 Améliorer l'accès des patients à l'éducation thérapeutique <u>SROS-PRS volet addictologie</u> D1-O2 Favoriser la non-consommation et retarder la primo-consommation en développant des actions ciblées sur les populations à risque D1-O3 Aider les personnes en situation de précarité et leur entourage à adopter des comportements plus favorables à leur santé dans le cadre d'une démarche participative <u>Schéma médico-social Axe 1</u> : M1 –O2 déclinaison territoriale des campagnes nationales de prévention des accidents du jeune enfant, avec une attention particulière pour les populations qui accèdent difficilement à l'information M1- O4 sensibiliser les personnes vulnérables (dont PA-PH) à prendre soin de leur santé et permettre l'accès et promouvoir leur participation à des actions de promotion, de d'éducation pour la santé et de prévention adaptées</p>
<p><b>Fiche action 2 : Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages généralistes</b> Page : 37</p>	<p><u>SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion</u> H25-O1 mission des PASS d'aide à l'ouverture des droits <u>Volet santé des personnes détenues</u> : H24 –O4, informer les détenus de leurs droits <u>Volet psychiatrie santé mentale</u> : H1-O5 informer les usagers sur leurs droits <u>Schéma médico-social Axe 2</u> : M12- O 1 informer de manière adaptée les personnes en précarité (dont PA et PH) sur le système de santé et de droits sociaux</p>
<p><b>Fiche action 3 : Accompagnement des personnes en situation de précarité dans leur démarche vers la santé</b> Page : 39</p>	<p><u>SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion</u> H25-O1 et O2 mission des PASS d'accompagnement vers les soins somatiques et dentaires <u>Volet psychiatrie santé mentale</u> : H1-O2 : renforcer l'accompagnement du patient dans la cité <u>Volet addictologie</u> : D1-O3 soutenir la mise en place d'actions d'éducation et d'accompagnement à la santé, information et formation des personnes en situation de précarité en vue de développer les capacités de faire des choix favorables <u>Volet Maladies chroniques</u> : H4-O2 Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique, un plan d'accompagnement personnalisé <u>Schéma Médico-social Axe 1</u> : M1- O1 veiller à l'accompagnement global (accès aux droits, aux soins, à la</p>

	<p>prévention, projet de vie) des futures mères isolées pour lesquelles les départements ont compétence en matière d'accueil et d'hébergement</p> <p>Axe 2 M12- O1 : accompagner les personnes en précarité (dont PA et PH) dans leurs démarches vers les soins</p>
<p><b>Fiche action 4 : Amélioration de l'accès des personnes des personnes en situation de précarité aux dispositifs de prévention : vaccinations, dépistage, bilans de santé</b></p> <p>Page : 43</p>	<p><u>Schéma de prévention</u></p> <p>Encourager le dépistage des cancers P1-O2, promouvoir le dépistage du risque cardio-vasculaire P2-O2, de la BPCO P3-O2, du surpoids et de l'obésité chez l'enfant P4-O2</p> <p>P6-O2 Rendre visible l'offre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, CIDDIST et CPEF)</p> <p>P7-O2 Adapter les stratégies de vaccination aux populations vulnérables et améliorer la lisibilité des centres de vaccination</p> <p><u>SROS-PRS Volet santé des personnes détenues</u> : H24-O3 promouvoir l'accès aux vaccinations, aux dépistages VIH-IST, hépatites et cancers.</p> <p><u>volet lutte contre l'exclusion</u> : H25-O1 relais des PASS vers d'autres lieux de soins ou de prise en charge adaptés</p>
<p><b>Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale</b></p>	
<p><b>Fiche action 5 : Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité</b></p> <p>Page : 45</p>	<p><u>SROS-PRS volets addictologie</u>, D1-O6 : améliorer la connaissance des dispositifs et des différents acteurs du territoire dans une perspective de meilleure articulation entre eux, D1-O1 Développer le repérage précoce des pratiques addictives et les stratégies d'intervention précoce (destinées à augmenter la prise de conscience et la motivation des personnes en difficulté), par l'ensemble des professionnels de 1er recours concernés (professionnels de santé, mais aussi, travailleurs sociaux, éducateurs et animateurs sportifs.. ....) par le biais de formations au repérage et de mise à disposition d'outils,</p> <p><u>Volet psychiatrie santé mentale</u> H1-O5 rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les autres professionnels de santé</p> <p><u>Volet lutte contre l'exclusion</u> H25-O1 rôle de référent de la PASS au sein de l'établissement hospitalier concernant les difficultés particulières des personnes en situation de précarité</p> <p><u>Volet AVC</u> H3-O6 : amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels, développer les formations des professionnels sociaux et médico-sociaux</p> <p><u>Schéma de prévention-santé-environnement</u> : P9-O3 former des relais de proximité (surtout en lien avec les publics fragiles) aux risques santé-environnement</p>
<p><b>Fiche action 6 : Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de précarité par les professionnels de santé en ambulatoire</b></p> <p>Page : 48</p>	<p><u>SROS-PRS volets ambulatoire</u>, A2 – O1 : sensibiliser les professionnels aux difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes vulnérables et intégrer une dimension sociale dans les services de santé (centres de santé, MSP, Pôle de santé, réseaux de santé) en développant le partenariat avec les structures existantes(CCAS, CPAM, PASS...); A4-O1 inclure la problématique de la prise en charge des personnes vulnérables dans les projets de santé des MSP, Centres de Santé, Pôles de santé et des réseaux de santé</p>

<p><b>Fiche action 7 : Développement de l'action hors les murs par les professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux</b> Page : 50</p>	<p><u>SROS-PRS Volet addictologie</u>, D1- O5 : préciser et formaliser les modes de collaboration entre les CSAPA et les partenaires extérieurs <u>Volet psychiatrie santé mentale</u> : H1-O1 réaffirmer le rôle hors les murs des équipes soignantes <u>Volet lutte contre l'exclusion</u> : H25-O3 conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie</p>
<p><b>Fiche action 8 : Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs de santé et sociaux d'un territoire</b> Page : 52</p>	<p><u>SROS-PRS volet ambulatoire</u> : A4-O1 : encourager la coordination des professionnels de santé notamment pour la prise en charge des personnes vulnérables et veiller à la poursuite des réseaux informels santé -précarité <u>Volet addictions</u> : D1-O5 collaboration entre CSAPA et partenaires extérieurs ; D1-O9 développer les coordinations entre dispositifs de ville, sanitaire, médico-social et social <u>Volet psychiatrie santé mentale</u> : H1-O2 : renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge, limiter les ruptures de soins <u>Volet lutte contre l'exclusion</u> : H25-O1 établissement de relations formalisées de la PASS avec ses partenaires extérieurs <u>Volet maladies chroniques</u> : H4-O3 éviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire <u>Volet prise en charge des enfants et des adolescents</u> : H6 – O2, <u>volet périnatalité</u> H16-O4 ; <u>schéma médico-social Axe 1</u> M1-O1 généraliser les staffs médico-psycho-sociaux à l'initiative des maternités, en lien avec les PMI, articulation avec les acteurs sociaux</p>
<p><b>Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives</b></p>	
<p>➤ Les établissements et services accueillant tous publics</p> <p><b>Fiche action 9 : Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre par les organismes de protection sociale</b> Page : 55</p>	<p><u>SROS-PRS volet santé des personnes détenues</u> : H24-O4 organiser l'articulation entre établissements pénitentiaires, CPAM et établissements de santé en ce qui concerne l'assurance maladie <u>Volet lutte contre l'exclusion</u> : définition de procédures ou de protocoles de liaison avec les partenaires (Assurance Maladie...)</p>
<p><b>Fiche action 10 : Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des personnes en situation de précarité</b> Page : 57</p>	<p><u>SROS-PRS volet addictologie</u> : D1- O7 améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs (adaptation et diversification de l'offre de soins et d'hébergement médico-social, accès rapide aux dispositifs, articulation des services), D1-O9 organiser le passage de relais à la sortie de l'hôpital, développer le concept de référent unique <u>Volet psychiatrie</u> : H1- O1 améliorer l'efficacité des CMP (augmentation des amplitudes horaires d'ouverture, réduction des délais de 1<sup>er</sup> rendez-vous...) <u>Volet lutte contre l'exclusion</u> : H25-O1 mise en œuvre du socle minimum d'exigence de fonctionnement des PASS <u>Volet santé des détenus</u> : H24- O1 élaborer un projet médical pour chaque UCSA, H24-O2 Améliorer la prise en charge psychiatrique en UCSA</p>

	<p><u>Schéma Médico-social Axe 2 M12-O1:</u> prendre en compte les besoins et difficultés particulières des personnes vulnérables au sein des établissements, services, dispositifs administratifs de santé et médico-sociaux</p>
<p>➤ Les établissements et services du domaine social et de l'insertion</p> <p><b>Fiche action 11 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion</b> Page : 60</p>	<p><u>SROS-PRS volet addictologie</u>, D1-O5 préciser et formaliser les modes de collaboration avec les partenaires extérieurs, D1- O7 améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs (conventions CSAPA-CHRS)</p> <p><u>Volet psychiatrie santé mentale</u> H1- 09 : renforcer les articulations avec le champ médico-social et social par des interventions de professionnels de la psychiatrie dans les structures(...)</p> <p><u>Volet lutte contre l'exclusion</u> H25-O1: établissement de relations formalisées avec les partenaires sociaux des PASS</p> <p><u>Volet chirurgie dentaire</u> : H5-O2 améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité, mettre en place des actions de sensibilisation et d'information auprès des établissements sociaux et des partenaires œuvrant dans le domaine social</p>
<p>➤ Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »</p> <p><b>Fiche action 12 : Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs passerelles pour l'accès à la santé des personnes les plus éloignées des soins : PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT</b> Page : 62</p>	<p><u>SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion</u> : H25-O1 permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, l'accès effectif à une PASS assurant l'accueil, l'accompagnement et la coordination avec les acteurs locaux ; H25-O2 accès aux soins dentaires ; H25-O3 conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie</p> <p><u>Volet maladies chroniques</u> : H24-O2 sensibiliser les acteurs du champ médico-social au fait que certaines structures telles que les Appartements de Coordination Thérapeutique peuvent correspondre aux besoins de patients atteints de maladies chroniques</p> <p><u>Volet Chirurgie-dentaire</u> : H5-O2, renforcer le rôle de la PASS dentaire de Metz, créer une PASS dentaire à Nancy</p>

## Axe d'intervention 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité

<b>Fiche action 1</b>	<b>Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention</b>
-----------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté du public à s'inscrire dans un processus d'accès à la santé et, en particulier, à la prévention, pour de multiples raisons :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent faire face aux besoins vitaux essentiels (hébergement, besoins alimentaires...).</li> <li>- La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un sentiment de dévalorisation, un manque de confiance en soi, un déficit de compétences psychosociales</li> <li>- « Prévention sous entend prévenir » : la question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et loin des réalités du quotidien, les publics les plus fragilisés ne trouvent pas d'intérêt à prévenir les risques, ni de sens à des actions de prévention.</li> </ul> </li> <li>• Difficulté à faire passer auprès du public les messages de promotion de la santé : Les modalités des campagnes ou des actions de prévention « tout public » sont inadaptées aux personnes vulnérables qui n'y sont pas réceptives du fait :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une conception très descendante des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et les préoccupations des personnes,</li> <li>- du manque de clarté des messages, de la multitude d'informations et de leur illisibilité, de l'inadaptation des supports pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme,</li> <li>- d'une implication limitée et d'une insuffisance de participation active du public-cible à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions menées.</li> </ul> </li> </ul>	

<b>Objectif</b>	
<p><u>Objectif général</u> : Permettre à toute personne en situation de précarité un accès à des actions de promotion de la santé et de prévention de qualité</p> <p><u>Objectifs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre aux personnes de travailler sur leur représentation de la santé</li> <li>- Développer les compétences et les capacités des personnes à (re)devenir actrices de leur santé</li> <li>- Favoriser l'implication des personnes et des groupes de personnes dans les actions de promotion et d'éducation pour la santé, la compréhension des messages et leur appropriation</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Les publics en situation socio-économique difficile <b>et</b> pouvant cumuler des facteurs de vulnérabilité tels que l'isolement, l'atteinte de maladies chroniques ou de pathologies mentales, le grand âge, le handicap, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales...)</li> <li>- habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville</li> <li>- accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire</li> <li>- détenues ou sous main de justice, jeunes suivis par la PJJ</li> <li>- bénéficiaires du RSA</li> <li>- suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...)</li> </ul>	

Actions associées	Libellé
Action n°1-1	Mise en place d'actions individuelles (entretiens, discussions informelles...) et collectives (séances d'information, groupes de paroles...) sur les représentations de la santé, des prises de risque, du rapport au corps, du rapport à la maladie...
Action n°1-2	Mise en place d'actions visant à développer l'estime de soi et les compétences psychosociales, dès le plus jeune âge. <i>Liste des compétences psychosociales établie par l'OMS :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Savoir résoudre les problèmes - savoir prendre des décisions</i></li> <li>- <i>Avoir une pensée créatrice - avoir une pensée critique</i></li> <li>- <i>Savoir communiquer efficacement - être habile dans les relations interpersonnelles</i></li> <li>- <i>Avoir conscience de soi - avoir de l'empathie pour les autres</i></li> <li>- <i>Savoir gérer son stress - savoir gérer ses émotions</i></li> </ul>
Action n°1-3	Mise en place d'actions individuelles et collectives de promotion de la santé adaptées aux besoins particuliers des personnes démunies en vue de l'adoption de comportements favorables à la santé, en priorité sur les thématiques de prévention : alimentation et activités-physiques, addictions, vie affective et sexuelle, toujours en partant des préoccupations des personnes et en abordant la santé dans sa globalité par la notion de « bien-être » plutôt que par la lutte contre des pathologies
Action n°1-4	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique aux populations les plus défavorisées, avec une démarche prenant en compte leurs facteurs de vulnérabilité et s'inscrivant dans le quotidien des personnes afin de les guider dans la modification souhaitée des comportements
<i>Modalités préconisées de mise en œuvre d'actions de promotion et d'éducation pour la santé adaptées</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>implication des usagers dans toutes les étapes de l'action (construction du programme, élaboration des messages, évaluation)</i></li> <li>- <i>actions de proximité menées dans des lieux bien connus des participants</i></li> <li>- <i>appui sur des relais à même de motiver leurs pairs à l'intérêt de participer à des actions de prévention</i></li> <li>- <i>inscription des actions dans la durée pour que les publics prennent confiance en eux et parviennent à exprimer leurs besoins, les questions de santé ne pouvant pas toujours facilement être abordées d'emblée.</i></li> <li>- <i>actions réalisées en petits groupes</i></li> <li>- <i>définition d'objectifs simples et précis, concrets, en lien avec les besoins fondamentaux des personnes et inscrits dans une perspective d'insertion sociale durable</i></li> <li>- <i>messages adaptés au niveau de compréhension du public : sélection de quelques messages-clé à faire passer, mots simples, support d'images ou de schémas, traduction pour les personnes étrangères,</i></li> <li>- <i>messages adaptés aux besoins du public : information liée aux aspects concrets de la vie courante, évitant les connotations moralisatrices ou culpabilisantes, s'appuyant sur les bénéfices individuels et familiaux attendus</i></li> <li>- <i>profiter de circonstances particulières où se trouve le public, pour apporter le bon message au bon moment (par exemple, information tabac pour les futures mamans)</i></li> <li>- <i>interventions interactives (échanges, mises en situation, ateliers pédagogiques) privilégiées à des exposés ou monologues</i></li> <li>- <i>élaboration d'actions à caractère ludique, attrayant et convivial permettant d'associer le plaisir à l'action</i></li> <li>- <i>utilisation de moyens de communication innovants (outils multimédia et nouvelles technologies) en particulier en direction des jeunes</i></li> </ul>

Conditions favorables à la mise en œuvre des actions de promotion et d'éducation pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- établissement d'un lien de confiance entre les accompagnants et le public-cible permettant d'engager le dialogue sur les questions de santé, de lever les appréhensions vis-à-vis du système de santé et de rendre crédibles les messages délivrés</li> <li>- démarche menée dans la durée</li> <li>- bonne connaissance du public et de ses besoins par les intervenants,</li> <li>- implication et compétence des intervenants</li> <li>- implication des structures support dans les démarches de santé</li> <li>- travail en réseau entre partenaires locaux de tous champs</li> <li>- mise en œuvre de solutions de transport pour les personnes éloignées des dispositifs, en particulier en milieu rural</li> </ul>
Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les promoteurs d'action de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- typologie des usagers impliqués dans la démarche de l'action de promotion de la santé : dans la conception de l'action, dans l'élaboration des messages, dans la conception de l'évaluation de l'action...</li> <li>- implication de pairs ayant servi de relais à l'action</li> <li>- personnes ayant modifié leurs représentations de la santé</li> <li>- personnes ayant développé leurs capacités à prendre en charge leur santé</li> <li>- personnes ayant modifié leur comportement</li> <li>- typologie des actions : nature d'interventions favorisant les échanges</li> <li>- durée de l'action, phases de déroulement du programme...</li> </ul>
<b>Copilotage des actions</b>	ARS DRJSCS
<b>Partenaires pressentis</b>	Tous organismes accueillant des personnes en situation de précarité : établissements sociaux et d'insertion, structures de quartier, collectivités locales, associations, PJJ, établissements de santé et médico-sociaux... Organismes prestataires d'actions de prévention et d'actions de promotion de la santé Organismes agréés pour la réalisation de programmes d'éducation thérapeutique Assurance Maladie : CPAM, MSA, RSI, CARSAT

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	<p>Intégration des modalités préconisées de mise en œuvre des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les cahiers des charges des actions financées par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARS de Lorraine, crédits de santé publique</li> <li>- FICQS</li> <li>- ACSé</li> <li>- Collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux, communes...)</li> <li>- MILDT</li> </ul> </li> <li>- dans le contrat ARS - Assurance Maladie</li> </ul> <p>Formation à la méthodologie de projets de promotion de la santé</p>
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Conception d'actions individuelles ou collectives sur les représentations, sur les compétences psycho sociales, sur des thématiques de prévention et d'éducation thérapeutique respectant les modalités préconisées de mise en œuvre	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Pourcentage d'actions de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique menées auprès d'un public en situation de précarité respectant les modalités préconisées de mise en œuvre	

## Axe d'intervention 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité

<b>Fiche action 2</b>	<b>Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages généralistes</b>
-----------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
<p>La méconnaissance par les personnes en situation de précarité des dispositifs de couverture sociale est un des obstacles à l'accès aux droits sociaux, constitutif d'un frein financier à l'accès aux soins. Il est constaté ainsi, au niveau national, un taux de non-recours à la CMU-C qui s'élève à 20 % des personnes potentiellement bénéficiaires de ce droit.</p> <p>La méconnaissance porte sur le système de Sécurité Sociale (coût et remboursement des soins), sur les droits spécifiques attribués aux personnes les plus défavorisées (CMU-C, AME...), sur les démarches à accomplir pour les obtenir, sur l'intérêt d'une complémentaire santé et les modalités d'adhésion, sur les aides financières existantes (ACS, autres aides financières) et sur les dispositifs pouvant apporter une aide à l'ouverture des droits.</p> <p>La complexité du système de droits sociaux rend d'autant plus impérieuse la nécessité de délivrer une information pertinente aux destinataires de ces droits et, en particulier, aux jeunes en rupture sociale qui ont très peu de connaissances sur ces dispositifs.</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à une information adaptée sur le système de santé, les droits sociaux et les complémentaires santé</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les connaissances et faire évoluer les représentations sur les droits sociaux des professionnels et bénévoles « relais d'information » auprès des personnes vulnérables</li> <li>- Développer le partage des supports d'information adaptés existants dans la région</li> <li>- Améliorer les représentations et les connaissances des personnes en situation de précarité sur le système de santé, les droits sociaux et les complémentaires santé</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Les publics en situation socio-économique difficile <b>et</b> pouvant cumuler des facteurs de vulnérabilité tels que l'isolement, l'atteinte de maladies chroniques ou de pathologies mentales, le grand âge, le handicap, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....)</li> <li>- habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville</li> <li>- accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire</li> <li>- détenues ou sous main de justice, jeunes suivis par la PJJ</li> <li>- bénéficiaires du RSA</li> <li>- suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...)</li> </ul>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°2-1	<p>Elaboration de documents destinés à servir de supports aux actions d'information sur les droits sociaux, sur la couverture maladie complémentaire et sur le système de santé (médecin traitant...):</p> <p><i>Modalités : élaboration avec le public-cible de documents d'information tels que des dépliants, affiches, expositions, comprenant des termes compréhensibles, des pictogrammes, des formes attrayantes, traduits si besoin en plusieurs langues....</i></p>
Action n°2-2	Mise à disposition des acteurs réalisant des actions d'information, de documents d'information adaptés existants dans la région, au moyen d'un site internet par exemple

Action n°2-3	Diffusion d'information sur les droits sociaux aux professionnels des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures d'insertion, des CCAS, des Conseils Généraux, aux associations de quartier, aux professionnels de santé ambulatoires (pharmaciens, médecins, IDE), aux adultes-relais... qui constituent des relais d'information auprès du public-cible, par des moyens à déterminer : site internet, lettre d'information de la CPAM, rencontres territorialisées des acteurs, actions d'information des organismes de protection sociale auprès des professionnels, des bénévoles des associations caritatives et dans les centres de formation (IRTS, IFSI....)	
Action n°2-4	Réalisation d'actions individuelles ou collectives d'information sur les droits sociaux, les complémentaires santé et le système de santé, dans les lieux de vie des personnes (CHRS, résidences sociales) ou dans des endroits qu'elles ont l'habitude de fréquenter (missions locales, épiceries sociales, associations de distribution alimentaire, associations de quartier, structures sociales et de santé...), par des professionnels spécialisés (CPAM, PASS, mutuelles...) ou par des personnels de la structure organisant l'action d'information.  <i>Modalités : Il peut être important, pour la réussite de ces actions, de profiter de la réunion du public autour d'autres sujets pour aborder ces questions qui peuvent être difficilement mobilisatrices en elles-mêmes.</i>	
Action n°2-5	Tenue de permanences d'information par des organismes spécialisés dans l'ouverture des droits (CPAM, PASS, Associations...) dans des lieux accueillant un public vulnérable (CCAS, CHRS, associations caritatives, centres sociaux, missions locales, résidences sociales...)	
<i>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les promoteurs d'actions d'information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Typologie d'informations diffusée aux personnes-relais d'information</li> <li>- Typologie des personnes-relais ayant bénéficié de la diffusion d'information</li> <li>- Implication des personnes dans la conception et la mise en œuvre d'actions d'information sur le système de droits sociaux</li> <li>- Nombre et typologie des publics ayant bénéficié d'information sur les droits</li> <li>- Nombre et typologie des documents d'information adaptés utilisés et/ou créés en support à des actions d'information</li> <li>- Connaissances acquises par les publics ayant bénéficié d'actions d'information sur les droits</li> <li>- Evolution des représentations des personnes sur le système d'accès aux droits</li> <li>- Implication de pairs dans la diffusion de l'information</li> </ul>	
<b>Copilotage des actions</b>	ARS CPAM, MSA, URMFL	
<b>Partenaires pressentis</b>	Tous acteurs impliqués dans l'accompagnement et l'information des personnes en situation de précarité	
<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Contrat ARS-Assurance Maladie Formalisation des coopérations entre Assurance Maladie et acteurs impliqués dans l'accompagnement et l'information des personnes en situation de précarité	
<b>Résultat attendu</b>	Amélioration de l'autonomie des populations en situation de précarité dans les démarches administratives et dans la valorisation de leurs droits	
<b>Indicateur d'évaluation</b>	<p>Nombre de documents d'information adaptés sur les droits sociaux partagés au niveau régional</p> <p>Nombre d'actions d'informations menées par des CPAM dans des lieux accueillant des personnes en situation de précarité (permanences, séances d'information...)</p>	Indicateur n°

## Axe d'intervention 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité

<b>Fiche action 3</b>	<b>Accompagnement des personnes en situation de précarité dans leur démarche vers la santé</b>
-----------------------	--

<b>Justification de l'action</b>
<p>L'absence de démarche de soins ou de prévention ou d'accès aux droits, le renoncement aux soins peut résulter d'une pluralité de facteurs liés à la situation de pauvreté ou de précarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation de fort isolement, de grande détresse et/ou de souffrance mentale</li> <li>- Absence de motivation à entamer une démarche de soins, face aux difficultés financières et matérielles de la vie courante</li> <li>- Dénier ou minimisation des problèmes de santé, en particulier, négation de problèmes de santé mentale ou de dépendance</li> <li>- Difficulté à se projeter dans le temps, à programmer des soins et à les poursuivre, à anticiper le renouvellement des droits</li> <li>- Difficulté de repérage dans le système complexe de santé et d'ouverture des droits</li> <li>- Peur du monde médical, des soins à effectuer (soins dentaires en particulier), peur des résultats d'examen ou de dépistage qui pourraient révéler une pathologie</li> <li>- Représentation négative du système de santé pouvant faire suite à des expériences passées mal vécues ou incomprises, image négative de certains professionnels de santé (psychiatres, gynécologues...)</li> <li>- Indifférence aux démarches, absence d'intérêt pour la question de l'assurance maladie de base et complémentaire tant que les personnes ne sont pas malades, l'ouverture des droits se faisant souvent dans l'urgence lors d'une hospitalisation ou d'un évènement autre de la vie : maternité, incarcération, entrée dans un CHRS, dans une démarche d'insertion ou de formation...</li> <li>- Eloignement géographique des dispositifs de prévention et de soins</li> <li>- Barrière de la langue</li> <li>- Freins culturels ou religieux.</li> </ul> <p>Il est donc nécessaire que les professionnels et bénévoles en lien avec les personnes en grande difficulté prennent en compte ces facteurs pouvant entraîner des renoncements aux soins et s'organisent pour apporter aux personnes un soutien dans leur parcours, passerelle pour un meilleur accès aux droits et aux soins.</p>

<b>Objectif</b>
<p>Objectif général : Accompagner dans leur démarche vers la santé les personnes en grande difficulté qui, du fait de leur situation de vulnérabilité, en sont le plus éloignées.</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer la démarche d'accompagnement dans les projets d'établissements ou projets sociaux des structures accueillant et/ou prenant en charge des personnes en situation de précarité</li> <li>- Développer la réalisation d'une analyse de situation globale des personnes en matière de droits sociaux et de besoins de santé. Repérer les freins d'accès à la santé et déterminer avec les personnes les modalités souhaitées d'accompagnement</li> <li>- Améliorer les représentations et les connaissances des personnes en situation de précarité en matière de droits sociaux et de santé</li> <li>- Favoriser l'accès physique et culturel aux droits sociaux, à la prévention et aux soins des personnes rencontrant des freins multiples pour leur accès à la santé</li> <li>- Accompagner les personnes à leur rythme, en fonction de leurs besoins</li> </ul>

Public concerné
<p>Les publics en situation socio-économique difficile <b>et</b> pouvant cumuler des facteurs de vulnérabilité tels que l'isolement, l'atteinte de maladies chroniques ou de pathologies mentales, le grand âge, le handicap, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....)</li> <li>- habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville</li> <li>- isolées en milieu rural</li> <li>- accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire</li> <li>- détenues ou sortant de prison, jeunes suivis par la PJJ</li> <li>- bénéficiaires du RSA</li> <li>- suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...)</li> <li>- les étrangers âgés en foyer</li> <li>- les jeunes en grande difficulté sortant de l'ASE ou de PJJ</li> </ul> <p>qui ont des difficultés à aller, seuls, vers les soins ou à entreprendre les démarches nécessaires à leur protection sociale.</p>

actions associées	Libellé
Action n°3-1	<p>Mise en place, par tous les établissements, associations, services accueillant des personnes en situation de précarité, d'actions de soutien et d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, graduées en fonction des besoins spécifiques des personnes.</p> <p>Stratégies d'intervention :</p> <p>Les actions d'accompagnement devront s'inscrire dans une démarche globale intégrant la notion de « temps », indispensable à la mise en place de ces stratégies.</p> <p>A partir des préoccupations des personnes et des éléments constituant leur parcours de vie, les stratégies mises en œuvre viseront à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Favoriser l'expression des personnes sur leur situation de vie et les difficultés rencontrées ainsi que sur leurs représentations de la santé</li> <li>o Faire émerger les leviers s'appuyant sur les ressources des personnes et de leur environnement</li> <li>o Définir avec les personnes les modalités de l'accompagnement</li> <li>o Développer les connaissances sur les possibilités d'accéder à une couverture maladie de base et complémentaire et sur les dispositifs de santé</li> <li>o Faire évoluer les attitudes et les compétences des personnes pour accomplir les démarches d'accès aux droits et aux soins</li> <li>o Organiser les passages de relais adaptés vers les professionnels de santé et/ou les dispositifs de prévention et de soins, en ne se contentant pas d' « envoyer vers »</li> <li>o Développer des réponses adaptées à l'accès physique aux structures de soins et de prévention et aux professionnels de santé</li> </ul>
Action 3-2	<p>Mise en place d'un ou de plusieurs groupes de travail dans la région chargé(s) d'approfondir la notion d'accompagnement des personnes dans leurs démarches de santé, les modalités de mise en œuvre, les compétences à développer, les outils pouvant être utilisés... dans la perspective d'élaborer un « référentiel » sur la question</p>
Modalités préconisées d'accompagnement	<p><i>Lorsque cela est nécessaire, il convient de faire « pour » et « avec » la personne, avant qu'elle ne puisse agir seule. Toute démarche de santé doit s'appuyer sur l'adhésion de la personne.</i></p> <p><i>L'accompagnement doit être assuré sur la durée, l'instauration d'une relation de confiance entre les personnes vulnérables et leurs accompagnants permettant aux personnes d'exprimer leurs difficultés.</i></p>

	<p><i>Il convient d'intégrer dans les pratiques des accompagnants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>la nécessité de partir des perceptions des personnes, avec égard et minutie, en vue d'instaurer une relation de confiance</i></li> <li>- <i>la préoccupation d'être attentif au réalisme et à la progressivité du projet d'accompagnement bâti ensemble, dans un contexte de co-construction,</i></li> <li>- <i>le souci d'évaluer avec la personne son adéquation à la situation au fur et à mesure du cheminement.</i></li> </ul> <p><i>Ces actions peuvent s'effectuer sous forme individuelle pour rassurer et épauler les personnes dans leurs démarches vers les soins, ou collective, s'appuyant alors sur une dynamique de groupe tendant au partage du vécu et à la recherche collective de réponses.</i></p> <p><i>L'accompagnement doit faire partie de la prise en charge globale des personnes qui sont suivies par des établissements de santé et médico-sociaux et des structures sociales et d'insertion (CHRS, missions locales...). Les modalités de mise en œuvre de cet accompagnement seront déclinées de façon opérationnelle dans les projets d'établissements et dans les fiches de poste des professionnels amenés à réaliser cet accompagnement.</i></p> <p><i>L'accompagnement vers la prévention et les soins peut également être assuré par des associations de bénévoles favorisant l'accès à la santé des personnes présentant les plus grandes difficultés à se rendre dans des lieux de soins ou qui en sont exclues du fait de leur situation juridique.</i></p> <p><i>Une réflexion devra être menée pour développer les possibilités d'accompagnement des personnes en difficulté, non prises en charge par des structures institutionnelles ou associatives, par des dispositifs proches du quotidien des personnes tels que les services sociaux, les structures ou associations de quartier, les adultes-relais, les structures d'aide alimentaire ...</i></p>
<p><i>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les promoteurs d'actions d'accompagnement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Typologie des actions d'accompagnement réalisées</i></li> <li>- <i>Initiatives prises par les personnes accompagnées en matière de démarches vers la santé</i></li> <li>- <i>Nombres d'orientations réalisées vers des structures compétentes en matière de santé</i></li> <li>- <i>Nombre de passages de relais effectués vers d'autres professionnels - Solutions de transports vers des dispositifs de soins mises en place ou utilisées</i></li> <li>- <i>Solutions d'interprétariat mobilisées</i></li> <li>- <i>etc.....</i></li> </ul>
<p><b>Copilotage des actions</b></p>	<p>ARS DRJSCS, DDCCS(PP) Conseils Généraux</p>
<p><b>Partenaires pressentis</b></p>	<p>Professionnels et bénévoles en contact avec les personnes en situation de précarité dans les structures sociales et d'insertion (CHRS, missions locales...), chantiers d'insertion, associations caritatives, associations de quartier, associations en milieu rural, associations et établissements d'addictologie, CCAS, établissements de santé (PASS, EMPP...) et médico-sociaux, réseaux de santé de proximité, adultes-relais, services sociaux, dispositifs d'insertion pour les bénéficiaires du RSA, CLIC, MDPH, MAIA, SAMSAH, SAVS, URMFL</p>

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPOM des établissements de santé, médico-sociaux, réseaux de santé et contractualisation Etat-secteur Accueil Hébergement Insertion, prenant en compte les modalités de mise en œuvre et le temps passé à l'accompagnement</li> <li>- Plan Départemental d'Insertion (bénéficiaires du RSA)</li> <li>- ARS, crédits de santé publique, pour la mise en œuvre d'actions d'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- menées par des bénévoles</li> <li>- menées par des structures sociales ou d'insertion, mais n'entrant pas dans le cadre de leur fonctionnement habituel.</li> </ul> </li> <li>- Crédits ACSé : adultes-relais, actions santé des CUCS</li> </ul>
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Intégration de la mise en œuvre opérationnelle de l'accompagnement dans les schémas et plans du secteur social (PDAHI, PDI...) et dans les projets d'établissements de santé et médico-sociaux accueillant des populations en situation de précarité	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	<p>Actions d'accompagnement financées par l'ARS</p> <p>Actions d'accompagnement figurant dans les rapports d'activité des établissements sociaux</p>	

## Axe d'intervention 1 : Actions en direction des personnes en situation de précarité

<b>Fiche action 4</b>	<b>Amélioration de l'accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de prévention : vaccinations, dépistage, bilans de santé</b>
-----------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Faible participation des personnes en situation de précarité au dépistage organisé des cancers            Faible visibilité des structures assurant des actions gratuites de prévention (CV, CIDDIST, CLAT, CDAG...)            Intérêt de développer l'accès aux bilans de santé qui permettent d'approcher le secteur médical en dehors de l'urgence et de motiver les personnes à s'inscrire dans un parcours vers la santé.            Problèmes de mobilité et de transport pour les personnes en situation de précarité éloignées géographiquement des structures de prévention, en particulier en milieu rural, n'ayant pas d'aide ou de moyen de locomotion pour y accéder</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Améliorer le recours des personnes en situation de précarité aux actions de prévention médicalisée            Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la communication sur les dispositifs offrant des prestations de prévention médicalisée en l'adaptant au public-cible</li> <li>- Améliorer l'articulation entre les structures assurant des actions de prévention médicalisée et les organismes accueillant un public en situation de précarité</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Les publics en situation socio-économique difficile <b>et</b> pouvant cumuler des facteurs de vulnérabilité tels que l'isolement, l'atteinte de maladies chroniques ou de pathologies mentales, le grand âge, le handicap, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....)</li> <li>- habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville</li> <li>- accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire</li> <li>- détenues ou sous main de justice, jeunes suivis par la PJJ</li> <li>- bénéficiaires du RSA</li> <li>- suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...)</li> </ul>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°4-1	<p>Amélioration de la communication par les structures assurant des activités de prévention (vaccinations, dépistage, bilans de santé) sur leurs missions auprès du public en situation de précarité, là où il se trouve.            Adaptation des outils et moyens d'information au public cible en vue de rendre compréhensibles les messages de promotion des actions de prévention et de faire valoir l'intérêt des démarches.</p>
Action n°4-2	<p>Développement et formalisation des relations des structures de gestion du dépistage organisé des cancers, des centres de vaccination, des Centres d'Information et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles, des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits, des Centres de Lutte Antituberculeuse, des Centres d'Examens de Santé avec les structures sociales et d'insertion et autres dispositifs accueillant des personnes en situation de précarité de leur territoire :</p> <p>1) identification des partenaires locaux : CHRS, maisons-relais, résidences sociales, CADA, foyers de jeunes travailleurs, missions locales, CCAS, centres sociaux, associations-relais, UCSA, Centres Hospitaliers Spécialisés en Psychiatrie, PASS, association de lutte contre le cancer...</p>

	<p>2) définition de modalités de travail en commun : appui sur des dynamiques existantes au sein des structures accueillant des personnes en situation de précarité ou au sein des quartiers pour y mettre en place des temps de sensibilisation, si nécessaire dans les lieux de vie des personnes, organisation matérielle de la participation aux dispositifs de prévention (transports...), soutien pour la mise en œuvre des soins et démarches éventuellement préconisées à la suite des dépistages (passage de relais à des professionnels de santé, au service social, à la PASS....)</p> <p>3) formalisation du partenariat par des conventions</p>
Action n°4-3	Actions d'information et de sensibilisation menées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie auprès des assurés les plus éloignés des soins et des professionnels, en vue de faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents, le taux de dépistage organisé des cancers (sein, colorectal), le taux de participation aux campagnes de vaccination et le dépistage de l'obésité.
<i>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les promoteurs d'actions de prévention</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Nombre de partenaires identifiés accueillant des personnes en situation de précarité</i></li> <li>- <i>Types de partenariat et modalités de formalisation mis en place avec des structures accueillant des personnes en situation de précarité</i></li> <li>- <i>Typologie et nombre de personnes touchées par des actions d'information et de sensibilisation sur les actions et dispositifs de prévention médicalisées</i></li> <li>- <i>Modalités et nombre de passages de relais effectués vers des professionnels compétents à l'issue des dépistages réalisés</i></li> <li>- ...</li> </ul>
<b>Copilotage des actions</b>	ARS CPAM, MSA, RSI
<b>Partenaires pressentis</b>	Structures de gestion du dépistage organisé des cancers, Centres d'examen de santé, CV, CIDDIST, CLAT, CDAG, CHS, PASS, Structures sociales et d'insertion, structures de quartier, associations d'usagers, PJJ, Conseils Généraux(PMI, RSA)...

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Conventions annuelles de financement des CV, CLAT, CIDDIST, structures de dépistage des cancers, mentionnant les partenariats à développer sur leur territoire d'intervention CPOM des établissements de santé (CDAG, UCSA, PASS, CHS) Contrat ARS-Assurance Maladie
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Amélioration du taux de dépistage des cancers chez les personnes en situation de précarité Participation des personnes en situation de précarité aux bilans de santé, aux dépistages et aux vaccinations favorisée par l'accompagnement des structures accueillant ces personnes	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal Nombre d'actions hors les murs réalisées par les CV, CLAT CIDDIST auprès de personnes en situation de précarité	

**Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale**

<b>Fiche action 5</b>	<b>Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité</b>
-----------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Manque de connaissance des professionnels sur un système complexe : les droits à couverture sociale (CMU, CMU-C, AME, ACS...), les démarches pour les obtenir et les dispositifs spécifiques d'accès à la santé concernant les personnes en situation de précarité</p> <p>Manque de connaissance des caractéristiques du public et de ses besoins spécifiques, difficultés de repérage des personnes en situation de précarité, absence de prise en compte des conditions de vie précaires par les professionnels</p> <p>Existence d'idées reçues sur l'approche de la précarité pouvant avoir un impact sur l'accueil et la prise en charge des personnes</p> <p>Manque de connaissance réciproque des missions des professionnels, nombreux à intervenir dans le champ social et la santé auprès des mêmes personnes, pouvant entraîner des ruptures dans les parcours de santé des personnes en situation de précarité</p>	

<b>Objectif</b>	
<p><u>Objectif général</u> : Améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité, notamment dans les moments-clé (hospitalisation, hébergement...)</p> <p><u>Objectifs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire évoluer les représentations et améliorer les connaissances des professionnels sur les différentes dimensions de la précarité (caractéristiques du public...), sur les modalités d'intervention des différents professionnels, de saisine des différents dispositifs et sur les droits existants</li> <li>- Développer l'interconnaissance des différents professionnels de tous secteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité</li> <li>- Permettre l'émergence d'une culture partagée entre les professionnels des différents champs</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux, des organismes d'Assurance Maladie, de la PJJ, des services et structures sociales et d'insertion, des collectivités locales, les professionnels de santé salariés et libéraux, les associations de bénévoles ...</p>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°5-1	<p>Organisation, sur un même territoire, en s'appuyant sur les dynamiques locales, telles que les réseaux informels santé –précarité, les COPIL PASS, les réseaux de santé de proximité, les Ateliers Santé Ville..., de rencontres pluri professionnelles comprenant des apports d'information, des temps d'échanges sur les missions et les pratiques, des projets de réflexions-actions...</p> <p>Information sur ces rencontres pluri professionnelles diffusées sur un site internet</p>
Action n°5-2	Inclusion de sessions de formation sur la thématique santé-précarité dans les plans de formation des établissements et structures de tous champs
Action n°5-3	Sensibilisation des professionnels aux questions de « santé-précarité », au sein d'un établissement ou d'une structure sociale ou d'insertion, par le référent santé (en structure sociale) ou par le référent précarité (PASS en établissement de santé)

Action n°5-4	Mise en place de co-formations rassemblant des professionnels et des personnes en situation de précarité pour favoriser la connaissance réciproque des difficultés et contraintes de chacun et élaborer en commun des pistes de solutions
Action n°5-5	Organisation, par un établissement ou une structure, de formations sur la thématique santé-précarité ouverte aux professionnels d'autres structures ou établissements, favorisant les partages de pratiques
Action n°5-6	Organisation de temps d'échanges de pratiques, notamment sur les thématiques des addictions et de la psychiatrie
Action n°5-7	Autres modalités de sensibilisation-formation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation, pour des professionnels, de stages d'immersion dans un établissement hospitalier, un établissement social ...</li> <li>- Interventions de professionnels spécialisés ou de personnes en précarité sur la thématique santé-précarité dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé et sociaux</li> <li>- Formation à la méthodologie de projets de promotion de la santé</li> </ul>
<i>Eléments de contenu des actions de formation / sensibilisation sur la thématique « santé-précarité »</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Travail sur les représentations de la santé : santé « bien-être » / santé « soins » et sur les représentations de la précarité</i></li> <li>- <i>Informations sur les inégalités sociales de santé afin de sensibiliser les professionnels à l'importance de développer une action volontariste concernant la santé auprès des personnes socialement défavorisées.</i></li> <li>- <i>Informations sur la notion de précarité : qui est concerné, quelles sont les difficultés rencontrées, comment accueillir et prendre en charge les personnes les plus vulnérables, dans l'objectif de lever les a priori, appréhensions, jugements de valeur des professionnels sur les personnes en situation de précarité.</i></li> <li>- <i>Informations sur les droits sociaux et démarches spécifiques d'accès aux droits</i></li> <li>- <i>Apprendre aux professionnels de santé à repérer les difficultés d'accès aux soins et à prendre en compte, dans la démarche de soins proposée, l'environnement, les conditions de vie des personnes ainsi que la dimension culturelle et culturelle, pour faire en sorte que les soins ou les actions de prévention puissent effectivement être réalisés</i></li> <li>- <i>Informations et échanges entre professionnels de tous champs en vue de mieux connaître les missions et compétences de chacun, de faciliter le conseil et l'orientation, de favoriser les passages de relais entre eux et d'éviter ainsi les ruptures dans les parcours de santé</i></li> <li>- <i>Formation à la méthodologie des actions de promotion de la santé pour améliorer la prise en compte globale des personnes, l'expression de leurs besoins spécifiques et la participation du public aux actions de santé les concernant</i></li> </ul>
<i>Modalités préconisées de mise en œuvre des actions</i>	<p><i>Intérêt des actions pluri professionnelles rassemblant les acteurs des différents champs d'un secteur géographique en vue de les faire bénéficier d'un même apport d'informations et de favoriser le travail en partenariat sur le territoire</i></p> <p><i>Importance des informations apportées par les personnes en difficulté elles-mêmes</i></p>

<i>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les promoteurs d'actions de formation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et typologie de professionnels formés</li> <li>- Inclusion dans l'action de formation d'éléments apportés par des personnes en situation de précarité</li> <li>- Evolution des représentations des professionnels sur la santé et/ou sur la précarité</li> <li>- Connaissances acquises par les professionnels</li> <li>- Dispositifs mis en place pour permettre les échanges entre professionnels - Initiatives prises par des professionnels faisant suite à des actions de formation et/ou de sensibilisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• à l'intérieur de leur structure</li> <li>• de manière partenariale</li> </ul> </li> </ul>
<b>Copilotage des actions</b>	ARS FNARS, ATD Quart Monde
<b>Partenaires pressentis</b>	FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS, CREAHI Tous organismes et collectivités locales accueillant des personnes vulnérables Organismes de formation CPAM, MSA, RSI, URMFL URPS

<b>Moyens et/ou leviers à mettre en œuvre</b>	Dispositif de formation continue des établissements et structures des champs de la santé, du médico social, du social et de l'Assurance Maladie Définition d'objectifs de formation dans les CPOM des établissements de santé et médico-sociaux Convention IREPS-ARS sur la formation et l'aide méthodologique Contrat ARS-Assurance Maladie Développement et accompagnement de la vie associative (DRJSCS)
---	--

<b>Résultat attendu</b>	Mise en œuvre sur tous les territoires de la région d'actions pluri professionnelles de formation ou de sensibilisation	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Nombre d'actions de formation pluri professionnelles sur la thématique santé précarité réalisées dans la région Nombre de personnes formées sur la thématique « santé précarité » dans les services d'accueil, d'urgence et les PASS des établissements de santé	

**Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale**

<b>Fiche action 6</b>	<b>Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de précarité par les professionnels de santé en ambulatoire</b>
-----------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Manque d'information des professionnels de santé sur les questions liées à la précarité          Professionnels confrontés à des comportements déroutants (difficultés de compréhension, manque d'observance, problèmes d'hygiène, agressivité, gêne dans la salle d'attente lors de la présence de patients en situation de précarité)          Difficultés d'exercer un suivi médical (manque d'assiduité des personnes aux rendez-vous, nomadisme médical)          Manque de temps à consacrer aux patients          Isolement dans la pratique professionnelle en cabinet          Barrière de la langue          Souhait des professionnels de santé d'être en mesure de mieux repérer les difficultés que rencontrent certains patients pour la mise en œuvre des soins et de disposer de solutions de recours et d'orientation de ces patients          Difficultés pour les personnes en situation de précarité de faire l'avance des frais, de payer un reste à charge en particulier pour des médicaments mal remboursés ou déremboursés, les dépassements d'honoraires, manque de visibilité des patients sur d'éventuels dépassements d'honoraires          Refus explicites ou détournés de prise en charge de personnes en situation de précarité par des professionnels de santé</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Permettre aux professionnels de santé en ambulatoire d'adapter leur pratique aux besoins spécifiques des personnes en situation de précarité          Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les connaissances des professionnels de santé en ambulatoire sur les difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes en situation de précarité et sur les droits et dispositifs existant en réponse à ces difficultés</li> <li>- Favoriser l'établissement de liens avec d'autres acteurs de la santé ou du champ social intervenant dans la prise en charge des personnes en situation de précarité</li> <li>- Intégrer les pratiques favorisant l'accès aux soins et aux droits (Tiers payant par exemple)</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Tous professionnels de santé exerçant en ambulatoire : professionnels libéraux, professionnels des réseaux de santé, des structures de soins d'exercice coordonné, des centres de santé, SSIAD          Toutes professions concernées : pharmaciens, médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes...</p>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°6-1	Développement d'une information pratique des professionnels de santé en ambulatoire sur la CMU, CMU-C, AME, ACS et les partenaires locaux ressources pour la prise en charge des personnes en situation de précarité (lettre de la CPAM, bulletins ordinaires, site internet...)
Action n°6-2	<p>Incitation des professionnels de santé à s'assurer que les patients pourront mettre en œuvre la démarche de soins nécessaire (tant sur le plan financier, géographique et culturel) et, si besoin, à les orienter vers un dispositif-relais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration avec les professionnels de santé et diffusion d'un mémento sur les dispositifs dédiés des secteurs de la santé et du social du territoire, outil destiné à permettre de passer le relais à des professionnels plus spécifiques : PASS, Médecins du Monde, CSAPA, CAARUD, EMPP, CMP, réseaux de santé, Service social, SIAO</li> </ul>

	(Système Intégré d'Accueil et d'Orientation)... - Formation continue des professionnels, en profitant de leur réunion sur d'autres thèmes pour aborder le sujet de la précarité
Action n°6-3	Adaptation des modalités d'intervention des réseaux de santé de proximité à la prise en compte des difficultés spécifiques des personnes en situation de précarité en développant le soutien et l'accompagnement pour la mise en œuvre des soins Positionnement des réseaux de santé comme interface entre les différents intervenants médicaux et sociaux dans la perspective d'assurer un maillage opérationnel des prises en charge autour de la personne Communication par les réseaux de santé auprès des médecins généralistes sur cette mission spécifique de relais
Action n°6-4	Intégration d'une dimension sociale dans les structures de soins d'exercice coordonné (MSP, Pôles de santé, Centres de Santé) et les réseaux de santé en développant et formalisant les liens entre ces structures et le service social de secteur, la CPAM, la PASS, ...
Action n°6-5	Amélioration de l'accès à des professionnels de santé (généralistes, spécialistes, médico-techniques) pratiquant le tiers payant, en particulier, sur les secteurs géographiques concentrant une population précaire importante : mise en place d'un groupe de travail avec les professionnels de santé et l'Assurance Maladie pour définir les conditions favorisant le développement de la pratique du tiers payant accordé à des personnes en situation de précarité
Modalités préconisées de mise en œuvre des actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disponibilité des professionnels de santé, empathie, établissement d'une relation de confiance avec les personnes en situation de précarité</li> <li>- être à l'écoute des personnes et attentif aux difficultés de différentes natures pouvant entraver leur accès aux soins</li> <li>- appropriation des difficultés d'accès aux soins des personnes et des outils et dispositifs permettant d'y apporter des réponses</li> <li>- prise de contact avec les services sociaux ou autres dispositifs permettant d'aider à la prise en charge des personnes</li> </ul>
<b>Copilotage des actions</b>	ARS URPS CPAM, MSA, RSI (Action 6-5)
<b>Partenaires pressentis</b>	CARMI-Est, URMFL FEMALOR PASS

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Réflexion à mener avec les URPS CPOM des réseaux de santé, des centres de santé Cahier des charges des structures de soins d'exercice coordonné Contrat ARS-Assurance Maladie
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Diminution des appréhensions et des freins des personnes en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé Diminution des appréhensions et idées reçues des professionnels de santé vis-à-vis des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Création d'un support d'information sur les questions liées à la précarité à destination des professionnels de santé Accord intervenu entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie pour le développement du tiers payant	

**Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale**

<b>Fiche action 7</b>	<b>Développement de l'action hors les murs par les professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux</b>
-----------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Les personnes très marginalisées recourent peu aux soins, si ce n'est souvent dans l'urgence, et ont des difficultés à poursuivre dans la durée une démarche de soins entamée, en raison de divers facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de motivation à s'inscrire dans une démarche de santé, déni des problèmes de santé</li> <li>- réticence et peur des personnes en situation de précarité à aller vers les structures de santé</li> <li>- isolement social et relationnel</li> <li>- expériences antérieures négatives concernant le système de santé</li> <li>- éloignement physique des structures de prévention et de soins, concentrées dans les grands centres urbains, pour des personnes ayant des difficultés à mobiliser des moyens de transport, en particulier en milieu rural.</li> </ul> <p>Il convient donc de développer une action volontariste des professionnels de santé pour aller au-devant de ces personnes très éloignées des soins.</p> <p>L'action « hors les murs » des professionnels permet de mettre en œuvre un suivi et des soins de personnes en grande difficulté et concomitamment d'apporter un soutien à la pratique des professionnels sociaux qui les prennent en charge et qui peuvent être démunis face aux problèmes induits par les soucis de santé existants.</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Développer l'accès à la santé dans les milieux de vie pour les personnes très éloignées des soins</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer sur site les personnes en situation de précarité et les professionnels de l'existence et des missions des différents services de santé</li> <li>- Améliorer la complémentarité des acteurs des champs de la santé et du social sur les lieux de vie des personnes les plus éloignées des soins</li> <li>- Mettre en place dans les lieux de vie une offre de santé prenant en compte l'isolement social et relationnel et les difficultés de mobilité des personnes</li> <li>- Apporter sur site un soutien à la pratique des professionnels sociaux</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux exerçant en Centre Médico-Psychologique, CSAPA, CAARUD, PASS, EMPP, EMP, CV, CLAT, CIDDIST, CDAG, LHSS et impliqués dans la prévention et/ou les soins de personnes en situation de grande précarité</p>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°7-1	Réalisation par les professionnels des structures de santé d'actions collectives d'information et de sensibilisation sur leurs missions dans les structures accueillant des personnes en situation de précarité ou dans des structures de quartier
Action n°7-2	Interventions de professionnels des structures de santé dans les lieux de vie des personnes en situation de précarité, selon des modalités variables à définir en fonction des dispositifs concernés, des besoins locaux et des moyens disponibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>- visites à domicile ou au substitut de domicile</li> <li>- interventions mobiles ou dans la rue, y compris en urgence</li> <li>- tenue de permanences</li> <li>- mise en place de consultations avancées</li> </ul>

Action n°7-3	Définition de protocoles pour le développement de collaborations et de la coordination entre structures sociales et de santé ayant pour objectif de favoriser les démarches de prévention, la mise en route et la poursuite de soins à partir du lieu de vie de personnes marginalisées (par exemple, convention CHU-LHSS)
Action n°7-4	Organisation de temps d'étude en commun de situations
<i>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les professionnels menant des actions « hors les murs »</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre et typologie d'actions d'information réalisées « hors les murs »</li> <li>- nombre et typologie d'offres de service réalisées « hors les murs »</li> <li>- profil des professionnels engagés dans des actions « hors les murs »</li> <li>- nombre et typologie de publics touchés par des actions « hors les murs »</li> <li>- nombre de démarches de prévention et/ou de soins engagées suite aux actions « hors les murs »</li> </ul>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	Structures sociales et collectivités locales accueillant des personnes en grande précarité, PJJ, structures de quartier DDCS(PP), DRJSCS FHF, FEHAP, URIOPSS, CREHAI

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	CPOM des établissements de santé et médico-sociaux Conventions de financement des CSAPA, CAARUD, CV, CLAT, CIDDIST
--	---

<b>Résultat attendu</b>	Mise en place d'actions et de services de santé dans les lieux de vie des personnes les plus éloignées des soins	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Nombre de CPOM d'établissements de santé ou médico sociaux prévoyant des modalités d'exercice de professionnels « hors les murs »	

**Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale**

<b>Fiche action 8</b>	<b>Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs de santé et sociaux d'un territoire</b>
-----------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Des intervenants multiples développent auprès des personnes en situation de précarité une action parcellaire en fonction de leur champ de compétence propre, chaque intervention ne pouvant résoudre à elle seule les problèmes multifactoriels rencontrés par ces personnes. Pour la prise en charge globale de la personne, il est donc nécessaire de coordonner l'action des différents intervenants. Ceux-ci expriment souvent leur manque de connaissance des missions des autres acteurs d'un même territoire et donc leur difficulté à orienter la personnes vers le service ou l'établissement le plus en capacité d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne.</p> <p>Des ruptures fréquentes dans les parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité, nécessitent également que les professionnels se coordonnent en vue d'assurer les relais de prise en charge et l'accompagnement des personnes dans leur démarche de santé.</p> <p>Le travail en réseau favorise le recensement et la mutualisation des interventions de l'ensemble des acteurs agissant directement ou indirectement auprès des publics en précarité (santé, sociaux, médico-sociaux, associations, professionnels de santé libéraux, collectivité, assurance maladie...), le partage des savoirs entre professionnels, la multiplication des approches sur un même sujet. Il contribue à changer les représentations sociales des professionnels. Il permet d'assurer au niveau local la coordination des différents acteurs concernés, de promouvoir un continuum d'actions de la prévention vers les soins et donc d'améliorer l'efficacité des actions menées par chacun des professionnels</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Assurer une continuité dans les parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre visibles les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social, social et d'accès aux droits d'un territoire</li> <li>- Assurer le passage de relais entre professionnels lors des évolutions dans la trajectoire de vie et de soins des personnes</li> <li>- Formaliser les relations partenariales entre professionnels de divers champs par l'élaboration d'outils (conventions, fiches-navettes...)</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
Professionnels de tous champs : sanitaire, médico-social, social, justice et accès aux droits.	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°8-1	Réalisation par l'ARS d'un recensement des acteurs par territoire de proximité : acteurs des champs de la santé, du médico-social, du social, de l'insertion, de la protection sociale, des administrations, de la justice, des collectivités locales en préalable au développement d'un travail territorial en partenariat
Action n°8-2	Mise en place d'un ou de plusieurs groupes de travail dans la région chargé(s) d'approfondir la question de la coordination des professionnels et les passages de relais entre eux, les modalités de mise en œuvre, les conditions favorisant cette coordination, les outils pouvant être utilisés et notamment la trame d'un mémento « santé-précarité », la notion de référent unique... dans la perspective d'élaborer un « référentiel » sur la question.

Action n°8-3	<p>Mise en place et poursuite de réseaux « informels » santé-précarité sur un territoire permettant la connaissance réciproque des acteurs, les échanges d'informations, la mutualisation des expériences, la formation pluri professionnelle, la définition d'actions communes socio-sanitaires sur un secteur géographique, le développement d'outils de passage de relais...  Etablissement et diffusion d'une cartographie des réseaux « informels » santé-précarité fonctionnant en Lorraine  Amélioration de l'opérationnalité et de la visibilité des réseaux « informels » par l'incitation à élaborer une charte liant les partenaires du réseau</p>
Action n°8-4	<p>Incitation des professionnels de la prévention et des soins travaillant en secteurs libéral, médico-social et/ou hospitalier et du secteur social à se coordonner, en vue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'assurer la continuité des prises en charge,</li> <li>- d'organiser les relais entre les interventions des différents professionnels</li> <li>- d'éviter les ruptures de soins, en particulier durant les périodes pouvant accroître la vulnérabilité des personnes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• entrée et sortie de logement, d'hébergement, d'hospitalisation, de détention</li> <li>• accidents de la vie (décès, séparation, survenue d'un handicap, d'une maladie)</li> <li>• rupture scolaire ou familiale pour les jeunes</li> <li>• perte d'emploi</li> <li>• retraite</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Les collectivités territoriales, les réseaux « informels » santé-précarité, les réseaux de santé, notamment, peuvent être positionnés pour organiser cette coordination.</i></p>
Action n°8-5	<p>Incitation d'acteurs de la santé et des secteurs sociaux et associatifs d'un même territoire rural, à définir des stratégies d'information et d'intervention auprès de populations démunies en milieu rural</p>
Action n°8-6	<p>Actions à promouvoir dans le secteur de l'addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développement des relations entre, d'une part, les structures médico-sociales de prise en charge (CSAPA, CAARUD) et, d'autre part, les UCSA, les médecins traitants, les structures d'hébergement, de logement intermédiaire et d'insertion des personnes vulnérables (CHRS, SIAO, maisons-relais, missions locales, clubs de prévention...) avec prise en compte du travail en partenariat et formalisation des coopérations au sein des projets d'établissements et des documents individualisés ( loi 2002-2) (Cf. fiche-action 11)</li> <li>- incitation de tous les professionnels ayant repéré une problématique d'addiction à s'impliquer dans l'accompagnement des personnes concernées vers une prise en charge spécifique et à passer le relais, si nécessaire, à un CSAPA ou un CAARUD : par exemple, professionnels des clubs de prévention, services des urgences, services hospitaliers, justice, structures du domaine social et de l'insertion, maisons des adolescents....</li> </ul>
Action n°8-7	<p>Actions à promouvoir pour la prise en charge des pathologies mentales et de la souffrance psychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions visant à démystifier la prise en charge psychiatrique</li> <li>- Accompagnement des personnes vers les soins en santé mentale, en proposant des actions « passerelles » qui suscitent l'expression du mal-être</li> <li>- Rapprochement des professionnels de la psychiatrie des populations vulnérables et des acteurs de terrain (CHRS...), y compris les médecins traitants, et formalisation de leur coordination, notamment en prévoyant des temps d'analyse de pratique.</li> </ul>

<p>Modalités préconisées de mise en œuvre des actions de coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des personnes dans les prises de décision relatives aux modalités de coordination mises en œuvre les concernant</li> <li>- Information des différents acteurs du territoire sur leurs missions respectives au moyen de plaquettes d'information, réunions locales, articles de presse, site internet, portes ouvertes...</li> <li>- Reconnaissance par les structures « employeurs » du temps passé par les professionnels aux actions de coordination et déclinaison des modalités de passages de relais dans les projets d'établissements</li> <li>- Travail des professionnels sur l'effectivité du passage de relais au sein d'un territoire,</li> <li>- Mise en place d'outils favorisant la coordination entre professionnels : conventions, fiches-navettes...</li> <li>- Réflexion sur l'utilisation de nouvelles modalités d'échanges entre professionnels tels que la messagerie électronique, les conférences téléphoniques..., permettant de limiter le temps passé aux échanges</li> <li>- Déclinaison de la notion de référent unique dans les modalités opérationnelles de prise en charge des personnes</li> <li>- Adaptation du travail en partenariat aux particularités du territoire (urbain, rural), expérimentation portée par un animateur territorial de l'ARS ou une Unité Territoriale d'un Conseil Général...</li> </ul>
<p>Pistes d'évaluation des actions : propositions d'indicateurs à retenir par les professionnels et structures menant des actions de coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre et typologie des structures identifiées dans le mémento des acteurs du territoire</li> <li>- nombre et typologie des communications réalisées sur acteurs du territoire</li> <li>- nombre et profils de partenariats établis</li> <li>- nombre de protocoles définissant des outils de passages de relais : fiches-navettes, conventions...</li> <li>- nombre d'échanges entre professionnels de santé et structures sociales</li> <li>- recensement du temps passé aux actions de coordination figurant dans le rapport d'activité de la structure</li> <li>- nombre et typologie de professionnels jouant le rôle de référent unique</li> </ul>
<p><b>Pilotage des actions</b></p>	<p>ARS</p>
<p><b>Partenaires pressentis</b></p>	<p>Tous acteurs locaux en lien avec des personnes en situation de précarité</p>

<p><b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b></p>	<p>Projets d'établissements</p>
---	---------------------------------

<p><b>Résultat attendu</b></p> <p><b>Indicateur d'évaluation</b></p>	<p>Amélioration de la fluidité des parcours des personnes en situation de précarité</p> <p>Effectivité du recensement des acteurs impliqués dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité sur les secteurs géographiques d'animation territoriale de l'ARS</p> <p>Elaboration d'une cartographie des réseaux informels « santé-précarité » fonctionnant en Lorraine</p>	<p>Indicateur n°</p>
--	--	----------------------

### Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

#### Sous-thème 1 : Structures accueillant tous publics

<b>Fiche action 9</b>	<b>Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre par les organismes de protection sociale</b>
-----------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
Non recours à la CMU-C atteignant en France 20 % des bénéficiaires potentiels	
<p>Complexité des dossiers et lourdeur des démarches devant conduire les personnes les plus en difficulté à bénéficier des droits sociaux spécifiques (CMU, CMU-C, AME, AME « soins urgents », ACS) : dossiers compliqués à remplir, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie suivis par les personnes en situation de précarité, délais de traitement des dossiers estimés trop longs, nécessité du renouvellement annuel des dossiers source d'oublis et donc de ruptures dans les droits.</p> <p>Difficultés de communication avec les organismes d'assurance maladie mentionnées par des acteurs locaux confrontés à :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la multiplicité des interlocuteurs à la CPAM et des demandes itératives de pièces pouvant conduire les personnes à interrompre la constitution de leur dossier</li><li>- l'obligation de passer par les guichets d'accueil « tous public » ou par la plate-forme téléphonique, difficile à joindre, ne permettant pas d'accéder directement au service d'accès aux droits-précarité, n'étant pas en mesure d'apporter les réponses adaptées aux situations exposées.</li><li>- l'absence de référents identifiés pouvant être contactés directement et rapidement et à même d'apporter une aide ou une réponse aux demandes particulières sur les dossiers complexes traités.</li></ul> <p>Souhait exprimé d'une extension des pratiques adoptées par certains organismes : désignation de délégués sociaux référents des acteurs locaux prenant en charge des personnes en situation de précarité, communication de n° de téléphone directs ou d'adresses mail dédiées.</p>	

<b>Objectif</b>	
Objectif général : Favoriser l'accès à une couverture sociale aux personnes en situation de précarité	
Objectifs spécifiques :	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faciliter l'ouverture des droits sociaux en tenant compte des difficultés rencontrés par les personnes en situation de précarité</li><li>- Améliorer la collaboration entre les organismes de protection sociale et ceux accueillant des personnes en situation de précarité pour l'ouverture des droits sociaux</li><li>- Adapter les dossiers et procédures écrites d'ouverture et de renouvellement des droits sociaux</li><li>- Adapter la communication concernant les démarches d'ouverture et de renouvellement des droits sociaux (notifications, rappel des échéances...)</li><li>- Assurer un soutien aux usagers dans leurs démarches d'accès à une couverture sociale</li><li>- Permettre, si nécessaire, une individualisation du traitement des dossiers particulièrement complexes</li></ul>	

<b>Public concerné</b>	
Organismes de protection sociale	

actions associées	Libellé
Action n°9-1	Recherche, en lien avec les organismes de protection sociale, des possibilités d'adaptation des procédures d'ouverture des droits sociaux (CMU, CMU-C, AME, ACS ) aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité : simplification des démarches à accomplir, des dossiers à remplir, des pièces justificatives à fournir, réduction du temps de traitement des dossiers, relances pour le renouvellement annuel des droits, accueil personnalisé des personnes en difficultés, utilisation de nouveaux modes de communication ( SMS, mails)...
Action n°9-2	Identification d'interlocuteurs référents "santé-précarité" au sein des organismes d'Assurance Maladie et possibilité d'établir un contact téléphonique et/ou mail direct avec les services "précarité" en vue de faciliter les relations avec ces organismes, en particulier, pour le traitement de dossiers complexes d'accès aux droits Réflexion sur l'opportunité et la faisabilité pour un professionnel de santé constatant un rupture de droit concernant un assuré de contacter directement, avec l'accord du patient , un référent adéquat
Action n°9-3	Développement du partenariat entre les organismes de protection sociale et les organismes et associations accueillant des personnes en difficulté en particulier dans la perspective de la mise en place de parcours-santé pour les personnes vulnérables
Action n°9-4	Organisation de l'articulation entre établissements pénitentiaires, CPAM et établissements de santé pour favoriser l'établissement des droits à l'Assurance Maladie des détenus et personnes sortant de prison
<b>Copilotage des actions</b>	ARS CPAM, MSA, RSI
<b>Partenaires pressentis</b>	Etablissements de santé, médico-sociaux et sociaux Associations, structures sociales et de quartier Professionnels de santé

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Contrat ARS-Assurance Maladie
--	-------------------------------

<b>Résultat attendu</b>	Amélioration de l'accès aux droits sociaux des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Identification de contacts « précarité » au sein de chaque organisme de protection sociale Communication d'un n° de téléphone direct et/ou d'une adresse mail directe par les caisses à leurs interlocuteurs accompagnant les personnes en situation de précarité dans les démarches complexes d'accès aux droits	

### Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

#### Sous-thème 1 : Structures accueillant tous publics

<b>Fiche action 10</b>	<b>Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des personnes en situation de précarité</b>
------------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
	<p>Difficultés des personnes en situation de précarité à accéder aux structures de santé pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Appréhension des personnes en situation de précarité vis-à-vis du système de santé et des professionnels de santé, expériences négatives antérieures, freins religieux ou culturels, représentation négative de certains professionnels de santé (en psychiatrie, par exemple)</li><li>- Difficultés à se projeter dans le temps, à programmer des soins, à poursuivre les soins dans la durée</li><li>- Barrière de la langue</li><li>- Eloignement géographique</li></ul> <p>Saturation des dispositifs (Centres médico-psychologiques par exemple) impliquant des délais de rendez-vous très longs.</p> <p>Vulnérabilité accrue pour les personnes âgées ou handicapées en situation de précarité, impliquant que l'ensemble des lieux d'accueil, d'information (CLIC...), de gestion administrative (MDPH...) prennent en compte les freins d'accessibilité aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.</p> <p>Difficultés pour le personnel des établissements et services de santé et médico-sociaux de repérer les personnes en situation de précarité, de prendre en charge ces personnes dont le comportement est parfois déroutant (non-respect des rendez-vous, problèmes de compréhension, agressivité...) et d'apporter une réponse en adéquation avec leurs besoins particuliers.</p> <p>Obligation confiée par la loi (Art L 6112-1 CSP) aux établissements de santé de développer une mission de service public de « Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination. »</p> <p>Nécessité en conséquence de la part des établissements et services de santé et médico-sociaux d'avoir une attention particulière aux besoins spécifiques des personnes en difficulté se traduisant par la mise en œuvre de modalités d'accueil, de prise en charge, de soutien et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches de santé.</p>

<b>Objectif</b>	
	<p>Objectif général : Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité au sein des établissements et services de santé et médico-sociaux et la continuité de la prise en charge en aval de l'accueil dans ces établissements</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intégrer la démarche de prise en charge des personnes en situation de précarité dans le projet d'établissement de santé ou médico-social</li><li>- Renforcer les pratiques professionnelles favorables à la prise en charge des personnes en situation de précarité en prenant en compte leurs difficultés spécifiques</li><li>- Renforcer la coordination avec les partenaires extérieurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficulté et formaliser les liens établis</li><li>- Favoriser l'accès physique et culturel aux droits sociaux et à la santé des personnes en situation de précarité</li></ul>

Public concerné
Etablissements et services de santé (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie, SSR) Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, personnes handicapées, SAMSAH, SAVS, MAIA, Etablissements médico-sociaux en addictologie : CSAPA, CAARUD MDPH, CLICS

actions associées	Libellé
Action n°10-1	<p>Mise en œuvre, au sein des établissements et services de santé et médico-sociaux, d'une réflexion de fond sur les conditions d'accueil, de prise en charge et de sortie des personnes en situation de précarité. Déclinaison des orientations retenues dans le projet d'établissement, élaboré conformément au CPOM conclu avec l'ARS.</p> <p>La définition dans l'organisation de l'établissement de modalités visant à améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité, devra concerner notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>la sensibilisation-formation</b> du personnel à l'identification et la prise en charge des personnes en situation de précarité (Cf. fiche-action 5)</li> <li>- <b>la coordination des différents professionnels de l'établissement ou du service autour de la prise en charge</b> (accueil, professionnels de santé, travailleurs sociaux, service social), en s'appuyant sur la PASS dans les établissements de santé qui en disposent</li> <li>- la possibilité de <b>réponse rapide aux demandes de prise en charge</b> (diminution des délais de rendez-vous permettant une prise en compte de la demande au moment où elle s'exprime, en particulier en psychiatrie et en addictologie)</li> <li>- <b>les modalités d'accueil adaptées</b> aux besoins des personnes (créneaux horaires, conception des locaux, prise en compte des particularités d'ordre culturel), avec une attention particulière à l'accueil du public « bas seuil » par les établissements et services d'addictologie</li> <li>- <b>l'accompagnement</b> des personnes dans leur démarche de soins (Cf. fiche-action 3)</li> <li>- <b>le développement de l'action hors les murs</b>, au plus près des personnes en difficulté : mise en place de consultations avancées, de permanences, d'équipes mobiles, en particulier dans les secteurs de la psychiatrie, de l'addictologie (CSAPA, CAARUD) et des activités de prévention (vaccination, dépistage et éducation thérapeutique) (Cf. fiches-action 4 et 7)</li> <li>- <b>la coordination avec les partenaires extérieurs</b> impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficulté : Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique, structures d'hébergement social ou de logement intermédiaire, Organismes d'Assurance Maladie, professionnels de santé..., en vue d'organiser <b>les relais</b> et d'éviter les ruptures dans les parcours de soins ; expérimentation de conventions entre les acteurs concernés par la prise en charge de situations individuelles complexes (Cf. fiche-action 8)</li> <li>- la participation à des temps <b>d'échanges de pratiques</b></li> <li>- <b>l'accueil en SSR</b> de personnes cumulant des problèmes de santé et des difficultés sociales et organisation de la sortie en coordination avec les acteurs médicaux et sociaux du territoire</li> <li>- la mise en place de <b>solutions d'interprétariat</b></li> </ul>
<b>Copilotage des actions</b>	ARS FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS, CREAHI
<b>Partenaires pressentis</b>	Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique, structures d'hébergement social ou de logement intermédiaire, Organismes d'Assurance Maladie, professionnels de santé, Justice

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	CPOM établissements de santé et médico-sociaux
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Implication volontariste des établissements dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Pourcentage de CPOM d'établissements de santé incluant des objectifs sur la prise en charge des personnes en situation de précarité Pourcentage d'établissements de santé satisfaisant aux exigences de l'HAS pour la certification : critère 19.a (prise en charge particulière des personnes démunies)	

### Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

#### Sous-thème 2 : Les structures sociales, d'insertion et de logement intermédiaire

<b>Fiche action 11</b>	<b>Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion</b>
------------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Les personnes prises en charge dans les structures sociales (CHRS, CADA, accueils de jour...), dans des logements intermédiaires (maisons-relais, résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs...) ou dans des dispositifs d'insertion (missions locales, RSA...) sont nombreuses à présenter des pathologies somatiques, psychiques, de dépendance aux produits psychotoxiques et/ou des manifestations de souffrance psychique qui constituent un frein important à leur insertion sociale et professionnelle et à l'accès à un logement autonome.</p> <p>Il est par conséquent fondamental de prendre en compte la question de la santé dans la prise en charge globale des personnes accueillies dans ces dispositifs, l'accueil et l'hébergement pouvant constituer des périodes privilégiées pour rétablir les droits sociaux, remotiver les personnes à prendre soin d'elles et à adopter des comportements favorables à la santé et les accompagner dans leur démarche vers les soins.</p> <p>Les professionnels en lien avec les usagers de ces structures peuvent cependant rencontrer des difficultés pour aborder la question de la santé, qui relève de l'intime, et être démunis pour apporter aux usagers des réponses concernant leur cheminement vers la santé et l'accès aux droits.</p> <p>Il est donc important que l'institution intègre la question de la santé dans sa réflexion globale concernant la prise en charge des personnes et mette en place à la fois une organisation interne et un partenariat externe qui favorisent la prise en compte de cette problématique au sein de la structure.</p>	

<b>Objectif</b>	
<p>Objectif général : Inclure la dimension santé dans les structures sociales et d'insertion</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer la dimension santé dans le projet d'établissement des structures sociales et d'insertion</li> <li>- Impliquer les professionnels des établissements sociaux et d'insertion dans la prise en compte dans le parcours de vie des usagers de leur accès aux droits et aux soins</li> <li>- Organiser l'articulation entre les organismes accueillant un public en situation de précarité et les différents dispositifs de soins, pour une prise en charge coordonnées des personnes</li> </ul>	

<b>Public concerné</b>	
<p>Structures sociales du domaine de l'Accueil Hébergement Insertion (CHRS, CADA, accueils de jour, Ateliers à la Vie Active, SIAO...)</p> <p>Logements intermédiaires (maisons-relais, résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs...)</p> <p>Structures mettant en œuvre un dispositif d'insertion (missions locales, Conseils Généraux...)</p> <p>Etablissements relevant de la Justice</p>	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n° 11-1	Sensibilisation des établissements et structures accueillant des personnes en situation de précarité pour la mise en œuvre d'une réflexion de fond sur la prise en compte de la problématique "santé" de ces personnes et la déclinaison dans les orientations de l'établissement (projet d'établissement ou projet social)
Action n° 11- 2	<p>Identification d'un référent "santé " au sein de chaque structure sociale ou d'insertion, pouvant être chargé d'un triple rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après recensement des besoins auprès des professionnels et des usagers de l'établissement, élaborer un programme d'actions "santé" collectives (actions d'information sur le système de santé et les droits</li> </ul>

	<p>sociaux, actions de remobilisation sur la santé, actions collectives vers les structures de prévention et de dépistage, ateliers-santé sur des thématiques ciblées...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- être l'interlocuteur des partenaires santé extérieurs à la structure (CPAM, PASS, CSAPA, CAARUD, Secteur de psychiatrie, EMPP...)</li> <li>- soutenir pour les questions de santé les professionnels de la structure dans leur pratique individuelle auprès des usagers</li> </ul>
Action n°11-3	<p>Identification, par l'établissement social ou d'insertion, des structures de soins et de prévention du territoire susceptibles d'intervenir auprès des usagers et/ou en soutien à la pratique des professionnels ;          Mise en place de relations formalisées avec ces dispositifs-ressources à même d'apporter une réponse aux problèmes de santé des usagers : PASS, EMPP, CSAPA, CAARUD, CMP, CV, CLAT, CIDDIST, CDAG, Centres d'examen de santé, réseau de santé de proximité, Hospitalisation à domicile, Services de soins à domicile....          (Cf. fiches-action 4, 7 et 8)</p>
<b>Copilotage des actions</b>	<p>ARS          DRJSCS, DDCS(PP), PJJ</p>
<b>Partenaires pressentis</b>	<p>FNARS          AMILOR, DIRECCTE,          Union Régionale de l'Habitat des Jeunes          Conseils Généraux</p>

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Contractualisation Etat- secteur Accueil Hébergement Insertion
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Partenariat effectif entre les structures d'accueil des personnes en situation de précarité et les dispositifs de santé, pour une prise en charge coordonnée des usagers	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	<p>Rédaction d'une charte formalisant l'engagement des copilotes de la fiche-action          Adhésion des établissements sociaux et d'insertion à la stratégie régionale, traduite par l'inclusion de la thématique santé dans le projet d'établissement ou projet social</p>	

### Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Sous-thème 3 : Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »

<b>Fiche action 12</b>	<b>Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs passerelles pour l'accès à la santé des personnes les plus éloignées des soins : PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT</b>
------------------------	--

<b>Justification de l'action</b>
<p>Nécessité de l'intervention de dispositifs spécifiques pour permettre la réintégration dans un parcours de soins de certaines personnes en grande exclusion, très éloignées des soins pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de demande concernant des soins somatiques et/ou psychiques</li> <li>- absence de logement ou logement incompatible avec la mise en œuvre de soins</li> <li>- perte de repères, rupture de lien social</li> <li>- difficulté à poursuivre une démarche de soins dans la durée</li> <li>- problème de couverture sociale.</li> </ul> <p>Nécessité d'optimiser la réponse aux besoins apportée par ces dispositifs dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disparité de fonctionnement par rapport aux missions assignées</li> <li>- couverture géographique à améliorer sur certains territoires</li> <li>- positionnement de chacun des dispositifs à définir au sein d'un parcours de soin</li> </ul> <p>Nécessité de mieux faire connaître l'existence et les missions de ces « passerelles vers les soins » aux acteurs locaux et au public cible</p>

<b>Objectif</b>
<p>Objectif général : Permettre l'accès des populations le plus en difficulté à des « passerelles vers les soins », nécessaires en préalable à leur accès aux dispositifs de santé de droit commun</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la couverture géographique dans la région des dispositifs « passerelles vers les soins »</li> <li>- Définir un socle minimum d'exigences de fonctionnement pour chacun des dispositifs</li> <li>- Renforcer la visibilité des dispositifs « passerelles vers les soins » dans le parcours de prise en charge des personnes</li> <li>- Assurer le passage de relais entre dispositifs lors des évolutions dans la trajectoire de vie et de soins des personnes</li> </ul>

<b>Public concerné</b>
Etablissements gérant des dispositifs « passerelles vers les soins » du secteur de la santé ou du secteur médico-social : PASS, EMPP, EMP, LHSS, ACT

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°12-1	<p>Implantation de nouveaux dispositifs « passerelles vers les soins » en fonction des besoins recensés, des moyens mobilisables et de l'évolution de la réglementation, en particulier ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PASS dans le bassin houiller</li> <li>- PASS dentaire à Nancy</li> <li>- Equipes Mobiles Précarité prolongeant hors les murs l'action de PASS</li> <li>- Lits d'Accueil Médicalisés, compte-tenu des besoins de la région et dans l'hypothèse où l'expérimentation nationale de LAM en cours serait étendue à d'autres secteurs géographiques</li> <li>- LHSS et ACT sur les territoires de la région estimés déficitaires</li> <li>- FAM pour personnes en grande précarité</li> </ul>

Action n°12-2	Généralisation de la définition et de la mise en œuvre d'un socle minimum d'exigences de fonctionnement pour chacun des dispositifs (PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT, ...) comprenant, outre les exigences propres aux missions de chaque structure, des préconisations visant à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En améliorer la visibilité au moyen d'actions d'information sur son implantation et ses missions</li> <li>- La situer dans le parcours de prise en charge des personnes, en respectant les conditions d'admission prévues par la réglementation et en développant les liens avec les partenaires accueillant le public en amont et en aval de son passage dans le dispositif</li> </ul>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	Structures sociales et associations prenant en charge des personnes en grande précarité FHF, FNARS

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Appels à projets pour la création ou l'extension des dispositifs « passerelles vers les soins » CPOM des établissements de santé Financement des établissements de santé (MIG, DGF) et des établissements médico-sociaux (ONDAM populations spécifiques)
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Amélioration de l'accès aux soins des personnes en grande difficulté et en situation d'exclusion 2012 : mise en œuvre du socle minimum d'exigence de fonctionnement défini pour les PASS dans le volet « lutte contre l'exclusion » du SROS-PRS 2013 : définition et mise en œuvre du socle minimum d'exigence de fonctionnement pour les autres dispositifs (EMPP, LHSS, ACT)	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Pourcentage d'établissements ayant transmis une auto-évaluation correspondant au socle minimum d'exigences de fonctionnement	

## 9) Glossaire

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé  
ACSé : Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances  
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique  
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion  
AME : Aide médicale Etat  
AMILOR : Association des Missions Locales de Lorraine  
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
API : Aide aux Parents Isolés  
ARS Lorraine : Agence Régionale de Santé  
ARS Nancy : Accueil et Réinsertion Sociale  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ASV : Atelier santé Ville  
AVSEA : Association Vosgienne de Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescence et des Adultes  
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues  
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile  
CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
CARMI-Est : Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les Mines de l'Est  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit  
CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de Moselle  
CES : Centre d'Examens de Santé  
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé  
CV : Centres de Vaccinations  
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles  
CG : Conseil Général  
CH : Centre Hospitalier  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CISS : Collectif Inter-Associatif sur la Santé  
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy  
CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Action en faveur des personnes Handicapées ou Inadaptées  
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSP : Code de la Santé Publique  
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale  
DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)  
DGF : Dotation Globale de Fonctionnement  
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale  
EPICES (score) : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé  
EMP : Equipe Mobile Précarité  
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine  
 FHF : Fédération Hospitalière de France  
 FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée  
 FMS : Fédération Médico-sociale des Vosges  
 FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale  
 FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaires  
 FICQS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
 FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs  
 FOMAL : Foyer Mosellan d'Aide aux Libérés  
 GRSP : Groupement Régional de Santé Publique  
 HAS : Haute Autorité de Santé  
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
 IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
 LAM : Lits d'Accueil Médicalisés  
 LHSS : Lits Halte Soins Santé  
 MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
 MIG : Missions d'Intérêt Général  
 MSA : Mutualité Sociale Agricole  
 MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
 ONZUS : Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles  
 PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé  
 PAIO : Permanence d'Accueil Information et Orientation  
 PDAHI : Plan Départemental d'Accueil Hébergement Insertion  
 PDI : Plan Départemental d'Insertion  
 PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
 PNNS : Programme National Nutrition Santé  
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins  
 PRIPI : Programme Régional d'Insertion pour les Populations Immigrées  
 PRS : Projet Régional de Santé  
 PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé  
 RMI : Revenu Minimum d'Insertion  
 RSI : Régime Social des Indépendants  
 RSA : Revenu de Solidarité Active  
 SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés  
 SAVS : Services d'Aide à la Vie Sociale  
 SSR : Service de Suite et de Réadaptation  
 SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins  
 SIAO : Système Intégré d'Accueil et d'Orientation  
 UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires  
 URMFL : Union Régionale de la Mutualité Française Lorraine  
 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

# Programme Régional de Déploiement de la Télémédecine (PRT)

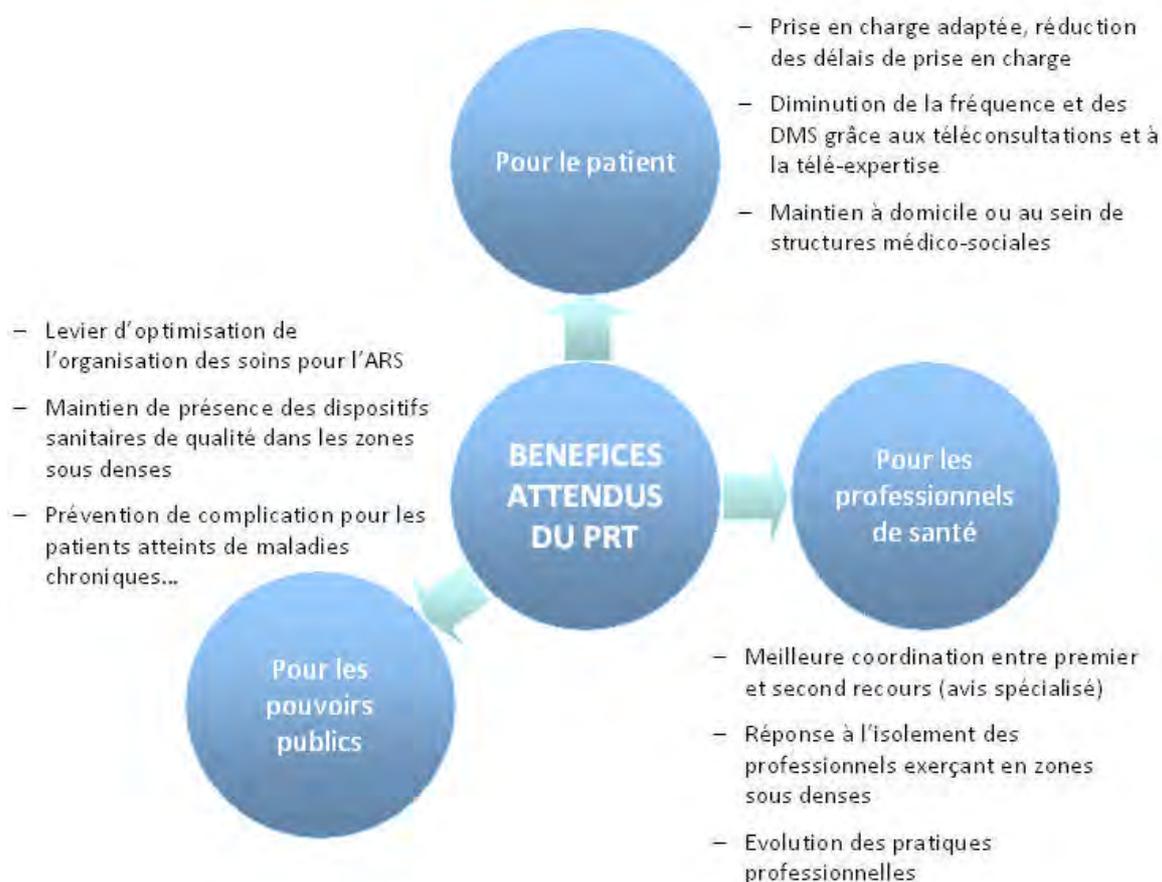
## PRT (Programme Régional de Déploiement de la Télémédecine)

Le déploiement de la télémédecine constitue un **facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé**. Son usage dans les territoires constitue en effet une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

Les objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine

- Améliorer l'**accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires**, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé ;
- Améliorer la **coordination** entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux ;
- Améliorer le **parcours de soins** des patients.

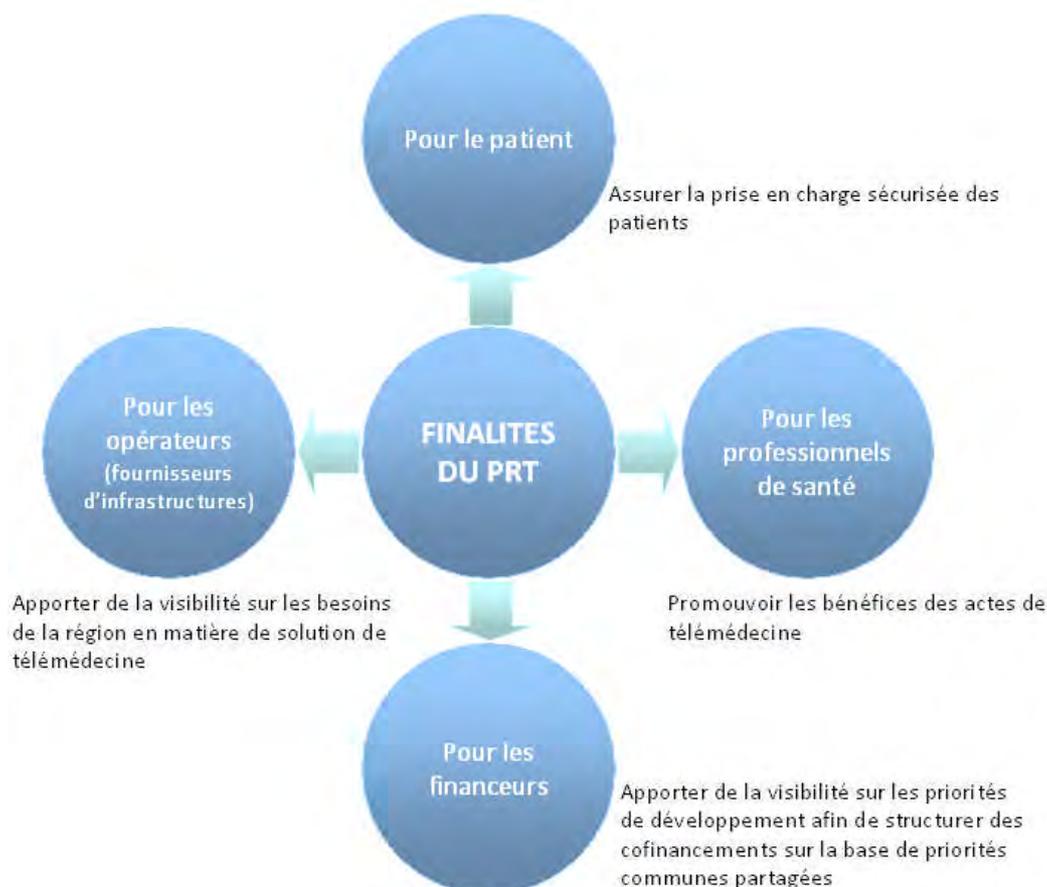
Les bénéfices attendus de la télémédecine par les différents acteurs concernés sont :



## Objet et finalité opérationnelles du PRT

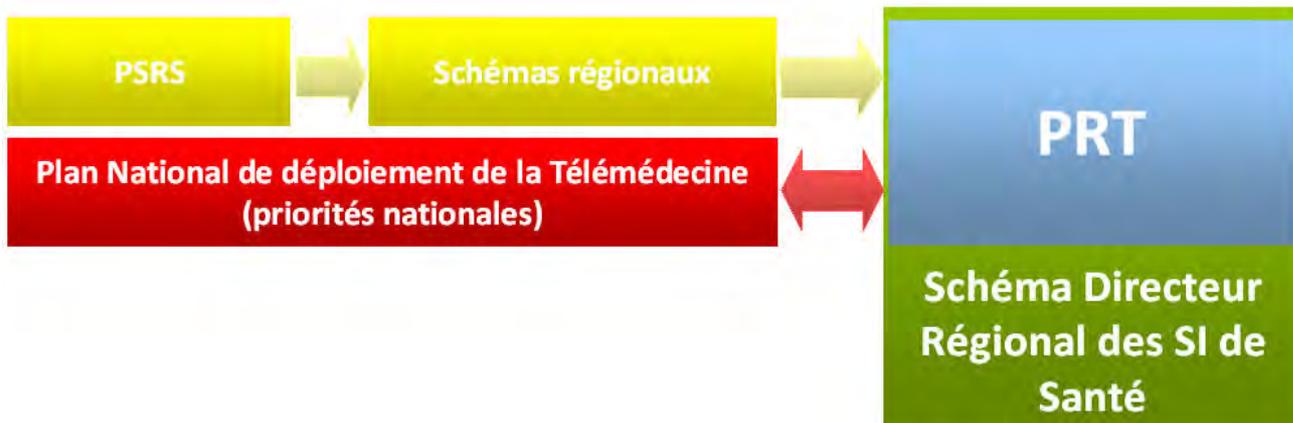
Le PRT est un outil stratégique et opérationnel qui précise les axes stratégiques et les modalités de déploiement et de régulation de la télémédecine :

- En fédérant les différents acteurs et en leur donnant une visibilité et une lisibilité indispensable à leur engagement
- En créant les pré-requis organisationnels, économiques, techniques, éthiques et médicaux au développement de la télémédecine
- En assurant l'articulation et la cohérence entre orientations nationales et priorités régionales

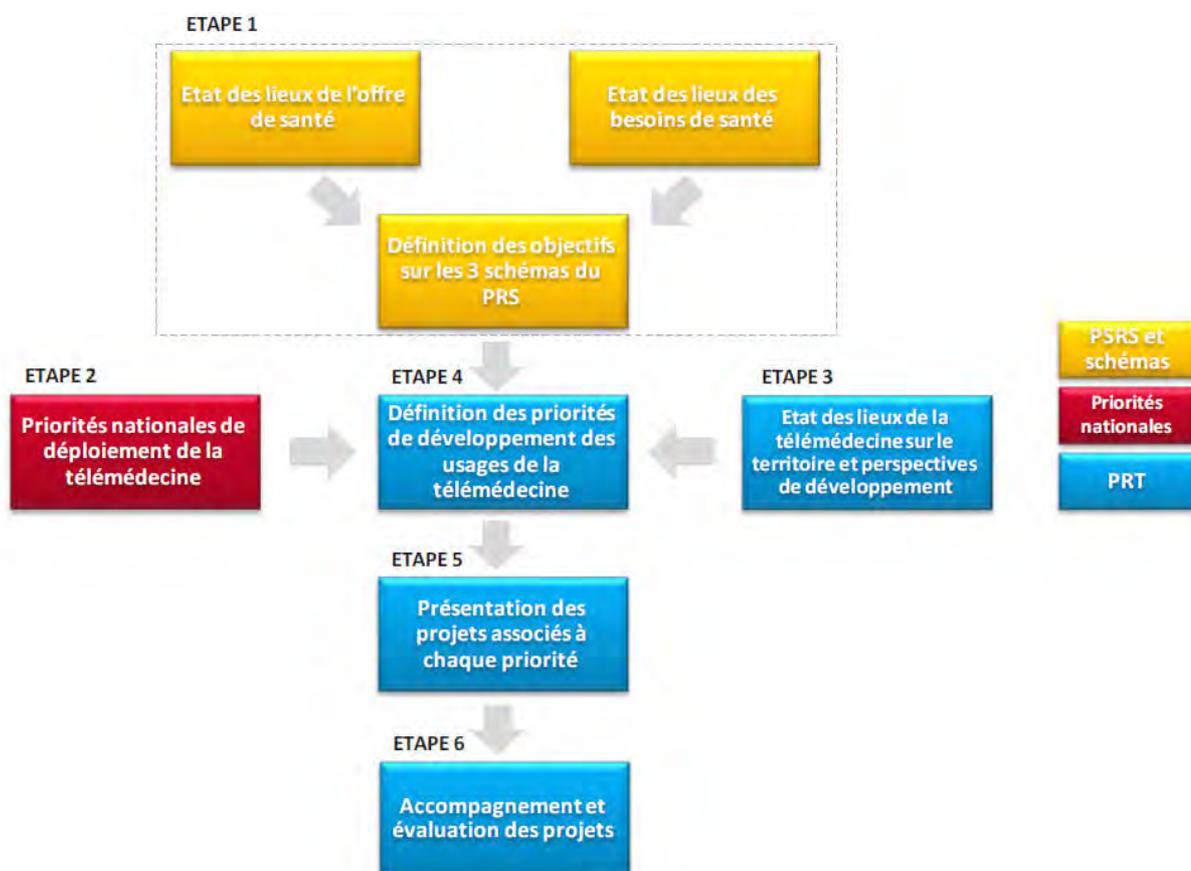


Le PRT doit décliner les modalités spécifiques d'application des schémas du PRS en matière de Télémédecine et le Plan National de déploiement de la Télémédecine.

Il doit être en cohérence avec les orientations régionales des systèmes d'Information (SI) de santé qui seront déclinées à travers un schéma directeur régional des SI de Santé.



Le PRT s'élabore ainsi en 6 étapes



✂ Le PRT est un cadre de déploiement de la télémédecine pour les projets inscrits au PRT ainsi que pour tous les autres projets de télémédecine de la région

### ETAPE 1 : Articulation avec les schémas régionaux

Dans le cadre du PSRS et des schémas régionaux, le recours à la télémédecine est envisagé sur les activités de soins ou pathologies suivantes :

ASR1	Prise en charge de l'AVC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC</li> <li>- Augmenter le nombre de sites pratiquant la thrombolyse : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En lien avec le programme de télémédecine (télé-imagerie et télé-expertise)</li> <li>- Veiller à couvrir l'ensemble du territoire lorrain</li> </ul> </li> </ul>
ASR2	Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) par épuration extrarénale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les alternatives à la dialyse en Centre <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser la télémédecine et les systèmes d'information partagée (dossier médical....)</li> </ul> </li> </ul>
ASR3	Santé des personnes détenues	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir les interventions de télémédecine (consultations pré-anesthésiques, dermatologie) pour réduire les extractions médicales</li> </ul> </li> </ul>
ASR4	Imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter l'offre de soins en imagerie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser la permanence des soins régionale en imagerie, en s'appuyant sur la solution de transfert d'images TLor, pour une prise en charge de premier niveau et en expertise</li> </ul> </li> </ul>
ASR5	Hospitalisation à Domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité et la sécurité des soins <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les outils de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) pour faciliter la prise en charge en HAD notamment en zone rurale et sur les territoires à faible densité de professionnels</li> </ul> </li> </ul>
ASR6	Médico-social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'accès aux soins <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser toute initiative destinée à développer la télésurveillance des maladies chroniques des personnes âgées et/ou handicapées à domicile</li> <li>- Favoriser toute initiative destinée à développer la télémédecine en établissements accueillant des personnes âgées et/ou handicapées</li> </ul> </li> </ul>
ASR7	Ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager les solutions innovantes dont la télémédecine</li> </ul> </li> </ul>
ASR8	Diagnostic Prénatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN (Centre Pluridisciplinaire du diagnostic prénatal) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relancer le fonctionnement de la télémédecine comme outil indispensable à cette coordination</li> </ul> </li> </ul>
ASR9	Génétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre aux différentes structures confrontées à des problèmes de génétique pour la population qu'ils ont en charge de disposer de compétences en génétique via entre autres de la télémédecine</li> </ul> </li> </ul>

ASR10	Médecine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins</li> <li>- Organiser l'accès aux spécialistes hospitaliers et libéraux dans les services de médecine polyvalente via entre autres la télémédecine</li> </ul>
ASR11	Psychiatrie et santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière</li> <li>- Développer l'attractivité des Centres Hospitaliers Spécialisés en zones déficitaires (projets médicaux) et le partenariat transfrontalier entre autres via le développement de la télémédecine (télé expertise, certaines consultations – UCSA*, addictologie)</li> </ul>
ASR12	Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués</li> <li>- Encourager le développement de complémentarités des plateaux de chirurgie et de mutualisation d'activité et de moyens (entre autres via la télémédecine)</li> </ul>

ASRx (Articulation Schémas Régionaux n°x – pour référencement interne au PRT)

Chaque projet retenu dans le cadre du PRT devra répondre en partie ou intégralement à l'un ou plusieurs recours susmentionnés.

## **ETAPE 2 : Articulation avec le Programme National de déploiement de la Télémédecine (PNT)**

Cinq domaines prioritaires de déploiement de la Télémédecine ont été inscrits au Programme National de déploiement de la Télémédecine. Ces priorités nationales ne sont pas exclusives des autres projets innovants pouvant être développés pour la prise en charge d'autres pathologies ou populations.

Le choix de ces 5 domaines répond à des critères qui sont l'impact populationnel, le niveau de diffusion, la qualité, la sécurité et la reproductibilité de l'offre industrielle, la capacité d'intégration dans l'organisation des soins, la facilité de mise en œuvre par les professionnels ainsi que la création de valeur et l'innovation dans la chaîne de soins. Par ailleurs deux axes ont guidé le choix de ces domaines :

- Le premier axe est orienté vers la sélection de projets opérationnels plus matures, diffusés dans plusieurs régions. L'enjeu est de capitaliser sur les expériences avancées afin de modéliser des applications de télémédecine reproductibles. Trois chantiers relèvent de ce premier axe : la permanence des soins en imagerie ; la prise en charge de l'AVC ; les soins aux détenus.
- Le second axe vise à sélectionner des projets innovants, apportant des réponses adaptées à des impératifs de santé publique impactant l'ensemble des territoires de santé. Deux chantiers sont identifiés à ce titre : la prise en charge des maladies chroniques (diabète ; insuffisance respiratoire ; insuffisance cardiaque ; insuffisance rénale chronique ...) ; les soins en structure médico-sociale ou en HAD.

PN1	Permanence des soins en imagerie	Ce domaine répond notamment à la problématique de la permanence des soins des établissements de santé dans un <b>contexte de plus en plus contraint en termes de ressources humaines et de spécialisation des radiologues.</b>
-----	----------------------------------	--

PN2	Prise en charge de l'AVC	<p>Il s'agit ici d'utiliser la télémédecine afin d'accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et de mettre en œuvre un traitement efficace afin de <b>diminuer la mortalité et les séquelles liés aux AVC</b>.</p> <p>Cette démarche s'inscrit en complémentarité des mesures organisationnelles du plan national AVC. Elle apporte des solutions innovantes et pérennes</p>
PN3	Santé des personnes détenues	<p>Il s'agit d'apporter aux personnes détenues des <b>soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale</b>. En effet, les contraintes carcérales rendent difficiles l'accès aux consultations et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients <b>en toute sécurité et de leur assurer des soins de qualité</b></p>
PN4	Prise en charge d'une maladie chronique	<p>Cette application de la télémédecine oblige à un réel <b>décloisonnement</b> des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale des patients. L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladie chronique, le souhait des patients d'être soignés sur leur lieu de vie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé obligent à une prise en charge ambulatoire de ces patients. Les dispositifs médicaux communicants, les visioconférences et l'e-éducation thérapeutique doivent contribuer à atteindre cet objectif.</p>
PN5	Soins en structure médico-sociale ou en HAD	<p>Ce domaine exige d'engager une réflexion sur l'<b>articulation entre les champs sanitaire et médico-social</b>, notamment en termes de gradation des soins entre le premier recours et le second recours. La télémédecine permet de pallier les effets liés au cloisonnement des soins et d'assurer leur continuité dans les établissements médico-sociaux ainsi qu'en hospitalisation à domicile. Il s'agit de maintenir au bon niveau les compétences des professionnels de santé intervenant en ambulatoire et en secteur médico-social.</p>

PNx (Priorité Nationale n°x – pour référencement interne au PRT)

Si on croise les orientations régionales et les priorités nationales on obtient la matrice suivante :

	PN1 Imagerie	PN2 AVC	PN3 Détenus	PN4 Maladies chroniques	PN5 Médico- social ou HAD
ASR1 - AVC	L	C			
ASR2 - IRC				C	
ASR3 - Détenus			C		
ASR4 - Imagerie	C				
ASR5 - HAD					C
ASR6 - Médico-social					C
ASR7 - Ambulatoire					L
ASR8 - Diag. prénatal					
ASR9 - Génétique					
ASR10 - Médecine	L				
ASR11 - Psychiatrie			L		
ASR12 - Chirurgie	L				

C : Cœur de cible ; L : en lien

### **ETAPE 3 : Etat des lieux de l'offre de télémédecine dans la région**

Deux volets constituent cet état des lieux :

- Le recensement des projets de télémédecine
- L'état des lieux des infrastructures et des solutions techniques

#### **Volet 1 : Recensement des projets de télémédecine**

Pour des raisons de calendrier, le recensement des projets de télémédecine n'a pas été réalisé. Il est donc projeté de le réaliser au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2012 ([Fiche Action Elaboration PRT n°1](#))

Ce recensement doit permettre d'apporter une parfaite lisibilité sur le recours à la télémédecine en région Lorraine, sur les modalités qui encadrent ces usages, de cibler les projets à intégrer prioritaire dans le PRT et d'engager le processus de contractualisation visé par le décret télémédecine du 19 octobre 2010.

#### **Volet 2 : Etat des lieux des infrastructures et des solutions techniques**

L'objet de cet état des lieux est d'avoir une parfaite lisibilité sur les infrastructures disponibles en région lorraine et les solutions techniques déployées.

Cette lisibilité devra permettre si nécessaire d'engager une convergence des solutions et de définir une politique de développement des infrastructures et des solutions.

L'ARS de Lorraine a délégué la maîtrise d'ouvrage de l'Espace Numérique Régional de Santé au GCS Télésanté Lorraine. A ce titre, en réponse aux besoins de ses adhérents et dans le cadre de la politique de SI de Santé et de Télémédecine de l'ARS de Lorraine, le GCS Télésanté Lorraine a mis

en œuvre des infrastructures et des solutions régionales permettant de répondre aux usages de la Télémédecine :

- Solution de transfert d'images : TLor
- Solution de WebConférence : LorrConf
- Solution de Messagerie Sécurisée
- Hébergement régional agréé (en cours)
- PACS régional (en projet)

Ces solutions et infrastructures ont naturellement vocation à évoluer au vu des besoins de l'ensemble des professionnels de santé de la région. Ainsi, les usages de la télémédecine en Lorraine doivent prioritairement s'appuyer sur ces infrastructures et solutions.

L'état des lieux des infrastructures et des solutions techniques sera complété dans le cadre du recensement des projets de télémédecine ([Fiche Action Elaboration PRT n°1](#)) et dans le cadre d'une réflexion à engager sur le développement des infrastructures réseau ([Fiche Action Elaboration PRT n°2](#)).

## **ETAPE 4 : Priorités du PRT**

Principes de priorisation

Les priorités du PRT seront définies sur la base de 3 critères :

### ***Enjeux***

- Articulation du projet avec des besoins prioritaires identifiés dans le cadre des schémas du PRS
- Articulation du projet avec l'une des 5 priorités nationales de déploiement de la télémédecine
- Existence d'un projet médical
- Bénéfices pour le patient clairement établis

*Remarque : il est important de noter les liens existants avec d'autres projets de télémédecine*

### ***Accessibilité***

- Le cas échéant accessibilité de la solution par l'utilisateur
- Disponibilité des compétences à mobiliser sur le territoire
- Disponibilité des infrastructures et des technologies nécessaire à la mise en place du projet

### ***Maturité***

- Maturité des protocoles médicaux
- Maturité dans la réflexion du modèle d'organisation sur le territoire
- Maturité dans la réflexion du modèle économique
- Maturité dans la réflexion des aspects juridiques

Tous les projets ne peuvent pas d'emblée répondre à l'ensemble de ces critères et en particulier en ce qui concerne l'accessibilité et la maturité.

Au vu de la réponse des projets à ces critères, les projets qui seront inscrits au PRT le seront dans l'une des 3 catégories suivantes :

### ***Catégorie 1 : Projet à déployer***

Projet accessible et mature

### ***Catégorie 2 : Projet à qualifier***

Projet accessible et non mature

### ***Catégorie 3 : Projet à expérimenter***

Projet non accessible et non mature

Pour chaque catégorie, les projets se verront soumis à un cahier des charges (CDC) permettant de répondre à des objectifs précis et le cas échéant de passer à la catégorie supérieure ou de permettre un déploiement généralisé

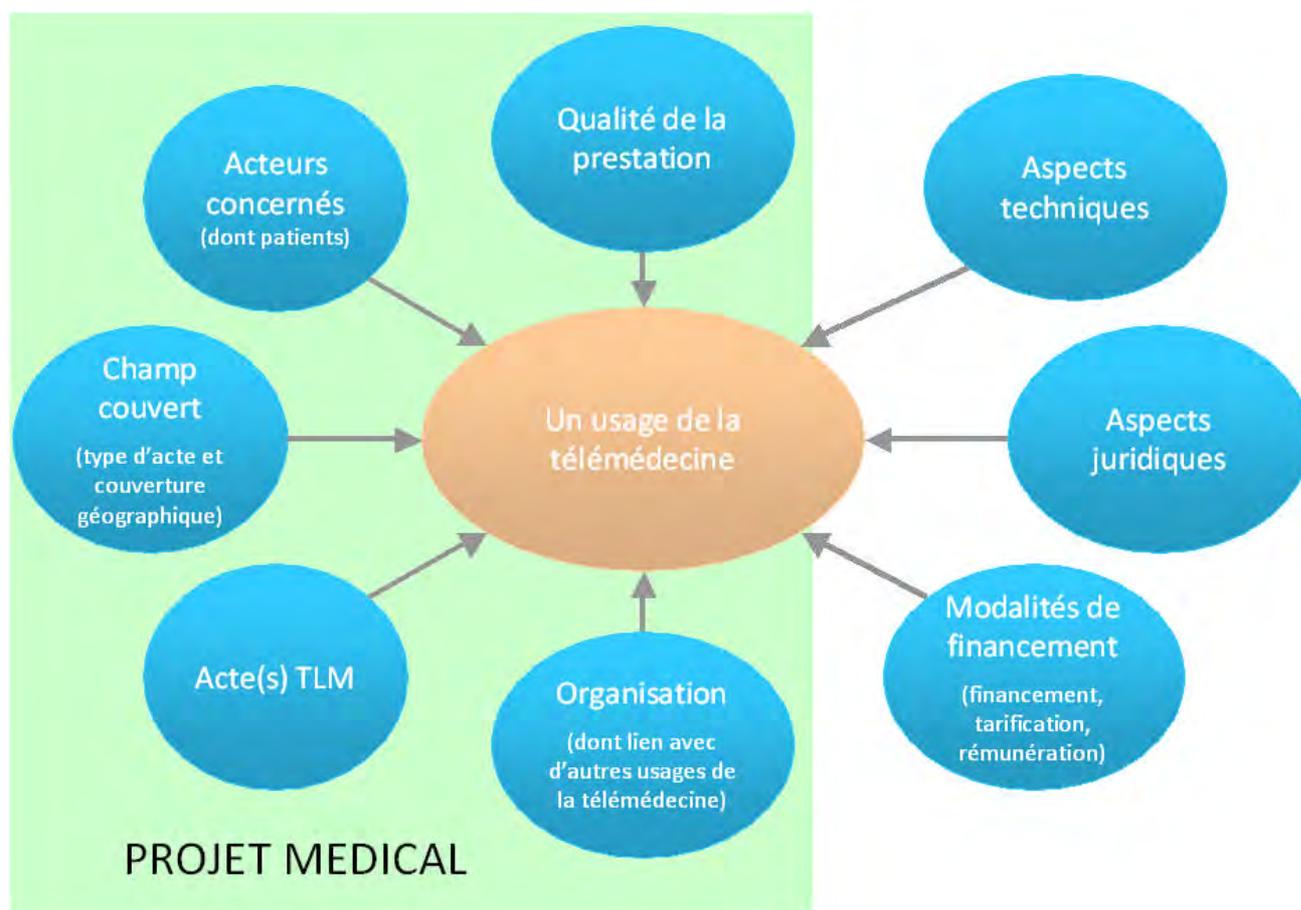
**Catégorie 1** : Définition d'un plan de déploiement

**Catégorie 2** : Qualification des éléments permettant d'atteindre un seuil de maturité permettant de passer à la catégorie supérieure

**Catégorie 3** : Valider l'opportunité du projet et définir son accessibilité

Les cahiers de charges seront à établir au cours du 1er semestre 2012 ([Fiche Action Elaboration PRT n°3](#)).

✂ **La qualification du niveau de maturité et d'accessibilité d'un usage de la télémédecine passe en particulier par la définition de 8 points essentiels**



### Principes d'inscription de projets au PRT

Afin de répondre dans le temps aux priorités nationales et aux orientations du PRS, le PRT doit permettre d'intégrer régulièrement de nouveaux projets.

Pour ce faire, il est nécessaire de définir une procédure d'inscription de nouveaux projets dans le PRT ([Fiche Action Elaboration PRT n°4](#)).

### Priorités initiales du PRT

Au vu des critères de priorisation susmentionnés et des projets déjà en cours et connus, les projets suivants sont inscrits prioritairement dans le PRT :

**Projet Régional de Permanence des Soins en Téléradiologie ([Fiche Projet n°1](#))**

Assurer la continuité et la qualité des demandes d'examen et d'interprétation des images acquises en tous points du territoire régional pour les situations d'urgence rencontrées durant les heures de permanence des soins

**Projet Filière AVC ([Fiche Projet n°2](#))**

Favoriser la précocité de l'administration de la thrombolyse IV à la phase aiguë de l'infarctus *cérébral* sur le territoire lorrain par une *téléconsultation spécialisée clinique neurologique et neuroradiologique (téléexpertise)*

**Projet de Téléexpertise en neurosciences ([Fiche Projet n°3](#))**

*Prise en charge des urgences neurologiques : avis des différents spécialistes des neurosciences sur la conduite à tenir (transfert vers une unité spécialisée ou maintien dans la structure d'origine avec soutien à distance) et la prise en charge diagnostique et thérapeutique.*

*Expertise médicale et en imagerie dans le domaine des neurosciences*

**Projet de Télésurveillance de la dialyse hors centre ou en unités de dialyse médicalisées ([Fiche Projet n°4](#))**

*Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients insuffisants rénaux traités à domicile, en unité d'autodialyse ou en unité de dialyse médicalisée par hémodialyse.*

*Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients insuffisants rénaux traités à domicile par dialyse péritonéale.*

**Projet de Télésurveillance des patients transplantés rénaux ([Fiche Projet n°5](#))**

*Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients transplantés rénaux*

**Projet de Téléconsultation pré-anesthésiques ([Fiche Projet n°6](#))**

*Réduction des extractions médicales des personnes détenues lors des consultations pré-anesthésiques*

Remarque : Les projets sont détaillés dans les fiches actions afférentes.

## **ETAPE 5 : Présentation des projets retenus**

Chaque projet doit faire l'objet d'une description détaillée selon les 8 points essentiels permettant de les qualifier. Les objectifs des projets doivent être clairement énoncés et des indicateurs doivent permettre d'en mesurer l'atteinte.

Le cadre précis de présentation des projets devra être établi au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012 ([Fiche Action Elaboration PRT n°5](#)).

Les projets inscrits initialement dans le PRT feront l'objet d'une première présentation (plus succincte) dans le cadre de leur Fiche Action Projet.

## **ETAPE 6 : Accompagnement et évaluation des projets**

Les projets inscrits au PRT feront l'objet d'un accompagnement, d'un suivi et d'une évaluation régionale ainsi que d'un suivi national.

### **Accompagnement et suivi régional des projets inscrits au PRT**

Il est nécessaire de définir une gouvernance régionale du déploiement de la Télémédecine ([Fiche Action Elaboration PRT n°6](#)) afin :

- de garantir la cohérence, la mutualisation et l'articulation des projets (aspects organisationnels et aspects techniques) ;
- de suivre la mise en œuvre et l'avancement des projets ;
- d'identifier les freins et les difficultés rencontrés ;
- d'apporter une expertise (guides nationaux, retours d'expériences, ...).

### Evaluation régionale des projets inscrits au PRT

Les objectifs de l'évaluation sont de :

- valider l'impact des actions menées ;
- s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés dans le PRT ;
- capitaliser sur les bonnes pratiques et identifier les conditions de reproductibilité.

L'évaluation se fera en 2 étapes par :

- La définition d'indicateurs (intégrés dans la présentation au projet pour les indicateurs propres au projet) ;
- La réalisation de l'évaluation et l'analyse des résultats.

L'évaluation se fera selon 5 axes :

- Enjeux de santé publique
- Technologie (ex. : performance des SI, sécurité du dispositif, ...)
- Organisation (ex. : conditions d'exercice, optimisation de la permanence de soins, ...)
- Qualité (ex. : délai de RdV, contrainte de déplacement, rapidité de prise en charge, ...)
- Economie (performance, économie générée, création de valeurs, impact sur les dépenses de santé et d'assurance maladie)

Les modalités précises d'évaluation sont à définir ([Fiche Action Elaboration PRT n°7](#)).

### Suivi national des projets inscrits au PRT

Le suivi national des projets inscrits aux PRT ciblera à priori des projets « pilotes » retenus en concertation avec les régions.

L'objectif de ce suivi est d'identifier les bonnes pratiques, les facteurs clés des projets et déterminer leur reproductibilité d'une région à l'autre.

Ce suivi prendra la forme de revues de projets (en 2012), il sera piloté par la DGOS (avec l'appui de l'ANAP et de l'ASIP Santé). Son contenu et son périmètre étant en cours de définition.

### Mise en conformité avec le décret du 19 octobre 2010

L'ensemble des acteurs de la télémédecine doivent se mettre en conformité avec le décret du 19 octobre 2010 et en particulier sur les points suivants :

- Mise en conformité des technologies (confidentialité, sécurité)
- Mise en place du dispositif de formation des professionnels et des patients aux actes de télémédecine
- Contractualisation entre l'ARS et les organismes de santé (CPOM ou contrat spécifique)
- Conventonnement entre les organismes de santé et les fournisseurs d'infrastructures



Plan d'action d'élaboration du PRT <i>Ces actions concourent à l'élaboration du programme de déploiement de la télémédecine</i>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°1</a> <b>Recensement des projets de Télémédecine</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°2</a> <b>Réflexion sur le développement des infrastructures réseau (Réseau Très Haut Débit)</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°3</a> <b>Elaboration des cahiers des charges pour chaque catégorie de projets inscrits au PRT</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°4</a> <b>Elaboration d'une procédure d'inscription de nouveaux projets dans le PRT</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°5</a> <b>Elaboration du cadre de présentation des projets et application aux projets inscrits dans le PRT</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°6</a> <b>Définir les modalités régionales d'accompagnement et de suivi des projets inscrits au PRT</b>
<a href="#">Fiche Action Elaboration PRT n°7</a> <b>Définir les modalités régionales d'évaluation des projets inscrits au PRT</b>

<b>Projets de Télémedecine</b> <i>Ces projets sont à développer et à déployer dans le cadre du PRT</i>	<b>Articulation avec les schémas régionaux (PRS) et les priorités nationales (PNT)</b>
<a href="#">Fiche Projet n°1</a> <b>Projet Régional de Permanence des Soins en Téléradiologie</b>	<a href="#">ASR4</a> – Imagerie <a href="#">PN1</a> – Imagerie
<a href="#">Fiche Projet n°2</a> <b>Projet Filière AVC</b>	<a href="#">ASR1</a> – AVC <a href="#">ASR4</a> – Imagerie <a href="#">PN2</a> – AVC
<a href="#">Fiche Projet n°3</a> <b>Projet de Téléexpertise en neurosciences</b>	<a href="#">ASR1</a> – AVC <a href="#">ASR4</a> – Imagerie <a href="#">PN1</a> – Imagerie <a href="#">PN2</a> – AVC
<a href="#">Fiche Projet n°4</a> <b>Projet de Télésurveillance de la dialyse hors centre ou en unités de dialyse médicalisées</b>	<a href="#">ASR2</a> – IRC <a href="#">PN4</a> – Maladies chroniques
<a href="#">Fiche Projet n°5</a> <b>Projet de Télésurveillance des patients transplantés rénaux</b>	<a href="#">ASR2</a> – IRC <a href="#">PN4</a> – Maladies chroniques
<a href="#">Fiche Projet n°6</a> <b>Projet de Téléconsultation pré-anesthésiques</b>	<a href="#">ASR3</a> – Personnes détenues <a href="#">PN3</a> – Personnes détenues

## Plan d'action d'élaboration du PRT

<b>Fiche Action Elaboration n°1</b>	<b>Recensement des projets de Télémedecine</b>	
<b>Justification de l'action</b>		
<p>Permettre d'établir un état des lieux précis des recours à la télémedecine en Lorraine afin de juger de la réponse existante aux objectifs des schémas régionaux , de juger de la maturité (organisationnelle et technique) et de la couverture des usages, de prioriser les projets de télémedecine et aussi de répondre aux exigences de contractualisation posées par le décret télémedecine du 19 octobre 2010.</p>		
<b>Objectif</b>	Etablir un état des lieux régional des projets (et applications existantes) de recours à la télémedecine, des infrastructures et des solutions techniques mises en œuvre ou visées.	
<b>Public concerné</b>		
Toutes les structures sanitaires et tous les professionnels de santé de la région		
<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>	
Action n°1	Elaborer le mode de questionnement <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>	
Action n°2	Intégration de l'état des lieux dans le PRT <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>	
Action n°3	Contractualiser entre l'ARS et les porteurs de projets <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>	
<b>Pilotage des actions</b>	ARS	
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine	
<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Ressources pour l'envoi du questionnaire, suivi des réponses et relances.	
<b>Résultat attendu</b>	Etat des lieux des projets, des applications existantes, des infrastructures et des solutions techniques	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Exhaustivité des réponses	
<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>		
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>		
Recensement des projets dans le cadre du programme national de télémedecine		

<b>Fiche Action Elaboration n°2</b>	<b>Réflexion sur le développement des infrastructures réseau (Réseau Très Haut Débit)</b>
-------------------------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
La télémédecine nécessite d'assurer des échanges performants et sécurisés et ce pour de l'image (sans perte) et de la vidéo haute définition.	

<b>Objectif</b>	Avoir une connaissance des infrastructures régionales Très Haut Débit et définir une stratégie d'accès sécurisé au Très Haut Débit pour la santé.
-----------------	---

<b>Public concerné</b>	
Toutes les structures sanitaires, médico-sociales et tous les professionnels de santé de la région	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Etablir un état des lieux des infrastructures réseaux de la région desservant les structures et les professionnels de santé. <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Définir une politique de réseau Très Haut Débit répondant aux exigences de performance et de sécurisation nécessaires aux usages de la télémédecine. <i>Echéancier : fin d'année 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS Préfecture de région Conseils Généraux
<b>Partenaires pressentis</b>	Préfecture de région – Conseils Généraux – GCS Télésanté Lorraine – Opérateurs réseaux – DATAR

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Implication de la DATAR pour l'élaboration de l'état des lieux Implication politique de la Préfecture de région et des conseils généraux Accompagnement extérieur (AMOA) pour définir la stratégie régionale
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Etat des lieux des infrastructures Intégration d'une politique de réseau Très Haut Débit pour la santé dans les schémas directeurs de la Préfecture de région et des conseils généraux	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>	Intégration de la politique Santé dans les Schémas directeurs d'aménagement numérique du territoire	

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>

<b>Fiche Action Elaboration n°3</b>	<b>Elaboration des cahiers des charges pour chaque catégorie de projets inscrits au PRT</b>
-------------------------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
<p>Afin que chaque projet inscrit au PRT puisse atteindre au mieux les objectifs qu'il porte, il est nécessaire qu'il réponde à des objectifs propres à la catégorie dans laquelle il s'inscrit. Objectifs de déploiement, objectifs de qualification et de définition, objectifs de validation d'opportunité.</p>	

<b>Objectif</b>	Avoir un cahier des charges propre à chaque catégorie de projet.
-----------------	--

<b>Public concerné</b>	Tous les porteurs de projets de télémédecine
------------------------	--

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Définir les objectifs propres à chaque catégorie <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Définir les modalités d'atteinte des objectifs susmentionnés <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Un cahier des charges par catégorie	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>		

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>

<b>Fiche Action Elaboration n°4</b>	<b>Elaboration d'une procédure d'inscription de nouveaux projets dans le PRT</b>
-------------------------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	<p>Le PRT décrit les priorités de développement de la télémédecine. A ce titre, il est nécessaire que les projets qui y sont inscrits répondent à des priorités régionales et nationales. Il est donc impératif que l'inscription de projets dans le PRT fasse l'objet d'une procédure d'instruction et de validation.</p>
----------------------------------	--

<b>Objectif</b>	Permettre l'inscription de nouveaux projets dans le PRT.
-----------------	--

<b>Public concerné</b>	Tous les porteurs de projets de télémédecine
------------------------	--

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Elaborer une procédure d'inscription <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Mettre en place un comité d'expertise <i>Echéancier : 3<sup>ème</sup> trimestre 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine – Fédérations hospitalières – URPS Médecins Libéraux – Coordinateurs EHPAD – Experts (PS)

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Procédure d'inscription Comité d'expertise	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>		

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>

<b>Fiche Action Elaboration n°5</b>	<b>Elaboration du cadre de présentation des projets et application aux projets inscrits dans le PRT</b>
-------------------------------------	---

<b>Justification de l'action</b>	
Chaque projet doit faire l'objet dans le PRT d'une présentation détaillée, des objectifs visés et d'indicateurs afférents afin d'apporter une parfaite lisibilité des projets à l'ensemble des acteurs de la région.	

<b>Objectif</b>	Rendre chaque projet parfaitement lisible avec des objectifs précis.
-----------------	--

<b>Public concerné</b>	
Tous les porteurs de projets de télémédecine	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Elaborer un cadre de présentation des projets <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Appliquer le cadre défini aux projets inscrits au PRT <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Cadre de présentation des projets Présentation des projets inscrits au PRT	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>		

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>

<b>Fiche Action Elaboration n°6</b>	<b>Définir les modalités régionales d'accompagnement et de suivi des projets inscrits au PRT</b>
-------------------------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
Afin d'assurer la réussite des projets inscrits au PRT, il est nécessaire de les accompagner et de les suivre au niveau régional.	

<b>Objectif</b>	Accompagner et suivre les projets inscrits au PRT afin d'assurer l'atteinte des objectifs
-----------------	---

<b>Public concerné</b>	
Tous les porteurs de projets de télémédecine	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Elaborer une méthodologie d'accompagnement et de suivi des projets <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Mettre en place un comité de pilotage régional du PRT <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS - DPGDR
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine - GCS Télésanté Lorraine – Fédérations hospitalières – URPS Médecins Libéraux – Coordinateurs EHPAD – Experts

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Attente de directives nationales sur les modalités financières d'accompagnement.
--	--

<b>Résultat attendu</b>	Méthodologie d'accompagnement et de suivi des projets Comité de pilotage régional du PRT	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>		

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>
Modalités d'accompagnement national des projets de télémédecine

<b>Fiche Action Elaboration n°7</b>	<b>Définir les modalités régionales d'évaluation des projets inscrits au PRT</b>
-------------------------------------	--

<b>Justification de l'action</b>	
Afin de mesurer l'atteinte des objectifs des projets de télémédecine et de capitaliser sur la valeur ajoutée générée par ces projets il est nécessaire de les évaluer.	

<b>Objectif</b>	Evaluer les projets inscrits au PRT
-----------------	-------------------------------------

<b>Public concerné</b>	
Tous les porteurs de projets de télémédecine	

<b>actions associées</b>	<b>Libellé</b>
Action n°1	Elaborer une méthodologie d'évaluation <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
Action n°2	Mettre en place un comité d'évaluation régional du PRT <i>Echéancier : 1<sup>er</sup> semestre 2012</i>
<b>Pilotage des actions</b>	ARS
<b>Partenaires pressentis</b>	GCS Télésanté Lorraine - GCS Télésanté Lorraine – Fédérations hospitalières – URPS Médecins Libéraux – Coordinateurs EHPAD – Experts

<b>Moyens ou leviers à mettre en œuvre</b>	Choix éventuel d'un prestataire externe pour accompagnement dans la définition des modalités d'évaluation
--	---

<b>Résultat attendu</b>	Méthodologie d'accompagnement et de suivi des projets Comité de pilotage régional du PRT	Indicateur n°
<b>Indicateur d'évaluation</b>		

<b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>
<b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>
Modalités d'accompagnement national des projets de télémédecine

## Fiches Projets Télémédecine

- ✍ Les projets sont présentés tels qu'ils sont actuellement définis par les porteurs de projets. La cible visée et les modalités présentées pourront être amenées à évoluer, en concertation avec les porteurs de projets et les principaux acteurs, afin de répondre plus précisément aux enjeux nationaux et régionaux

Fiche Projet n°1	Projet Régional de Permanence des Soins en Téléradiologie
Articulation PRS	ASR4 – Imagerie
Articulation PRT	PN1 – Imagerie
Catégorie	1 – Projet à déployer et 2 – Projet à qualifier <i>Le déploiement du projet est prévu en 2012 suite à une phase d'expérimentation permettant de finaliser le projet médical et d'ajuster les dispositions définies.</i>
Structure(s) porteuse(s) et contact	ARS de Lorraine Jean-Louis Fuchs (Responsable SI de Santé)  Délégation de maîtrise d'ouvrage au GCS Télésanté Lorraine Christian Badinier (Directeur)
Date de démarrage du projet (effective ou prévue)	Définition – 2008 Démarrage du déploiement – 1 <sup>er</sup> semestre 2012
Objectifs du projet	L'objectif du projet régional de permanence des soins en téléradiologie est d'assurer la continuité des demandes et des interprétations des images acquises en tous points du territoire régional pour les situations d'urgence rencontrées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés au travers d'une organisation régionale. Ainsi, le projet consiste à substituer les astreintes radiologiques actuellement réalisées en PDS au sein de chaque établissement par une organisation régionale en téléradiologie
Enjeux de santé publique	Répondre à la pénurie des radiologues et aux inégalités de prise en charge sur le territoire.  <u>Accessibilité de soins</u> L'accessibilité aux soins n'est plus liée aux moyens dédiés à l'ES (en termes de radiologues)  <u>Qualité et sécurité des soins</u> Professionnalisation des gardes et astreintes radiologiques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration de protocoles</li> <li>- Evaluation des pratiques professionnelles</li> </ul> <u>Conditions de travail des professionnels</u> Amélioration des conditions d'exercice des radiologues <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurisation liée à la possibilité d'avis complémentaire (possibilité de complémentarité des compétences lors de la composition des listes de gardes et d'astreintes).</li> <li>- Limitation des déplacements</li> <li>- Nombre de gardes et d'astreintes réduit (effort de la permanence des soins sur un plus grand nombre de radiologues –partenariat public-privé– et dans le cadre d'une activité mieux répartie)</li> </ul>

Acte(s) de Télémedecine	<input checked="" type="checkbox"/> Téléconsultation <input type="checkbox"/> TéléExpertise <input type="checkbox"/> TéléSurveillance <input type="checkbox"/> TéléAssistance
Liste des acteurs et rôle de chaque acteur (patients, professionnels, structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient nécessitant un scanner ou une IRM en urgence</li> <li>- Le médecin urgentiste qui prend charge le patient. Il est en relation avec le téléradiologue pour initier la demande d'acte et pour récupérer le diagnostic et sécurise l'acte auprès du manipulateur.</li> <li>- Le manipulateur présent sur place. Il est en relation avec le téléradiologue pour réaliser l'acte sécurisé par le médecin urgentiste et transmettre les images</li> <li>- Le téléradiologue. Il est en relation avec le médecin urgentiste pour définir l'acte à réaliser et poser un diagnostic. Il est en relation avec le manipulateur pour préciser techniquement l'acte à réaliser et pour la récupération des images.</li> </ul>
Articulation avec autre projet de télémedecine	Projet Filière AVC ( <a href="#">Fiche Projet n°2</a> ) Projet de Téléexpertise en neurosciences ( <a href="#">Fiche Projet n°3</a> )
Articulation avec autres projets (hors télémedecine)	PACS régional
Couverture existante	Solution technique TLor utilisée sur 4 établissements <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutualisation des astreintes entre Hospitalor St Avold et l'hôpital de Freyming</li> <li>- Astreintes du CH de Remiremont</li> <li>- Astreintes du CH d'Epinal</li> </ul> Soit plus de 250 actes par mois
Couverture visée	<u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine  <u>Nb professionnels</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 40 et 60 radiologues (publics-privés)</li> <li>- Tous les urgentistes de Lorraine</li> <li>- Tous les manipulateurs intervenants sur les Scanners et IRM</li> <li>- Tout clinicien des ES dans le cadre d'urgences en PDS</li> </ul> <u>Nb actes réalisés en télémedecine/an</u> Environ 27000 scanners et 3000 IRM
Organisation (décrire les principes d'organisation et les processus de télémedecine)	<u>Processus de télémedecine</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin urgentiste qui prend charge le patient. Il est en relation avec le téléradiologue pour initier la demande d'acte et pour récupérer le diagnostic et sécurise l'acte auprès du manipulateur.</li> <li>- Le manipulateur présent sur place. Il est en relation avec le téléradiologue pour réaliser l'acte sécurisé par le médecin urgentiste et transmettre les images</li> <li>- Le téléradiologue. Il est en relation avec le médecin urgentiste pour définir l'acte à réaliser et poser un diagnostic. Il est en relation avec le manipulateur pour préciser techniquement l'acte à réaliser et pour la récupération des images.</li> </ul>

	<p><u>Organisation régionale</u>  Pour assurer cette organisation et les prestations, il est nécessaire d'avoir une entité autonome (GCS de moyens) gérant l'organisation de la permanence des soins en radiologie dont les missions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une mission d'organisation de la PDS consistant à gérer l'activité de permanence des soins en radiologie, à organiser le tableau des gardes et astreintes, à gérer le matériel et les besoins (en lien avec le GCS Télésanté Lorraine), à facturer les actes et les flux financiers entre les demandeurs et les offreurs.</li> <li>- Une mission d'évaluation consistant à mettre en place des groupes de réflexion afin d'élaborer une charte de bonne pratique, à évaluer les problématiques rencontrées lors de l'utilisation de la plate-forme, à mettre en place des indicateurs de qualité, à vérifier le respect sur chaque site des critères de qualité exigés pour l'usage de la téléradiologie, à valider les connaissances des utilisateurs en relation étroite avec les sociétés savantes régionales et nationales et les autorités de tutelle concernées.</li> <li>- Une mission de formation consistant à proposer des sessions de formation à destination des utilisateurs de la plate-forme et à créer des modules de formation de téléradiologie ou de télé médecine, en lien avec les universités et écoles de la région.</li> </ul>
Solution(s) technique(s)	Solution de transfert d'images TLor.
Eléments complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet a été retenu par l'ASIP dans le cadre de l'appel à projets Télé médecine 1 – Volet 2 et bénéficie à ce titre d'un financement (2,4 M€ intégrant aussi la filière AVC et des usages de téléconsultation)</li> <li>- Un financement annuel MIG PDSES est prévu pour financer l'organisation régionale (1,5 M€ selon les premières estimations) en complément des recettes liées aux actes</li> </ul>

<b>Fiche Projet n°2</b>	<b>Projet Filière AVC</b>
-------------------------	---------------------------

<b>Articulation PRS</b>	<a href="#">ASR1</a> – AVC <a href="#">ASR4</a> – Imagerie
<b>Articulation PRT</b>	<a href="#">PN2</a> – AVC
<b>Catégorie</b>	2 – Projet à qualifier <i>Projet en cours d'expérimentation (avec un site opérationnel) à qualifier</i>

Structure(s) porteuse(s) et contact	Service de Neurologie - CHU De Nancy Pr Xavier Ducrocq
Date de démarrage du projet (effective ou prévue)	1 <sup>er</sup> trimestre 2012 (pour établir sur un territoire une organisation pérenne et sécurisée)
Objectifs du projet	En complément d'une organisation régionale de la prise en charge de l'AVC, favoriser la précocité de l'administration de la thrombolyse IV à la phase aiguë de l'infarctus cérébral sur le territoire lorrain par une téléconsultation spécialisée clinique neurologique et neuroradiologique (téléexpertise) Améliorer le pronostic des infarctus cérébraux sur le territoire lorrain
Enjeux de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser le traitement des patients AVC selon les données actuelles de la science et les recommandations HAS pour les patients éligibles à la thrombolyse (10 à 15% des 5500 personnes victimes annuellement d'un AVC en Lorraine)</li> <li>- Réduire la morbi-mortalité liée aux AVC</li> <li>- Mettre en œuvre le Plan National de Lutte contre les AVC 2010-2014</li> <li>- Faire face à la sévère pénurie démographique en Neurologues dont est affligée la Lorraine, compromettant l'adéquation des moyens humains spécialisés à mettre en œuvre avec les conditions requises pour traiter les patients victimes d'infarctus cérébral selon les données actuelles de la science, l'AMM de l'Actilyse® dans cette indication, les recommandations HAS 2009</li> </ul>
Acte(s) de Télé médecine	<input checked="" type="checkbox"/> Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/> TéléExpertise <input type="checkbox"/> TéléSurveillance <input type="checkbox"/> TéléAssistance
Liste des acteurs et rôle de chaque acteur (patients, professionnels, structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologues et Neuroradiologues du CHU de Nancy (UNV)</li> <li>- CHR Metz-Thionville : neurologues et radiologues (UNV)</li> <li>- CH de Freyming-Merlebach (UNV)</li> <li>- SAMUs lorrains</li> <li>- L'ensemble des ES ayant une structure d'urgences et retenu dans le cadre de l'organisation régionale de la prise en charge de l'AVC</li> <li>- (Médecins urgentistes et médecins titulaires du DIU neurovasculaire, radiologie et Service de Médecine qualifié centre Thrombolyse)</li> </ul>
Articulation avec autre projet de télé médecine	Projet Régional de Permanence des Soins en Télé radiologie ( <a href="#">Fiche Projet n°1</a> ) Projet de Téléexpertise en neurosciences ( <a href="#">Fiche Projet n°3</a> )
Articulation avec autres projets (hors télé médecine)	Projet de PACS Régional

Couverture existante	<p><u>Couverture géographique</u> : Nancy-Bar-le-Duc</p> <p>✂ Actuellement télémedecine au cas par cas sur la base d'une organisation non pérenne et non sécurisée.</p> <p><u>Nb professionnels</u> : une vingtaine</p> <p><u>Nb actes réalisés en télémedecine</u> Environ 50 téléconsultations expertes entre CHG Bar-le-Duc et CHU Nancy depuis octobre 2010</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u> Sur 50 patients évalués, une indication de thrombolyse a été retenue chez 25 qui ont été traités sur place, dans des délais les plus brefs (on peut estimer e gain de temps à 1h – 1h30 par rapport à un transfert sur Nancy ; économie sur le coût du transfert)</p>
Couverture visée	<p><u>Couverture géographique</u> : Lorraine</p> <p>✂ Mettre en œuvre une organisation pérenne et sécurisée sur un territoire (ex. : Meuse)</p> <p><u>Nb professionnels</u> : entre cinquante et cent Services de Médecine concernés, SAMUs, SAU, Services de Neurologie, services de radiologie, ...</p> <p><u>Nb actes à réaliser en télémedecine (par an)</u> On peut estimer à 2 à 3000 téléconsultations (cf. expérience en Franche-Comté)</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u> Entre 200 et 300</p> <p><u>Planning de déploiement envisagé</u> Certains centres peuvent démarrer très rapidement (Nancy, Metz-Thionville, Freyming-Merlebach, Bar-le-Duc, Verdun), d'autres pourraient démarrer dans un second temps</p>
Organisation (décrire les principes d'organisation et les processus de télémedecine)	<p>Le système permet d'apporter une expertise neurologique clinique (examen à distance par web-cam dédiée par un expert neurologue) dans un centre ayant accueilli le patient au plus proche du lieu de survenue de son AVC et n'étant pas pourvu en neurologue ou en médecin titulaire du DIU neurovasculaire, ou n'ayant pas encore l'expérience suffisante dans le domaine de la thrombolyse.</p> <p>Ainsi qu'une expertise neuroradiologique H24, spécialisée dans le domaine de l'infarctus cérébral en cours de constitution.</p> <p>Cette double expertise permettra de poser l'indication de la thrombolyse dans les plus brefs délais avec une sécurité maximale.</p>
Solution(s) technique(s)	Solution régionale de téléconsultation via le GCS Télésanté Lorraine
Eléments complémentaires	L'AMM de l'Actilyse n'est pas encore étendue à d'autres praticiens que les neurologues, mais cela est pris en compte par les recommandations HAS 2009 : « Dans les établissements ne disposant pas d'une UNV, l'indication de thrombolyse doit être portée lors d'une téléconsultation par télémedecine du médecin neurovasculaire de l'UNV où le patient sera transféré après thrombolyse (hors AMM) (accord Professionnel) ».

Pour rappel : « Dans les établissements disposant d'une UNV, la thrombolyse IV est prescrite par un neurologue (AMM) et/ou un médecin titulaire du DIU neurovasculaire (hors AMM). Le patient doit être surveillé au sein de l'UNV (accord professionnel) ». (HAS 2009)

Par ailleurs, une extension d'AMM pour l'Actilyse dans l'infarctus cérébral est en cours de validation pour les centres ne disposant ni de neurologue, ni de médecins titulaires du DIU neurovasculaire, ni d'UNV. Elle permettrait aux médecins urgentistes de réaliser la thrombolyse sous couvert d'une expertise neurovasculaire par télé médecine. (cf APM 26/10/2011)

Ce projet fait l'objet d'une réflexion mûrie depuis quelques années, dès 2005 (présenté lors du congrès annuel du Collège Lorrain des Urgences à Vittel, avec réalisation d'une téléconsultation en direct avec le Centre hospitalier Bichat de Paris – Pr P. Amarencu).

Une bourse ANTEL a été obtenue par l'équipe Neurovasculaire du CHU (Dr Richard, Pr Ducrocq) en 2010.

Il a été retenu au niveau national par l'ASIP Santé dans le projet (télé médecine volet 2) présenté par le GCS Télésanté Lorraine.

<b>Fiche Projet n°3</b>	<b>Projet de Téléexpertise en neurosciences</b>
-------------------------	---

<b>Articulation PRS</b>	<a href="#">ASR1</a> – AVC <a href="#">ASR4</a> – Imagerie
<b>Articulation PRT</b>	<a href="#">PN1</a> – Imagerie <a href="#">PN2</a> – AVC
<b>Catégorie</b>	1 – Projet à déployer et 2 – Projet à qualifier <i>Le déploiement du projet est effectif, cependant il va s'étendre avec le passage à l'utilisation de la solution de transfert d'images TLor. Les projets liés (PDS en téléradiologie et Filière AVC) auront sûrement un impact sur l'organisation du recours régional en neurosciences.</i>

<b>Structure(s) porteuse(s) et contact</b>	Service de Neuroradiologie – CHU Nancy Pr Serge Bracard
<b>Objectifs du projet</b>	Pérenniser et accroître l'activité d'expertise clinique et radiologique à l'aide de transferts d'images mise en place en 1992 et en progression constante depuis cette date  Prise en charge des urgences neurologiques : avis des différents spécialistes des neurosciences sur la conduite à tenir (transfert vers une unité spécialisée ou maintien dans la structure d'origine avec soutien à distance) et la prise en charge diagnostique et thérapeutique.  Expertise médicale et en imagerie dans le domaine des neurosciences
<b>Date de démarrage du projet (effective ou prévue)</b>	1992
<b>Enjeux de santé publique</b>	Efficiences des prises en charge
<b>Acte(s) de Télé médecine</b>	<input type="checkbox"/> Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/> TéléExpertise <input type="checkbox"/> TéléSurveillance <input type="checkbox"/> TéléAssistance
<b>Liste des acteurs et rôle de chaque acteur (patients, professionnels, structures)</b>	<u>En neuroradiologie</u> - Manipulateur - Médecin (s) : neuroradiologue, neurochirurgien, neurologue, neuro réanimateur - Secrétaire <u>Services demandeurs</u> - Clinicien - Urgentiste - radiologue
<b>Articulation avec autre projet de télé médecine</b>	Projet Régional de Permanence des Soins en Téléradiologie ( <a href="#">Fiche Projet n°1</a> ) Projet Filière AVC ( <a href="#">Fiche Projet n°2</a> )
<b>Articulation avec autres projets (hors télé médecine)</b>	Projet de PACS Régional
<b>Couverture existante</b>	<u>Couverture géographique</u> : Lorraine (la plupart des centres hospitaliers)

	<p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 manipulateur</li> <li>- nb de médecins variable selon le problème posé : neuroradiologue, neurochirurgien, neurologue, neuro réanimateur</li> <li>- 1 secrétaire</li> </ul> <p><u>Nb actes réalisés en télémédecine</u> Début de fonctionnement : 1992 avec une progression constante de l'activité. Quelques chiffres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2005 : 490 transferts d'images</li> <li>- 2010 : 1447</li> <li>- 2011 ≈ 1760</li> </ul> <p><u>Nb patients pris en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 30 % des patients ont justifié d'un transfert mais 70% ont pu rester dans leur structure d'origine avec un avis spécialisé</li> </ul> <p><u>Autres informations d'usages significatives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les progrès de technologies (de Numéris vers ADSL sécurisée) ont amélioré la qualité de la prestation et favorisent l'augmentation des demandes. Le passage à l'utilisation de la solution régionale de transfert d'images TLor devrait augmenter encore cette activité</li> </ul>
Couverture visée	<p><u>Couverture géographique</u> : Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u> : idem existant</p> <p><u>Nb actes à réaliser en télémédecine (par an)</u> Augmentation du fait de la généralisation de l'offre à l'ensemble du territoire par TLor (&gt;2000/an) Impact lié à la mise en œuvre du projet de PDS en téléradiologique difficile à chiffrer (augmentation de 10% à 20% ?)</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u> : à peu près le même nombre Le pourcentage des patients transférés est stabilisé à environ 30 %</p> <p><u>Autres informations d'usages significatives</u> L'objectif de la demande est de maintenir cette activité cadrée par une procédure et des protocoles définis. Ce cadre doit être rénové sur le plan réglementaire et contractuel et cette activité doit utiliser les outils actuels et communs aux télétransmissions d'images</p> <p><u>Planning de déploiement envisagé</u> Non défini</p>
Organisation (décrire les principes d'organisation et les processus de télémédecine)	<p><u>Procédure actuelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin demandeur contacte, en tout premier, téléphoniquement le manipulateur en Neuroradiologie</li> <li>- le manipulateur de Neuroradiologie organise la liaison entre le médecin demandeur et le médecin neuroradiologue de garde et / ou l'interne de Neurochirurgie si la demande concerne uniquement le service de Neurochirurgie</li> <li>- Parallèlement, le manipulateur s'assure du bon fonctionnement des systèmes de réceptions d'images</li> <li>- Les 3 premières rubriques de l'imprimé " demande de transfert</li> </ul>

	<p>d'images" doivent être remplies par le médecin demandeur et transmises par fax dans les suites immédiates de la demande téléphonique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parallèlement à l'envoi de ce fax, le médecin demandeur devra réaliser le transfert des images vers le Service de Neuroradiologie du C.H.U. de Nancy. Dès réception le manipulateur se charge :</li> <li>- d'intégrer les images reçues dans le PACS pour le neuroradiologue</li> <li>- de les transférer dans le WEB 1000 pour les cliniciens concernés</li> <li>- Lorsque cela est nécessaire, le neuroradiologue de garde se met en relation avec les autres spécialistes de façon à organiser la consultation pluridisciplinaire</li> <li>- Après consultation du dossier, les conclusions sont transmises téléphoniquement au médecin demandeur par le médecin spécialiste consulté et confirmées impérativement par fax par le manipulateur sur l'imprimé initialement utilisé</li> <li>- Le manipulateur complète la fiche du patient, initialement ouverte, dans le système informatique</li> <li>- Le compte-rendu est envoyé au service demandeur dans les jours qui suivent la consultation</li> </ul>
Solution(s) technique(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert par Numeris (2X 64K) avec quelques rares établissements</li> <li>- Tunnel VPN sécurisé inter-établissements se reposant sur une ligne ADSL en sécurisation IP Sec</li> </ul>

<b>Fiche Projet n°4</b>	<b>Projet de Télésurveillance de la dialyse hors centre ou en unités de dialyse médicalisées</b>
<b>Articulation PRS</b>	<a href="#">ASR2</a> – IRC
<b>Articulation PRT</b>	<a href="#">PN4</a> – Maladies chroniques
<b>Catégorie</b>	1 – Projet à déployer et 2 – Projet à qualifier <i>Le déploiement du projet est largement entamé, il s'agit de valider, voire compléter sa qualification et poursuivre le déploiement</i>
<b>Structure(s) porteuse(s) et contact</b>	ALTIR (Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale) Dr Jacques Chanliau (Directeur)
<b>Objectifs du projet</b>	<p><b><u>Sous-projet : Dialyse péritonéale</u></b> Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients insuffisants rénaux traités à domicile par dialyse péritonéale.</p> <p><b><u>Sous-projet : Hémodialyse</u></b> Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients insuffisants rénaux traités à domicile, en unité d'autodialyse ou en unité de dialyse médicalisée par hémodialyse</p> <p><b><u>Sous-projet : UDM télésurveillée à Bar le Duc</u></b> Mise en place d'une unité de dialyse médicalisée télésurveillée par l'équipe médicale de Verdun à Bar le Duc</p>
<b>Date de démarrage du projet (effective ou prévue)</b>	<p><b><u>Dialyse péritonéale</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude clinique de juin 1999 à août 2002</li> <li>- Expérience pilote régionale de janvier 2003 à décembre 2005</li> <li>- Utilisation en routine depuis janvier 2006</li> </ul> <p><b><u>Hémodialyse</u></b> Février 2003</p> <p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le Duc</u></b> 1<sup>er</sup> trimestre 2012</p>
<b>Enjeux de santé publique</b>	<p><b><u>Dialyse péritonéale et Hémodialyse</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion de la dialyse péritonéale comme traitement de l'insuffisance rénale (<i>spécifique « Dialyse péritonéale »</i>)</li> <li>- Promotion de la dialyse autonome de proximité comme traitement de l'insuffisance rénale. (Hémodialyse à domicile, autodialyse, dialyse médicalisée) (<i>spécifique « Hémodialyse »</i>)</li> <li>- Diminution du coût du traitement</li> <li>- Traitement de proximité</li> <li>- Maintien de l'autonomie des patients</li> </ul> <p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le duc</u></b> Ce projet répond au besoin de développement de structures légères de traitement de l'insuffisance rénale par dialyse (UDM) permettant un accès aux soins de proximité.</p>
<b>Acte(s) de Télé médecine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Téléconsultation (<i>spécifique « UDM télésurveillée à Bar le Duc »</i>)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> TéléExpertise</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> TéléSurveillance</li> <li><input type="checkbox"/> TéléAssistance</li> </ul>

<p>Liste des acteurs et rôle de chaque acteur (patients, professionnels, structures)</p>	<p><b><u>Dialyse péritonéale et Hémodialyse</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients traités à domicile ou dans les unités d'autodialyse ou de dialyse médicalisée (<i>spécifique «Hémodialyse»</i>)</li> <li>- Patients traités à domicile pour la dialyse péritonéale (<i>spécifique « Dialyse péritonéale »</i>)</li> <li>- Néphrologue en charge du patient</li> <li>- Médecin traitant du patient à domicile</li> <li>- Personnel para-médical intervenant auprès du patient et personnel des établissements de dialyse.</li> <li>- Pharmaciens des associations prenant en charges les patients concernés, et projet de liaison au dossier pharmacie et aux pharmaciens d'officine.</li> <li>- Personnel technique pour la dialyse et l'informatique</li> </ul> <p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le duc</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe paramédicale de l'unité de dialyse de Bar le Duc (réalisation pratique du traitement)</li> <li>- Equipe médicale du CH de Verdun (Surveillance du traitement, consultations, expertise auprès des services d'urgence ou autre médecin appelé à intervenir)</li> <li>- CH de Bar le Duc (mise à disposition du plateau technique, radiologie, biologie, etc) et intervention en cas d'urgence vitale.</li> <li>- Services d'urgence de Bar le Duc (intervention en cas d'urgence vitale)</li> <li>- Services administratifs et techniques de l'ALTIR (organisation et gestion des soins)</li> <li>- Société Diatélic (opérateur pour le service de télé-médecine)</li> </ul>
<p>Articulation avec autre projet de télé-médecine</p>	<p>Projet de Télésurveillance des patients transplantés rénaux (<a href="#">Fiche Projet n°5</a>)</p>
<p>Articulation avec autres projets (hors télé-médecine)</p>	<p>Elément de la prise en charge partagée des patients insuffisants rénaux de la région lorraine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant le stade de dialyse</li> <li>- Dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale)</li> <li>- Préparation à la transplantation</li> <li>- Suivi des transplantés</li> </ul> <p>Dossier médical de spécialité partagé entre les différents professionnels et le patient.</p> <p>Projet Prevenir – Edire (dépistage, coordination de la prise en charge et éducation thérapeutique des patients Insuffisants Rénaux Chroniques en population générale) porté par le réseau NEPHROLOR</p>
<p>Couverture existante</p>	<p><b><u>Dialyse péritonéale</u></b>  <u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Néphrologues (ensemble des spécialistes de la région)</li> <li>- Infirmiers libéraux (20 à 25 actuellement)</li> <li>- Médecins généralistes (2 à 3 actuellement)</li> </ul> <p><u>Nb actes réalisés en télé-médecine</u>  104283 fiches patients depuis janvier 2003</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u>  229 depuis janvier 2003</p>

	<p><u>Autres informations d'usages significatives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10966 messages entre patients et néphrologues par la messagerie intégrée</li> <li>- 214 messages entre généraliste et spécialiste (téléexpertise)</li> <li>- 97 messages entre néphrologues.</li> </ul> <p><b><u>Hémodialyse</u></b>  <u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Néphrologues (ensemble des spécialistes de la région)</li> <li>- Infirmiers de dialyse (environ 50 actuellement)</li> <li>- Médecins généralistes (0)</li> </ul> <p><u>Nb actes réalisés en télémédecine</u>  Environ 3 500 séances télésurveillées par mois depuis 2004.</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u>  Environ 300 patients dans la file active actuelle et 1150 patients suivis depuis 2004.</p>
Couverture visée	<p><b><u>Dialyse péritonéale</u></b>  <u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les néphrologues de la région</li> <li>- Extension de l'utilisation par les généralistes</li> <li>- Liaison avec les pharmacies d'officine</li> <li>- Personnel para-médical en charge des patients.</li> </ul> <p><u>Nb actes à réaliser en télémédecine (par an)</u>  20 000 (le double de l'activité actuelle)</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u>  100 (Augmentation de l'activité de dialyse péritonéale + incitation des néphrologues hors Nancy à l'utilisation de l'outil)</p> <p><u>Planning de déploiement envisagé</u>  Doublement de l'activité sur 3 ans. Selon les objectifs du SROS 2012, entre 10% et 15% des malades en insuffisance rénale bénéficieront de la dialyse péritonéale</p> <p><b><u>Hémodialyse</u></b>  <u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels (par catégorie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les néphrologues de la région</li> <li>- Extension de l'utilisation par les généralistes</li> <li>- Liaison avec les pharmacies d'officine</li> <li>- Personnel para-médical en charge des patients.</li> </ul> <p><u>Nb actes à réaliser en télémédecine (par an)</u>  50 000 par an environ</p> <p><u>Nb patients pris en charge</u>  350</p>

	<p><u>Planning de déploiement envisagé</u>  Activité en évolution de 10 % par an environ</p> <p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le duc</u></b>  <u>Couverture géographique</u> : Bar le Duc</p> <p><u>Nb professionnels (par catégorie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 néphrologues de Verdun</li> <li>- Infirmières et aides soignantes à Bar le Duc (1 infirmière pour 4 malades en traitement)</li> <li>- Services administratifs et techniques du CH de Bar le Duc et de l'ALTIR</li> <li>- Equipe de Diatélic (maintenance et dépannage)</li> </ul> <p><u>Nb actes à réaliser en télé médecine (par an)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 malades en dialyse la première année, et extension progressive à 32 patients</li> <li>- 1200 séances saisies et transmises</li> <li>- 416 téléconsultations</li> <li>- Téléexpertises en fonction des besoins (urgences)</li> </ul> <p><u>Nb patients pris en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 malades en dialyse la première année, et extension progressive à 32 patients</li> </ul> <p><u>Planning de déploiement envisagé</u>  Mise en route premier trimestre 2012 avec 8 patients, et extension progressive à 32 patients.</p>
<p>Organisation  <i>(décrire les principes d'organisation et les processus de télémédecine)</i></p>	<p><b><u>Dialyse péritonéale</u></b>  Le patient et/ou son entourage sont éduqués à la réalisation de son traitement à domicile, et à l'utilisation de l'outil informatique qui lui permet d'adresser quotidiennement un certain nombre d'éléments de surveillance sur un serveur sécurisé.  Les données sont analysées quotidiennement par un système expert, et sont disponibles pour les divers intervenants, dont le malade. Ces intervenants disposent aussi des certains éléments du dossier médical (résultats biologiques). Le néphrologue peut ainsi intervenir en cas de risque de complication, ainsi que le médecin traitant et le personnel paramédical, qui peuvent communiquer via une messagerie sécurisée en cas de besoin d'expertise.</p> <p><b><u>Hémodialyse</u></b>  Le patient en hémodialyse à domicile et/ou son entourage sont éduqués à la réalisation de son traitement à domicile, et à l'utilisation de l'outil informatique qui lui permet d'adresser quotidiennement un certain nombre d'éléments de surveillance sur un serveur sécurisé.  Pour les patients en autodialyse et en UDM, la saisie des données est réalisée par l'équipe infirmière.  Les données sont analysées quotidiennement par un système expert, et sont disponibles pour les divers intervenants, dont le malade. Ces intervenants disposent aussi des certains éléments du dossier médical (résultats biologiques). Le néphrologue peut ainsi intervenir en cas de risque de complication, ainsi que le médecin traitant et le personnel paramédical, qui peuvent communiquer via une messagerie sécurisée en cas de besoin d'expertise.</p>

	<p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le duc</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une unité de dialyse médicalisée (ne nécessitant pas la présence permanente d'un médecin) est installée dans les locaux du CH de Bar le Duc en conformité avec les décrets de 2002 et les recommandations de la HAS pour les UDM télésurveillées.</li> <li>- Le néphrologue peut intervenir à distance en cas de nécessité, par visio-conférence (contact avec le personnel en place, consultation des patients)</li> <li>- Le néphrologue a accès au dossier de dialyse rempli par le personnel de Bar le Duc pour ce qui concerne les données de séances.</li> <li>- Le néphrologue a accès aux données du générateur de dialyse qui est connecté au réseau informatique.</li> <li>- Les services d'urgence du CH de Bar le Duc interviennent en cas d'urgence vitale, et sont en liaison avec les néphrologues par visio-conférence</li> </ul>
Solution(s) technique(s)	<p>Pour les 3 sous-projets, développement par la société Diatélic des différents outils, en conformité avec le décret télémédecine (information et consentement du patient, accès sécurisé, traçabilité, transmission sécurisée des données, hébergement des données sur un serveur agréé)</p> <p><b><u>UDM télésurveillée à Bar le duc</u></b> Partenariat avec le GCS Télésanté Lorraine pour la visio-conférence.</p>

<b>Fiche Projet n°5</b>	<b>Projet de Télésurveillance des patients transplantés rénaux</b>
-------------------------	--

<b>Articulation PRS</b>	<a href="#">ASR2</a> – IRC
<b>Articulation PRT</b>	<a href="#">PN4</a> – Maladies chroniques
<b>Catégorie</b>	1 – Projet à déployer et 2 – Projet à qualifier <i>Le déploiement du projet est largement entamé, il s'agit de valider, voire compléter sa qualification et poursuivre le déploiement</i>

Structure(s) porteuse(s) et contact	Réseau Néphrolor - Service de Néphrologie du CHU Nancy Pr Michèle Kessler (Présidente du réseau Néphrolor)
Objectifs du projet	Amélioration et sécurisation de la prise en charge des patients transplantés rénaux.
Date de démarrage du projet (effective ou prévue)	Janvier 2006
Enjeux de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir les rejets par télésurveillance (Projet intitulé Transplantélic)</li> <li>- Amélioration de la coordination régionale (Dossier Greffe, Dossier pré-greffe)</li> </ul>
Acte(s) de Télémedecine	<input type="checkbox"/> Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/> TéléExpertise <input checked="" type="checkbox"/> TéléSurveillance <input type="checkbox"/> TéléAssistance
Liste des acteurs et rôle de chaque acteur (patients, professionnels, structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients transplantés</li> <li>- Néphrologues du centre de transplantation</li> <li>- Néphrologues ayant en charge les patients avant greffe et participant au suivi partagé des patients greffés dans les différents établissements de santé de Lorraine (publics et privés)</li> <li>- Médecins traitants</li> <li>- Pharmaciens hospitaliers et pharmaciens d'officine</li> <li>- Equipes paramédicales des services de Néphrologie (CHU et non CHU)</li> </ul>
Articulation avec autre projet de télémedecine	Projet de Télésurveillance de la dialyse hors centre ou en unités de dialyse médicalisées ( <a href="#">fiche de projet n°4</a> )
Articulation avec autres projets (hors télémedecine)	<p>Elément de la prise en charge partagée des patients insuffisants rénaux de la région lorraine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant le stade de dialyse</li> <li>- Dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale)</li> <li>- Préparation à la transplantation</li> <li>- Suivi des transplantés</li> </ul> <p>Dossier médical de spécialité partagé entre les différents professionnels et le patient.</p> <p>Projet Prevenir – Edire (dépistage, coordination de la prise en charge et éducation thérapeutique des patients Insuffisants Rénaux Chroniques en population générale) porté par le réseau NEPHROLOR</p>
Couverture existante	<p><u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les néphrologues de la région</li> </ul>

	<p><u>Nb actes réalisés en télémédecine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 91 patients suivis par télémédecine entre juin 2009 et juin 2010 dans une première étude de faisabilité (Transplantelic 1)</li> </ul> <p><u>Nb patients pris en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 91 patients suivis par télémédecine entre juin 2009 et juin 2010</li> <li>- Environ 120 à 140 patients sont inscrits tous les ans sur la liste d'attente du CHU de Nancy et 80 à 100 greffes sont réalisées tous les ans</li> </ul>
Couverture visée	<p><u>Couverture géographique</u> : Région Lorraine</p> <p><u>Nb professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les néphrologues de la région</li> <li>- Extension de l'utilisation par les généralistes (Transplantelic)</li> <li>- Liaison avec les pharmacies d'officine</li> </ul> <p><u>Nb actes à réaliser en télémédecine (par an)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi d'environ 100 nouveaux patients greffés par an : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le suivi par télémédecine sera proposé aux patients volontaires déjà équipés d'internet</li> <li>- création des dossiers pré-greffe et Greffe pour un suivi régional coordonné de tous les patients entre le centre transplantateur et les centres hospitaliers régionaux</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Nb patients pris en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 100 nouveaux patients greffés tous les ans.</li> <li>- 120 à 140 nouveaux patients inscrits tous les ans.</li> <li>- 235 patients inscrits sur la liste au 1<sup>er</sup> janvier 2010</li> </ul> <p><u>Planning de déploiement envisagé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenance du dossier pré-greffe en 2012</li> <li>- Premier semestre 2012 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- déploiement dossier greffe</li> <li>- développements Transplantelic 2</li> </ul> </li> <li>- Deuxième semestre 2012 : déploiement Transplantelic 2</li> </ul>
Organisation (décrire les principes d'organisation et les processus de télémédecine)	<p>Le patient bénéficie d'un programme d'éducation thérapeutique après la greffe (Edugreffe)</p> <p>Le patient possédant un ordinateur, se verra proposer un suivi informatique et sera formé à l'utilisation de l'outil informatique qui lui permet d'adresser à un rythme fixé en fonction de son état de santé et du délai après la greffe, un certain nombre d'éléments de surveillance sur un serveur sécurisé.</p> <p>Les données sont analysées quotidiennement par un système expert, et sont disponibles pour les divers intervenants, dont le malade. Ces intervenants disposent aussi de certains éléments du dossier médical (résultats biologiques). Le néphrologue peut ainsi intervenir en cas de risque de complication. Une messagerie permet la communication directe entre le centre de transplantation et le patient dans les 2 sens.</p> <p>L'application permettra un suivi collaboratif entre le centre transplantateur et les services de Néphrologie de la région Lorraine, en intégrant le médecin traitant dans le suivi.</p> <p>A terme, le pharmacien pourra aussi participer à l'éducation thérapeutique concernant les médicaments et le suivi de l'observance.</p>
Solution(s) technique(s)	<p>Développement par la société Diatélic des différents outils, en conformité avec le décret télémédecine (information et consentement du patient, transmission sécurisée des données, accès sécurisé, hébergement des données sur un serveur agréé)</p>

<b>Fiche Projet n°6</b>	<b>Projet de Téléconsultation pré-anesthésiques</b>
<b>Articulation PRS</b>	<b>ASR3 – Personnes détenues</b>
<b>Articulation PRT</b>	<b>PN3 – Personnes détenues</b>
<b>Catégorie</b>	3 – Projet à expérimenter <i>Expérimentation débutée- le cadre de l'expérimentation doit être affiné pour permettre une définition plus détaillée du projet et être ainsi la base d'une réflexion plus générale sur la téléconsultation.</i>
<b>Structure(s) porteuse(s) et contact</b>	Département Anesthésie-Réanimation – CHU de Nancy Pr Hervé Bouaziz
<b>Objectifs du projet</b>	Limiter les extractions des personnes détenues dans le cadre des consultations pré-anesthésiques
<b>Date de démarrage du projet (effective ou prévue)</b>	Expérimentation débutée en 2011
<b>Acte(s) de Télémédecine</b>	Téléconsultation TéléExpertise TéléSurveillance TéléAssistance
<b>Solution(s) technique(s)</b>	Solution régionale de Téléconsultation (GCS Télésanté Lorraine)

# Le PRIAC

(Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)

## INTRODUCTION

Le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie a été créé par la loi du 11 février 2005, mis en œuvre à compter de 2006 dans toutes les régions et actualisé annuellement. Le PRIAC est cité à la fois dans le CSP à l'article L.1434-2 et dans le Code de l'action sociale et des familles aux articles L. 312-5-1 et L. 312-5-2.

Dans une approche globale favorisant les articulations avec la prévention, les soins de ville et les établissements de santé issue de la loi HPST, le PRIAC a aujourd'hui pour objectif, l'adaptation et l'évolution de l'offre au service d'une population diversifiée tout au long de son parcours.

Il est une expression hiérarchisée des besoins et permet de fixer les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants et adultes, en situation de handicap, tarifés par l'Etat dans la région.

Il fait partie intégrante du PRS et devient l'outil opérationnel de déclinaison des orientations du schéma régional de l'organisation médico-sociale au-delà de sa vocation antérieure de support de la seule programmation financière.

A ce titre, il est soumis pour avis aux instances de démocratie sanitaire ainsi que de la commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, en application de l'article L. 1434-12 du Code de la santé publique (CSP).

Le PRIAC est l'instrument de l'Etat pour identifier publiquement ses priorités prévisionnelles de financement médico-sociales.

D'une part, il oriente les projets des promoteurs régionaux en complément des orientations des schémas départementaux adoptés par les présidents des conseils généraux.

D'autre part, le PRIAC exprime auprès du niveau national, et en particulier auprès de la CNSA chargée de répartir les financements des établissements et services, les objectifs priorités de développement de l'offre de service dans le cadre des plans et programmes nationaux. Il répond à deux enjeux majeurs : l'équité territoriale au sein de la région et l'adaptation et la diversification de l'offre médico-sociale pour répondre à l'évolution des besoins des personnes.

Depuis 2010, il est arrêté par le DGARS après concertation avec les Conseils Généraux et fait l'objet d'une actualisation annuelle. Il constitue une programmation pluriannuelle glissante.

En Lorraine, deux PRIAC successifs ont été adoptés : le premier couvrait la période 2006-2008, le second 2009-2011 ; l'actualisation glissante a été mise en œuvre à partir de 2010, mais limitée selon les consignes nationales à la période 2010-2013, afin que les DGARS puissent définir leur propre politique.

## **ACTUALISATION 2011 DU PRIAC:**

Dans l'attente de la définition des orientations du schéma régional de l'organisation médico-sociale, le PRIAC, outil opérationnel du nouveau processus budgétaire, basé sur des autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiements (CP) amorcé en 2010 et effectif en 2011 par le vote de la première LFSS en mode crédits de paiement, les orientations étaient les suivantes :

- avoir une meilleure visibilité pluriannuelle,
- mettre en œuvre les plans nationaux,
- privilégier le maintien à domicile,
- assurer une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social,
- mettre en cohérence les schémas départementaux des conseils Généraux et le PRIAC,
- inciter aux mutualisations (GCSMS),
- assurer une convergence tarifaire.

L'actualisation 2011 a été réalisée à minima sans nouvelle notification d'AE. Ce PRIAC 2011 a été soumis à l'avis de la Commission de coordination des politiques publiques de santé le 20 juin 2011, et arrêté par le DGARS le 21 juillet 2011.

Tel que prévu dans le CASF, le PRIAC contient en annexes, les dotations financières de l'année et des deux années suivantes, ci-après jointes.

La période couverte ne va pas donc au-delà de 2013, et dans l'attente des priorités résultant des travaux du SROMS, les opérations précédemment considérées comme prioritaires et non abandonnées par les opérateurs ont été conservées.

# Politique régionale du médico-social en Lorraine

Document d'orientations stratégiques

**ACTUALISATION PRIAC 2010-2013**



## TABLE DES MATIERES

<b>I - PRESENTATION GENERALE .....</b>	<b>2</b>
<b>A -CADRE JURIDIQUE.....</b>	<b>2</b>
1- <i>La loi HPST et le futur projet régional de santé .....</i>	<i>2</i>
2- <i>Les schémas d'organisation.....</i>	<i>4</i>
3- <i>Les programmes .....</i>	<i>5</i>
4- <i>Le PRIAC .....</i>	<i>6</i>
<b>B -METHODOLOGIE EN LORRAINE .....</b>	<b>7</b>
1 - <i>Historique du PRIAC.....</i>	<i>7</i>
2 - <i>Processus et calendrier 2010.....</i>	<i>7</i>
3 - <i>Mécanisme des enveloppes anticipées .....</i>	<i>8</i>
4 - <i>Les schémas médico-sociaux en vigueur en région Lorraine .....</i>	<i>8</i>
<b>II - ETAT DES LIEUX DE L'EQUIPEMENT AU 01/01/2010 .....</b>	<b>9</b>
<b>A - PERSONNES AGEES .....</b>	<b>9</b>
1 - <i>La réforme des USLD.....</i>	<i>9</i>
2 - <i>Les modifications de la nomenclature FINESS pour le suivi du plan Alzheimer 2008-2012..</i>	<i>9</i>
3 - <i>L'offre d'équipement pour Personnes Agées Dépendantes .....</i>	<i>10</i>
<b>B - PERSONNES HANDICAPEES .....</b>	<b>12</b>
1- <i>Offre d'équipement dans les établissements et services médico-sociaux.....</i>	<i>12</i>
2- <i>Scolarisation des enfants handicapés.....</i>	<i>13</i>
<b>III – BILAN DU PRIAC 2009 .....</b>	<b>15</b>
<b>A - LES PERSONNES AGEES :</b> .....	<b>15</b>
1 - <i>Bilan général 2006-2012 .....</i>	<i>15</i>
2 - <i>Bilan des créations sur TSP 2009 + enveloppes anticipées 2010-2012 .....</i>	<i>15</i>
<b>B - LES PERSONNES HANDICAPEES .....</b>	<b>19</b>
1 - <i>Bilan général 2006-2012.....</i>	<i>19</i>
2 - <i>Bilan des créations sur TSP 2009 + enveloppes anticipées 2010-2012 .....</i>	<i>19</i>
<b>IV - RAPPEL DES PRIORITES DE PROGRAMMATION RETENUES EN 2009 .....</b>	<b>21</b>
<b>A - PERSONNES AGEES .....</b>	<b>21</b>
<b>B - PERSONNES HANDICAPEES .....</b>	<b>23</b>
<b>V - PROGRAMMATION 2010-2013.....</b>	<b>25</b>
<b>A - ORIENTATIONS NATIONALES.....</b>	<b>25</b>
1 - <i>Orientations de la CNSA pour l'actualisation 2010 du PRIAC.....</i>	<i>25</i>
2 - <i>La mise en œuvre du plan Alzheimer.....</i>	<i>26</i>
3 - <i>Mise en œuvre de la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux .....</i>	<i>28</i>
<b>B - PROGRAMMATION REGIONALE 2010 .....</b>	<b>30</b>
1 - <i>Programmation 2010 secteur Personnes Agées .....</i>	<i>30</i>
2 - <i>Programmation 2010 secteur handicap .....</i>	<i>33</i>
<b>C - PROGRAMMATION PREVISIONNELLE 2011-2013.....</b>	<b>35</b>
1 - <i>Personnes âgées.....</i>	<i>35</i>
2 - <i>Personnes handicapées .....</i>	<i>38</i>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>40</b>
 <b>ANNEXES</b>	

# I - PRESENTATION GENERALE

## A - CADRE JURIDIQUE

### 1 - LA LOI Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) ET LE FUTUR PROJET REGIONAL DE SANTE

Le conseil de pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) a diffusé lors de sa réunion du 24 novembre 2009, une note d'orientation sur le Projet Régional de Santé. Ce document de référence fournit les grandes orientations du Projet Régional de Santé (PRS), ainsi que quelques repères méthodologiques :

#### Objectifs du Projet Régional de Santé

Le texte de loi donne deux objectifs majeurs à l'Agence Régionale de Santé :

- améliorer la santé de la population,
- améliorer l'efficacité du dispositif de santé régional.

Ces deux objectifs doivent être poursuivis de manière à :

- réduire les inégalités de santé,
- respecter l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

**Le PRS est un outil stratégique et intégrateur** qui permet de répondre à ces objectifs en assurant une cohérence de l'ensemble de l'action publique régionale sur le champ de la santé. Il constitue un tout englobant un projet stratégique, trois schémas d'organisation et des programmes d'actions.

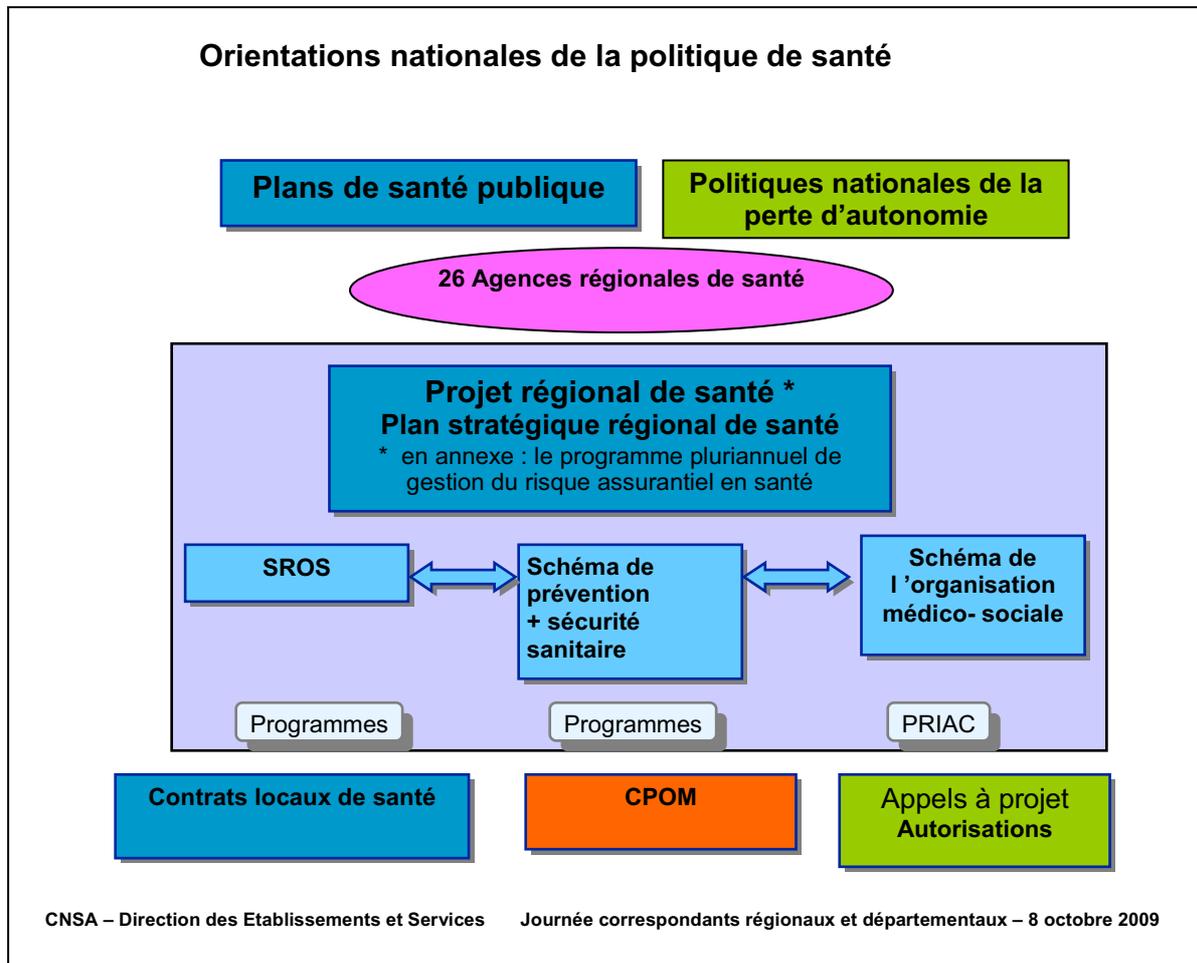
Le PRS doit porter ces objectifs en déterminant la stratégie de l'agence, pour l'ensemble de son champ de compétence, à savoir :

- l'organisation de l'ensemble de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, et la qualité des pratiques professionnelles développées dans ces domaines ;
- les modes de régulation du système de santé au niveau régional (allocation des ressources, tarification des établissements et services, pilotage de l'offre de soins...);
- le développement de la prévention et de la promotion de la santé ;
- la veille et la sécurité sanitaire.

Le travail d'élaboration du PRS est collectif, associant aux différentes étapes de sa réalisation l'ensemble des acteurs de la santé dans la région et impliquant notamment les collectivités locales et les usagers du système de santé.

C'est ainsi que la loi cherche à créer des liens entre la démarche de planification de l'ARS et celle des départements ; elle dispose que le Directeur Général de l'ARS (DGARS) élabore et arrête le schéma médico-social après consultation de la **commission des politiques publiques** portant sur les accompagnements médico- sociaux et avis des présidents de conseils généraux

**- Architecture générale du Projet Régional de Santé**



**- Les grandes orientations du Projet Régional de Santé (PRS)**

Le PRS doit refléter la nature globale du processus stratégique régional et permettre les articulations entre les différents champs de compétence de l'ARS.

Au-delà du nécessaire processus d'appropriation des priorités de chaque exercice régional, le PRS doit pouvoir décliner à la fois des axes stratégiques transversaux et des objectifs prioritaires propres à chaque schéma.

### **- Les axes stratégiques transversaux**

Ils doivent prendre en compte les cinq thématiques suivantes :

- L'élaboration de territoires de santé définis sur la base d'une vision globale de l'offre de services sanitaires et médico-sociaux
- Le développement de la qualité des services et interventions sur l'ensemble du champ des activités de l'ARS ;
- Le respect de la continuité des services et interventions, afin de garantir une approche intégrée des services à la personne ;
- La recherche de la performance et de l'efficacité dans les services offerts, dans un contexte de maximisation des investissements ;
- La meilleure compréhension et la correction des inégalités de santé, par la recherche des déterminants creusant ces inégalités au niveau régional et intra-régional, et par la réduction des inégalités dans l'offre de services ou de ressources.

## **2 - LES SCHEMAS D'ORGANISATION**

**Le schéma régional de prévention** devra dégager des axes prioritaires en matière de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Il devra également s'investir sur l'éducation thérapeutique du patient. Enfin, un volet particulier du schéma devra développer la prévention et la préparation de l'ARS aux situations d'urgence sanitaire.

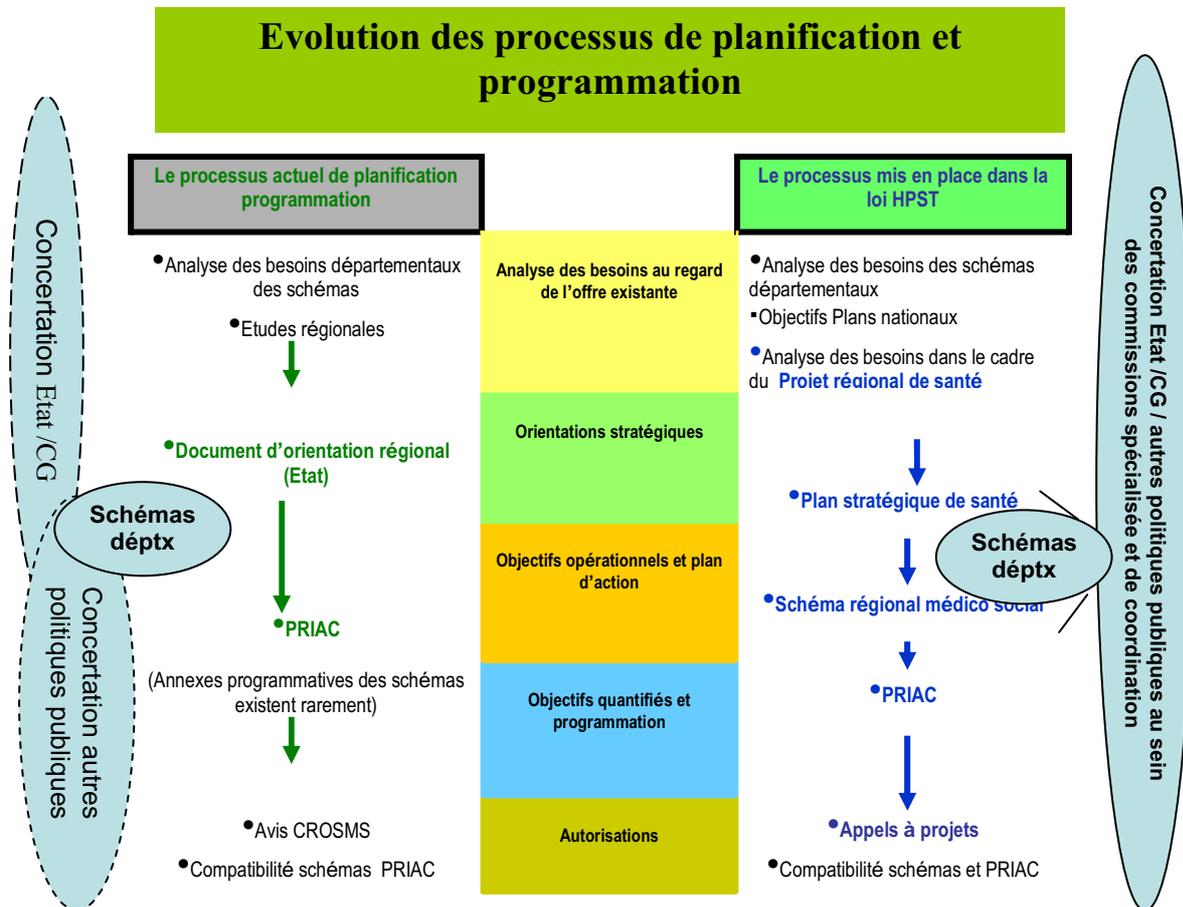
**Le schéma régional d'organisation des soins** comprendra deux volets distincts.

Pour ce qui concerne **les établissements de santé**, le schéma devra intégrer la réalisation par les établissements de santé des missions de service public énumérées dans l'article L 6112-1 du code de santé publique. Il devra également faciliter la mise en place des communautés hospitalières de territoire définies par la loi du 21 juillet 2009. Il pilotera la mise en place de la nouvelle gouvernance des établissements de santé établie par la loi, en mettant en œuvre notamment les procédures de nomination et d'évaluation des directeurs. Enfin, il s'attachera à améliorer la performance des établissements de santé, en promouvant une politique dynamique de contrôle de gestion.

Le volet relatif **aux soins ambulatoires** visera deux priorités de manière concomitante ; d'une part, il poursuivra et amplifiera les efforts visant à une meilleure répartition intra-régionale des professionnels de santé de premier recours. D'autre part, il définira le cadre des exercices regroupés de professionnels de santé, que ce soit dans un exercice libéral (maisons de santé, centres de santé) ou salarié (centres de santé, centres de soins infirmiers). Ce volet mettra en œuvre également la notion de soins de premier recours, définie à l'article L 1411-11 du code de santé publique. Dans le cadre de ce volet, les relations avec l'Union régionale des professionnels de santé seront mises en pratique.

**Le schéma régional d'organisation médico-sociale** s'attachera à développer l'articulation entre les structures médico-sociales et structures sanitaires d'une part, actions sociales et prévention d'autre part. Pour son élaboration, il prendra particulièrement en compte les schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale élaborés par les Conseils généraux. Le schéma intégrera la procédure d'appel à projets définie à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, en privilégiant les expérimentations et les projets innovants. L'adéquation aux besoins sera particulièrement recherchée pour des handicaps et dépendances faisant l'objet d'une priorité nationale (comme la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les autres démences séniles) ou pour les handicaps et dépendances demandant des compétences ou ressources particulières.

### 3 - LES PROGRAMMES



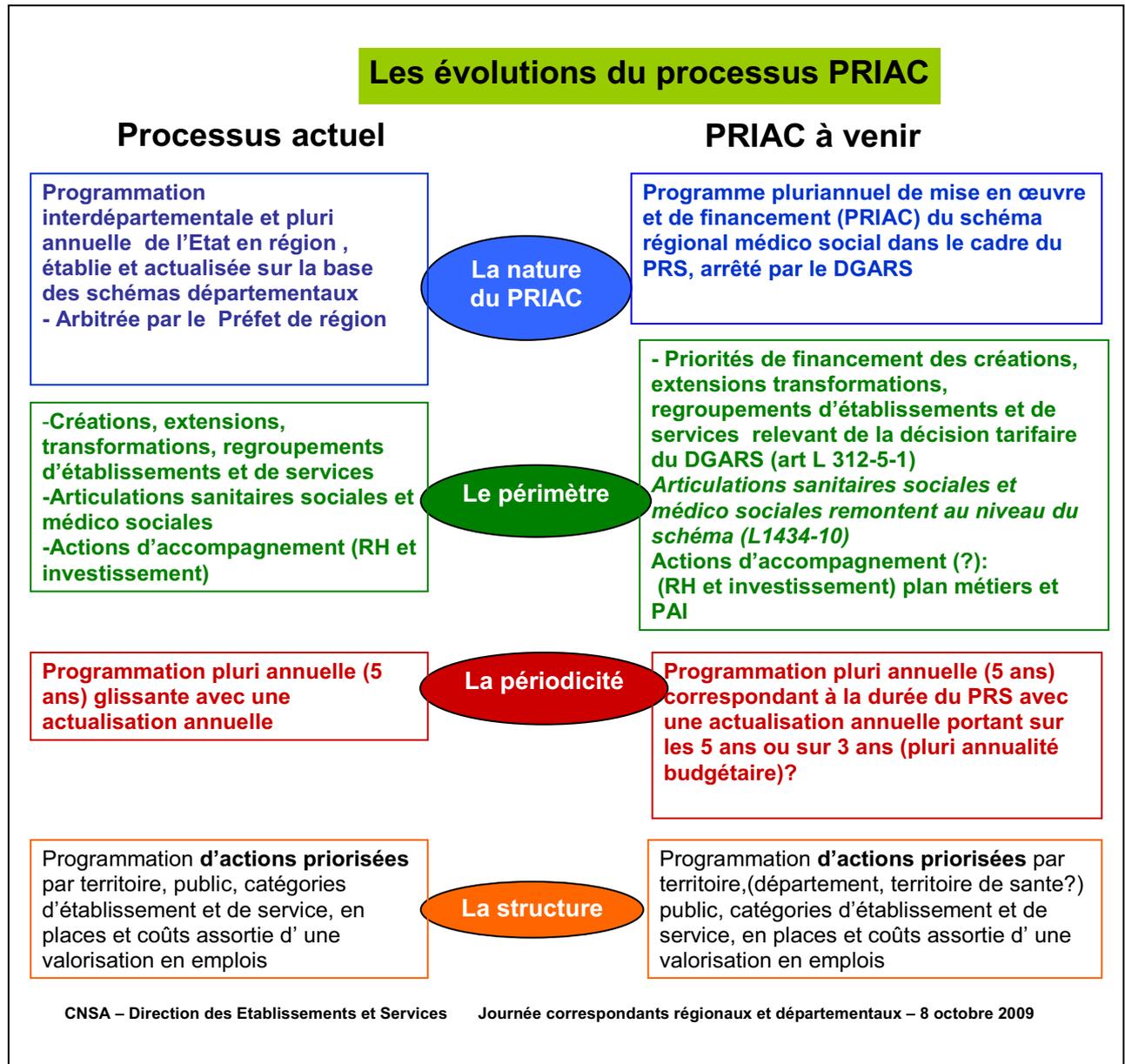
CNSA – Direction des Etablissements et Services Journée correspondants régionaux et départementaux – 8 octobre 2009

La loi prévoit des programmes particuliers déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas, notamment :

- le programme régional de gestion du risque,
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- le programme relatif au développement de la télémédecine,
- le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS),
- les programmes territoriaux de santé.

#### 4- LE PRIAC

**Au sein du PRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation financière pluriannuelle** pour la mise en œuvre du **schéma régional d'organisation médico-sociale**, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention.



Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a été instauré par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : il s'agissait de créer un nouvel outil pour mieux identifier et inscrire dans le temps les priorités de financement de l'Etat au niveau régional :

Le PRIAC doit garantir par la définition des priorités financières, l'égalité d'accès sur le territoire aux établissements et services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Etabli jusqu'alors par le Préfet de région en liaison avec les Préfets de départements, par les directeurs Généraux des ARS dès leur création, le PRIAC fixe les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap, tarifés par l'Etat dans la région. Il définit la programmation de la recomposition et le développement de l'offre d'accompagnement collectif médico-social à partir des moyens existants et des besoins nouveaux, dans le cadre d'une approche globale des réponses apportées en favorisant les articulations avec les soins de ville et les coopérations avec les établissements de santé.

## **B - METHODOLOGIE EN LORRAINE**

### **1 - Historique du PRIAC :**

La région Lorraine s'était dotée en 2006 d'un premier PRIAC couvrant la période 2006-2008. Il a été actualisé en 2007 et 2008.

A l'issue de la période 2006-2008, un deuxième PRIAC a été établi pour la période 2009-2011, dans le cadre d'une procédure lourde initiée en fin d'année 2007 pour aboutir en avril 2009.

Parallèlement aux démarches propres à chaque département pour leurs schémas, le principe de mise en place d'une démarche projet PRIAC de l'Etat avait été retenue ; elle reposait sur :

- Une équipe projet composée des 4 DDASS, des 2 CRAM, des 2 échelons médicaux.
- Des groupes de travail "techniques" se réunissant 1 fois par mois de janvier à juin : 1 sur les personnes âgées et l'autre sur le handicap. Aux réunions de ces groupes ont été conviés les 4 DDASS, les 2 CRAM, les 2 médecins conseils, les 4 MDPH, le CREAM, l'ORSAS, l'ARH et l'Education Nationale.

La région a convenu lors de l'échange technique avec la CNSA le 6 novembre 2009, d'adopter la procédure commune observée par l'ensemble des régions en passant à une programmation glissante à cinq ans, de façon à disposer chaque année d'une programmation pour l'année en cours et les 4 années suivantes.

### **2 - Processus et calendrier 2010**

L'année 2010 étant une période de transition, les instructions données pour l'actualisation de la programmation pluriannuelle la limitent à la période 2010-2013, sans ajout d'une année supplémentaire de programmation par rapport à la version 2009 (nationale) du PRIAC, dans l'attente de l'engagement des travaux pour l'élaboration du projet régional de santé par chacune des ARS

**La région Lorraine ne disposant que d'une programmation limitée à 2011, il lui faut ajouter deux années de programmation pour couvrir cette période.**

Pour ce faire, il ne sera pas procédé à un exercice aussi conséquent qu'en 2009 : les taux d'équipements n'ont évolué qu'en fonction des places nouvelles ou transformations autorisées en 2009 ; les plans et priorités nationaux étant plutôt précisés que modifiés, les priorités définies au niveau régional en 2009 demeurent jusqu'à l'élaboration du PRS et du futur schéma médico-social.

Dans cette période de transition, la concertation avec les partenaires reste un enjeu majeur eu égard aux inquiétudes qui s'expriment. Le bilan à l'issue de quatre années de pratiques du PRIAC (2006-2009) a fait apparaître des avancées quant à la mise en œuvre du processus, qu'il importe de consolider :

- **La concertation avec les conseils généraux, pour identifier les priorités communes sur l'ensemble du secteur médico-social et en particulier le champ co-tarifé**, afin de permettre dès 2010 le lancement d'appels à projets conjoints. **(réunion du 15 mars 2010)** ;
- **La concertation avec les autres décideurs publics pour coordonner les programmations**, notamment avec l'Education nationale pour l'accompagnement des enfants en cohérence avec l'évolution des capacités de scolarisation, mais aussi pour la mobilisation des leviers d'aide à l'investissement.
- **La coordination avec les objectifs du champ sanitaire** : le bilan du processus PRIAC a montré que le dialogue avec les ARH a peu progressé ; dans la période de transition, la coordination est à garantir au niveau régional pour faire face aux enjeux de transformation issues du sanitaire susceptibles d'impact sur les établissements et services médico-sociaux à court terme.
- **La consultation des représentants des usagers et des gestionnaires**, dont les modalités sont maintenues à travers l'avis du CROSMS **( 9 avril 2010)**

A l'issue de la phase de concertation et de consultation, compte tenu du calendrier de mise en place des ARS qui prévoit leur installation à partir de début avril, le passage en CAR ne se justifie plus à compter de cette date. Dès lors, **l'actualisation 2010 de la programmation fait l'objet d'une décision du DGARS** avant sa publication.

Au niveau national, le calendrier est inchangé : la remontée des PRIAC actualisés est maintenue au **30 avril 2010**.

### **3 - Mécanisme des enveloppes anticipées**

Chaque année, la C.N.S.A. notifie à chaque DRASS une enveloppe spécifique correspondant aux places nouvelles de l'année courante

Elle notifie de plus des « enveloppes anticipées » au titre des années n+1 et n+2, qui sont réputées correspondre à un pourcentage des dotations en places nouvelles des années n+1 et n+2.

Ces notifications par anticipation garantissent le financement du fonctionnement des structures dès le 1<sup>er</sup> janvier des années n+1 et n+2, et permettent de prendre sans attendre dans le courant de l'année n les arrêtés d'autorisation correspondants, et d'engager les travaux de construction ou d'extension préalables à leur mise en fonction.

Ainsi, pour l'année 2010, les enveloppes anticipées notifiées en 2008 et 2009 représentaient la totalité des places d'EHPAD qui pouvaient ainsi avoir été autorisées par anticipation, et auraient pu être installées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, si les travaux avaient pu être menés à bien, ce qui n'est pas le cas.

Cette année, les places nouvelles notifiées le 17 décembre 2009 ne comprenaient pas de nouvelles mesures anticipées; leur principe n'est pas remis en cause, elles devraient être notifiées à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre, avec annonce d'une enveloppe anticipée 2013 (n+3) pour le secteur des personnes handicapées

### **4 - Les schémas médico-sociaux en vigueur en région Lorraine**

Département	Enfance handicapée	Adultes handicapés	Personnes âgées
54	2007-2011	2007-2011	2009-2013
55	2006-2010	2001-2006-2008	2009-2014
57	2004-2009	2010-2015	2010-2015
88	2009-2013	2009-2013	2009-2013

Pour la Meuse, le schéma pour adultes handicapés avait été prorogé pour 2 ans. Pour les Vosges, un schéma commun a été élaboré pour 2009-2013 et s'intitule "Schéma départemental Handicap Dépendance tout au long des âges de la vie".

## II - ETAT DES LIEUX de l'équipement au 01/01/2010

### A - PERSONNES AGEES

Cf. Annexes **Capacités autorisées et installées EHPAD et SSIAD/SPASAD** ;

Deux opérations ont considérablement impacté la base FINESS qui recense les établissements médico-sociaux et leurs capacités : la réforme des USLD et la modification de la nomenclature FINESS afin d'effectuer le suivi de la mise en œuvre du plan Alzheimer.

**1 - La réforme des USLD** : l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, a prévu la redéfinition des USLD mentionnées au 2° de l'article L 6111-2 du Code de la Santé Publique, par répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le processus de redéfinition a été étendu sur trois ans par les dispositions de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (2007, 2008 et 2009 avec effet au 1<sup>er</sup>/01/n+1). Les capacités des USLD redéfinies ont été déterminées sur la base des coupes transversales réalisées en 2006 et validées par l'Echelon Régional du Service Médical de la CNAMTS.

La nouvelle définition des USLD retenue est la suivante : « Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. »

**Les USLD redéfinies ont donc vocation à accueillir des patients nécessitant des Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI).**

Ainsi, selon cette nouvelle définition, **au 01/01/2010, 1194 places restent USLD et 1893 places ont été transformées en EHPAD.**

Département	2007	2008	2009	TOTAL
54	248	114	295	657
55	57	0	182	239
57	271	388	145	804
88	111	45	37	193
<b>TOTAL</b>	<b>687</b>	<b>547</b>	<b>659</b>	<b>1893</b>

Places EHPAD à l'issue des partitions des USLD - Lorraine

### **2 – Les modifications de la nomenclature FINESS pour le suivi du plan Alzheimer 2008-2012 :**

La circulaire DREES/DMSI/2009/184 du 1<sup>er</sup> juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a apporté des modifications aux nomenclatures utilisées dans le fichier national des Etablissements sanitaires et sociaux (FINESS) pour répondre aux besoins de suivi du plan Alzheimer 2008-2012. Le répertoire FINESS recense des informations identifiant les structures, leurs activités et les autorisations et installations associées. Les nomenclatures utilisées dans FINESS permettent de classer et de restituer une information homogène.

Les indicateurs relatifs à l'évolution de l'offre médico-sociale disponible à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer doivent pouvoir être suivis au moyen de FINESS. Ils concernent plus particulièrement les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (mesure 1), le renforcement du soutien à domicile dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile – SSIAD avec des équipes spécialisées constituées de futurs assistants de soins en gérontologie, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes (mesure 6) ainsi que, au sein des

établissements d'hébergement pour personnes âgées, les unités adaptées pour accueillir des malades présentant des troubles du comportement (mesure 16). Ce dernier dispositif recouvre la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR).

FINESS ne pouvant atteindre un degré de précision très fin (notion de places strictement réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et places non strictement réservées, mais néanmoins disponibles pour les accueillir) le recensement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire Alzheimer à T0 (1<sup>er</sup> janvier 2008) et à T1 (1<sup>er</sup> janvier 2009), a été effectué via une enquête ad hoc DGAS/CNSA auprès des DDASS de février à juin 2009.

Parallèlement, un travail conséquent de mise à jour de la base a été effectué par les quatre DDASS de la Lorraine, en application de la circulaire : Elle préconisait de ne plus utiliser le code clientèle « Personnes Agées » sans autre indication en EHPAD, au profit des clientèles identifiées « Personnes âgées Dépendantes » ou « Personnes Alzheimer » quel que soit le type de place (hébergement permanent, accueil de jour ou hébergement temporaire), gagnant ainsi en précision.

Les accueils de jour créés depuis le début du plan Alzheimer jusqu'à aujourd'hui doivent être destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en priorité.

Les hébergements temporaires créés à partir de 2008 doivent être identifiés « Alzheimer » ou « Personnes Agées Dépendantes », ces derniers étant également susceptibles d'accueillir des personnes Alzheimer.

Les reclassements effectués dans FINESS pour la Lorraine sont recensés dans l'annexe « **Evolution du nombre de places autorisées et installées entre janvier 2009 et février 2010 par type d'hébergement et clientèle** » par département et pour la région.

Ainsi, 3 315 places « Personnes Agées dépendantes » et 771 places « Alzheimer » supplémentaires ont été ajoutées dans FINESS au cours de l'année 2009.

Ces places nouvelles sont soit le résultat du reclassement effectué dans le répertoire FINESS par les DDASS conformément à la circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 2009, soit le fait de véritables transformations en places « Alzheimer » ou de créations de places « Alzheimer ».

Ce processus, ainsi que la transformation des ex-places d'USLD en places d'EHPAD, permettent de disposer en ce début 2010 de données fiables qui serviront de repères pour le suivi des évolutions futures.

En revanche, les comparaisons avec les données antérieures ne sont plus pertinentes, d'autant plus que les capacités des USLD nouvelle définition ne sont pas définies en terme de places dans FINESS.

### **3 L'offre d'équipement pour Personnes Agées Dépendantes :**

Au 01/01/2010 (source FINESS), les capacités d'hébergement en **institution** sont de 22 282 places totales autorisées pour la région Lorraine et 20 054 places installées.

Ces capacités autorisées, se répartissent de la manière suivante :

- 21 454 places en Hébergement Permanent (19 481 installées),
- 397 places en Accueil de Jour (281 installées)
- 431 places en Hébergement temporaire (292 installées).

La répartition des capacités autorisées par département est de 29% pour la Meurthe et Moselle, 9% pour la Meuse, 37% pour la Moselle et 25% pour les Vosges.

Les places d'hébergement permanent :

Départements	Autorisées 2010	Taux Equipement 2010	Installées 2010	Taux Equipement 2010
<b>54</b>	6145	104	5652	94,7
<b>55</b>	1915	106,6	1900	105,2
<b>57</b>	8008	98,8	6716	82,1
<b>88</b>	5386	144	5213	138,5
<b>TOTAL</b>	<b>21454</b>	<b>109,6</b>	<b>19481</b>	<b>98,7</b>

Source : FINESS 2010

Les Accueils de Jour et Hébergements temporaires

Les bilans et mises à jour réalisés pour la mise en œuvre du plan Alzheimer ont permis une mise à jour complète de la base FINESS qui n'avait pu être réalisée jusqu'à présent  
 Le nombre de places **autorisées** d'accueils de jour et hébergement temporaire s'établit ainsi :

N° tsp	Libellé de TSP	Places en accueil jour (09/02/10)	Places en hébergement temporaire (09/02/2010)
1	PAYS DE VERDUN	20	18
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	0	0
3	PAYS DE BRIEY	7	10
4	LONGWY	11	22
5	THONVILLE	19	39
6	METZ	54	76
7	BASSIN HOULLIER	11	43
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	16	24
9	PAYS DU SAULNOIS	1	3
10	PAYS DE SARREBOURG	11	20
11	PAYS BARROIS	8	10
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	11	9
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	5	12
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	24	11
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	22	12
16	NANCY	99	54
17	PAYS LUNÉVILLOIS	30	15
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	30	26
19	PAYS DE LA DÉODATIE	6	7
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	12	20
	<b>Total Lorraine</b>	<b>397</b>	<b>431</b>
	Meurthe-et-Moselle	193	124
	Meuse	39	37
	Moselle	112	205
	Vosges	53	65

Source : FINESS 2010

Les capacités autorisées et installées (février 2010) pour les **personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** sont les suivantes :

Département	Capacité totale autorisée Alzheimer	Dont Hébergement Permanent	Dont Accueil de Jour	Dont Hébergement Temporaire
<b>54</b>	566	456	104	6
<b>55</b>	88	66	12	10
<b>57</b>	894	776	83	35
<b>88</b>	480	429	31	20
<b>TOTAL</b>	<b>2028</b>	<b>1727</b>	<b>230</b>	<b>71</b>

Département	Capacité totale installée Alzheimer	Dont Hébergement Permanent	Dont Accueil de Jour	Dont Hébergement Temporaire
<b>54</b>	373	322	45	6
<b>55</b>	63	51	7	5
<b>57</b>	506	448	44	14
<b>88</b>	343	320	11	12
<b>TOTAL</b>	<b>1285</b>	<b>1141</b>	<b>107</b>	<b>37</b>

Source : FINESS 2010

**Cf. Annexe « Indicateurs personnes Alzheimer par territoire de santé de proximité »**

Le territoire de Nancy est le plus pourvu en places Alzheimer avec 103 places autorisées. En revanche, certains territoires lorrains ne disposent d'aucune place : Cœur de Lorraine, pays Barrois, pays du haut val de Meuse, en Meuse et le Saulnois en Moselle.

Les SSIAD et les SPASAD :

Au 01/01/2010 (source FINESS), le nombre de place de **Service de Soins Infirmiers A Domicile pour personnes âgées (SSIAD PA) et Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)** est de 3 771 places autorisées pour la région Lorraine, et 3 629 places installées. Les taux d'équipement en 2010, par département, sont les suivants :

Département	Autorisées 2010	Taux d'équipement 2010	Installées 2010	Taux d'équipement 2010
<b>54</b>	1177	19,0	1122	18,1
<b>55</b>	473	25,3	473	25,3
<b>57</b>	1435	17,0	1391	16,5
<b>88</b>	686	18,0	643	16,8
<b>TOTAL</b>	<b>3771</b>	<b>18,6</b>	<b>3629</b>	<b>17,9</b>

Capacités autorisées et installées de SSIAD et SPASAD en 2010 (source FINESS)

**B - PERSONNES HANDICAPEES**

**1 - Offre d'équipement dans les établissements et services médico-sociaux :**

**Enfants handicapés :**

Au 01/01/2010 (source FINESS), **6501** places sont autorisées dans les établissements et services médico-sociaux et 6407 places sont installées. Ces places se répartissent dans un total de 182 structures : 13 CAMSP, 17 CMPP, 49 IME, 11 établissements pour polyhandicapés, 5 établissements pour déficients moteurs, 22 ITEP, 4 établissements sensoriels, 61 SESSAD.

La prise en charge à domicile représente 25% des capacités.

La Lorraine se caractérise par une multiplicité de petites structures dont la taille moyenne est inférieure aux moyennes nationales pour les ITEP et les SESSAD.

Au niveau des taux d'équipement, on note une disparité infra départementale malgré une volonté de rééquilibrage territorial depuis 2006. Le taux d'équipement moyen régional en places autorisées est de **12,07** et de 11,89 en places installées. Pour mémoire, le taux national en places installées était de 8,91 au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

La situation des taux départementaux montre que le département 54 a un taux élevé (13,38) même s'il comprend des établissements à vocation régionale, suivi de la Moselle (11,84), de la Meuse (11,33) et des Vosges (10,59)

**Taux d'équipement en places autorisées pour 1000 habitants 0-20 ans**

Dépt	Polyhandi cap	IME	ITEP	IEM	SESSAD	Taux d'équipt	Nb CAMSP	Nb CMPP
54	0.62	5.73	0.91	1.64	2.83	13.38	4	9
55	0.41	5.41	1.77	0	3.83	11.33	3	5
57	0.71	5.63	0.75	0.24	2.47	11.84	3	2
88	0.52	7.20	0.66	0	2.21	10.59	3	1
<b>Région</b>	<b>0.63</b>	<b>5.90</b>	<b>0.86</b>	<b>0.63</b>	<b>2.65</b>	<b>12.07</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

Source : FINESS et projections de population 2010

La situation par TSP :

Le saulnois , l'ouest vosgien et le barrois présentent des densités élevées ,dues au faible nombre des moins de 20 ans; le territoire de Nancy présente une densité élevée car il concentre le plus grand nombre de places.

**Les tableaux détaillés figurent en annexe**

**Adultes handicapés :**

Au 01/01/2010, **2439** places sont autorisées dans les établissements et services à domicile pour un total de 114 structures : 32 Mas, 28 FAM, 6 SAMSAH, 48 SSIAD.

L'offre en établissement représente 80% de la capacité totale des places autorisées.

La taille moyenne des structures d'hébergement pour adultes reste très inférieure aux moyennes nationales.

**Taux d'équipement en places autorisées pour 1000 habitants 20-59 ans**

Dépt	ESAT	FAM	MAS	SAMSAH	SSIAD PH	Foyers hébgt	Foyers vie	Taux d'équipt
54	4.7	4.8	1.01	0.54	0.12	1.08	1.32	8.02
55	4.21	5.1	1.32	0	0.63	1.54	1.61	9.19
57	3.93	5.4	0.91	0	0.17	1.06	0.63	7.08
88	4.26	6.9	1.17	0.05	0.25	1.37	1.89	9.38
<b>Région</b>	<b>4.05</b>	<b>5.4</b>	<b>1.01</b>	<b>0.18</b>	<b>0.20</b>	<b>1.15</b>	<b>1.12</b>	<b>7.89</b>

Source : FINESS et projections de population 2010

La situation par TSP : on note une grande concentration de l'offre sur les grandes agglomérations Nancy, Metz, Epinal et sur le bassin houiller.

Certains TSP restent dépourvus d'offre en MAS et/ou FAM, comme le cœur de Lorraine, Briey, le sud ouest 54 et le Val de Lorraine.

**Les tableaux détaillés figurent en annexe**

**2 - Scolarisation des enfants handicapés:**

La loi du 11 février 2005 renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.

**- La scolarisation individuelle :**

A la rentrée scolaire 2008-2009, l'académie Nancy-Metz recense, dans les établissements du 1<sup>er</sup> degré, 2846 élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire, effectif en hausse par rapport à 2007-2008 (+8%).

Dans les établissements du 2<sup>nd</sup> degré, 2527 élèves sont scolarisés en milieu ordinaire (collèges, lycées, LP), avec une augmentation dans chaque département par rapport à 2008 (+6%).

**Répartition départementale:**

	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>Total</b>
Nb d'élèves scolarisés en milieu ordinaire - 1 <sup>er</sup> degré	977	170	1354	345	2846
Nb d'élèves scolarisés en milieu ordinaire - 2d degré	774	130	1467	156	2527
<b>Total élèves handicapés</b>	<b>1751</b>	<b>300</b>	<b>2821</b>	<b>501</b>	<b>5373</b>

Source : Académie Nancy-Metz

**L'accompagnement de l'élève handicapé par des AVS (auxiliaires de vie scolaire):**

Lorsque ses besoins l'exigent, l'élève handicapé peut bénéficier d'un accompagnement par un AVS I (auxiliaire de vie scolaire individuel).

La dotation académique en emplois d'AVS I est de 420.5 ETP au 31/01/2010. Par ailleurs, les personnels sur contrat aidé exerçant la fonction d'AVS I représentent 587.36 ETP.

Le nombre d'élèves handicapés pour lesquels la MDPH a prescrit un accompagnement individuel est de 2111. Au 31/01/10, 16 élèves sont en attente d'un accompagnement individuel, ce qui représente un besoins en ETP de 6.06.

### Voir tableaux annexés

#### - La scolarisation collective :

Dans les écoles élémentaires, les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) permettent aux élèves handicapés de recevoir un enseignement adapté tout en profitant d'une intégration en milieu scolaire ordinaire. Dans le secondaire, lorsque les exigences d'une scolarisation individuelle sont trop grandes, les élèves handicapés peuvent être scolarisés dans une unité pédagogique d'intégration (UPI).

1582 élèves handicapés sont scolarisés en CLIS (+4% en évolution annuelle).

427 élèves handicapés sont scolarisés en UPI (augmentation de +18%).

#### Répartition départementale:

	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>Total</b>
Nb d'élèves scolarisés en CLIS	396	141	729	316	1582
Nb d'élèves scolarisés en UPI	157	35	109	126	427
<b>Total élèves handicapés</b>	<b>553</b>	<b>176</b>	<b>838</b>	<b>442</b>	<b>2009</b>
Nb de CLIS	40	21	78	35	174
Nb de UPI	16	4	14	14	48

Source : Académie Nancy-Metz

#### Commentaires:

Le nombre total d'élèves handicapés du 1<sup>er</sup> degré est de **4426** et représente **1.95%** des élèves scolarisés dans le 1<sup>er</sup> degré de l'académie (2.20% en Moselle, 2.09% en Meurthe et Moselle, 1.86% dans les Vosges et 1.68% en Meuse).

Le total des élèves handicapés scolarisés dans le 2<sup>nd</sup> degré est de **2954**, ce qui représente **1.51%** des élèves scolarisés dans le 2<sup>nd</sup> degré de l'académie.

L'augmentation de la scolarisation en milieu ordinaire est corrélée par la baisse du nombre total de CLIS qui passe de 178 à 173 à la rentrée 2008-2009: fermeture de 5 CLIS en Moselle, 1 dans les Vosges et ouverture d'une CLIS supplémentaire en Meurthe et Moselle

Le nombre d'UPI est en augmentation (+7.5 UPI en 2008-2009) et il est prévu d'ouvrir 14 UPI supplémentaires à la rentrée 2010 :

54 : Longwy

55 : Bar le Duc et Verdun

57 : Morhange, Moyeuvre, Guénange, Forbach, Metz X2, Hayange, Sarrebourg

88 : 3 implantations non définies

Pour le 1<sup>er</sup> degré, la proportion entre ces 2 modes de scolarisation augmente au profit du milieu ordinaire (64% contre 62.8% en 2008) .

Pour le 2<sup>nd</sup> degré, la proportion entre ces 2 modes de scolarisation est de 85.5% pour le milieu ordinaire.

### Voir tableaux annexés

### III – BILAN du PRIAC 2009

#### A - LES PERSONNES AGEES :

##### 1 - Bilan général 2006-2012 :

Depuis 2006, date du 1<sup>er</sup> PRIAC, un volume financier total de **26 037 996 €** a été octroyé à la Lorraine de 2006 à 2009 pour permettre le financement de places nouvelles pour des établissements et services accueillant des personnes âgées, auquel s'ajoute des enveloppes anticipées de 2010 à 2012 pour un montant de **8 388 685 €** dont **2 549 053 €** au titre du plan de relance. (Un montant de 1 824 874 € résulte de l'enveloppe anticipée 2010 notifiée en 2008.) Les mesures pour les EHPAD représentent 50%, les SSIAD 35%, les Accueils de jour 8 % et les hébergements temporaires 7%.

Ces crédits correspondent à la création de 2213 places EHPAD, 1142 places SSIAD, 367 places d'accueil de jour et 250 places d'hébergement temporaire, soit un total de 3972 places.

Au niveau de la répartition entre départements, la Moselle a bénéficié de 60% des financements régionaux de 2006 à 2012 pour les places d'EHPAD, la Meurthe et Moselle de 26 %, les Vosges de 8% et la Meuse de 6%.

[Le bilan détaillé figure en annexe \(Bilan PRIAC\).](#)

##### 2 - Bilan des créations sur les TSP en 2009 + enveloppes anticipées 2010-2012 :

Le bilan de l'actualisation 2009 du PRIAC (y compris enveloppes anticipées 2010 à 2012 acquises) représente un montant total de **12 117 611 €** dont **6 563 811 €** en enveloppes anticipées (dont 2 549 053 € au titre du plan de relance) **pour 1525 places.**

**EHPAD : 9 128 432 € pour 950 places.**

**SSIAD : 1 590 750 € pour 303 places.**

**Accueil de jour : 840 850 € pour 167 places.**

**Hébergement temporaire : 557 579 € pour 105 places.**

Les places de services à domicile représentent 38% du total des places contre 62% en établissement, cette répartition tenant compte des recommandations en matière de diversification de la prise en charge des personnes âgées.

[Cf. les tableaux détaillés figurent en annexes](#)

→ **Le bilan par TSP des places d'EHPAD est le suivant :**

Critère :	créations sur TSP prioritaires							TOTAL
	anticipée 2009 notifiées en 2007 et 2008	2009 compléme nt	anticipée 2010 notifiée en 2009	anticipée 2010 (Plan de relance)	anticipé 2011 notifiée en 2009	anticipée 2011 (Plan de relance)	anticipé 2012 Plan de relance)	
BRIEY (3)	48				28			28
LONGWY (4)	30				35			35
			2					2
<b>Meurthe et Moselle (54)</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>65</b>
MEUSE DU NORD (1)					40			40
CŒUR DE LORRAINE (2)					0	30		30
PAYS DU BARROIS (11)					0		40	40
<b>Meuse (55)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>110</b>
THIONVILLE (5)		20	72	14	75			181
METZ (6)	61	22	17	27	7	51		124
BASSIN HOULLER (7)	48			12	17		59	88
<b>Moselle (57)</b>	<b>109</b>	<b>42</b>	<b>89</b>	<b>53</b>	<b>99</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>393</b>
<b>Vosges (88)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>42</b>	<b>91</b>	<b>53</b>	<b>202</b>	<b>81</b>	<b>99</b>	<b>755</b>

<b>Critères : extensions pour atteindre taille critique (80 places) ou extensions places Alzheimer</b>								
Territoire de santé de Proximité (TSP)	anticipée 2009 notifiées en 2007 et 2008 (ANCIEN PRIAC)	2009 compléme nt	anticipée 2010 notifiée en 2009	anticipée 2010 (Plan de relance)	anticipé 2011 notifiée en 2009	anticipée 2011 (Plan de relance)	anticipé 2012 (Plan de relance)	TOTAL
VAL de LORRAINE (15)			13		7			20
TERRE DE LORRAINE (14)	29							
<b>Meurthe et Moselle (54)</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
					0			0
<b>Meuse (55)</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Pays de Sarreguemines (8)	60			0	0		0	0
<b>Moselle (57)</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Cœur des Vosges - EPINAL	40							
DEODATIE (19)			14					14
REMIREMONT (20)						25	7	32
<b>Vosges (88)</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>46</b>
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>195</b>

Source : DRASS de Lorraine

→ **Bilan des créations de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire :**

Les places nouvelles notifiées pour 2009 et anticipées 2010 sont les suivantes :

Accueil de jour :167 places

Meurthe et Moselle =74

Meuse =0

Moselle =47

Vosges =46

Hébergement temporaire : 105 places

Meurthe et Moselle =25

Meuse =0

Moselle =30

Vosges= 50

Ces places se sont ajoutées pour la plupart des département au stock de places financées mais non autorisées faute de porteurs de projets.

Au niveau régional, 174 places d'**accueil de jour** ont été autorisées entre janvier 2009 et février 2010 (dont 129 Alzheimer) et 132 installées (dont 47 Alzheimer).

Pour la Meurthe et Moselle, 128 places autorisées (98 installées), pour la Meuse, 9 places autorisées (9 installées), pour la Moselle, 16 places autorisées (11 installées) et pour les Vosges 21 places autorisées (14 installées).

En ce qui concerne l'**hébergement temporaire**, 44 places ont été autorisées sur la même période en lorraine (dont 23 Alzheimer) et 25 installées (dont 7 Alzheimer).

Pour la Meurthe et Moselle, 13 places autorisées (4 installées), pour la Meuse, -1 place autorisée (-1 installée), pour la Moselle, 9 places autorisées (5 installées) et pour les Vosges 23 places autorisées (17 installées).

Ces créations de places ont été financées sur la dotation 2009, mais également par une partie du stock de places financées non autorisées/non installées.

Les taux d'équipement par TSP pour ces places d'accueils de jour et d'hébergements temporaires ont été déterminés pour la première fois cette année, suite aux mises à jour

effectuées par les DDASS. Certains territoires apparaissent toujours sans équipement de ce type, tels le TSP Cœur de Lorraine (en 54) et le TSP Déodatie (en 55).

→ **Les places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

FINESS ne permet pas de déterminer si les places supplémentaires recensées en 2010 par rapport à début 2009 proviennent de la mise à jour de la base, de requalification ou de créations de places nouvelles.

Un suivi manuel des transformations est réalisé par les DDASS :

Ainsi, 155 places ont été transformées en « Alzheimer » dans les établissements de la région en 2009, de la manière suivante :

- Le département de la **Meuse** a ainsi transformé 13 places d'hébergement complet en H.C. Alzheimer (EHPAD de Varennes en Argonne).
- Le département de la **Moselle** a transformé une place d'accueil de jour en A.J. Alzheimer (EHPAD de la Petite-Roselle).
- Le département des **Vosges** a transformé 113 places d'hébergement complet en H.C. Alzheimer (24 places EHPAD « Saint-Martin » à Charmes, 9 places EHPAD « J.Moye » à Essegney, 12 places EHPAD « Justine Pernot » à Neufchâteau, 15 places EHPAD « Foucharupt » à Saint Dié, 12 places EHPAD « La Chaumière » à Saint Dié, 5 places EHPAD « Le Solem » à Vagney, 12 places EHPAD « Saint-Joseph » à Ville/Illon, 12 places EHPAD « Les sentiers d'automne » à Bains les Bains et 12 places EHPAD de l'hôpital local de Fraize).
- Le département de **Meurthe et Moselle** a transformé 28 places (12 HP Alzheimer à la MR Onville, 14 HP Alzheimer et 2 HT Alzheimer à la MR du CH de Toul).

→ **Bilan des créations par département et sur TSP des SSIAD et SPASAD :**

Entre janvier 2009 et janvier 2010, 532 places de SSIAD ont été autorisées et 395 installées.

Les places nouvelles (financées) SSIAD PA en 2009, au PRIAC sont les suivantes (Il n'y a pas d'enveloppes anticipées sur les SSIAD PA) :

En Meurthe et Moselle : 0  
 En Meuse : 40 (210 000 €)  
 En Moselle : 192 (1 260 000 €)  
 Vosges : 23 (120 750 €)  
 Total = 303 places (1 590 750 €)

Le taux cible de 18 pour 1000 personne âgée de plus de 75 ans a été atteint au niveau régional.

Nancy a presque atteint le taux cible, avec un taux d'équipement à 17,9.

Certains territoires qui étaient inférieurs au taux cible ont dépassé, très largement quelquefois, le taux cible, et ne sont donc plus prioritaires :

- Pays de Remiremont et des vallées : 19,4
- Pays de l'ouest Vosgien : 21,4
- Pays de Briey : 21,7
- Pays du Haut Val de Meuse : 32,2

**Cf. Annexe Carte « Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées » - Taux d'équipement par TSP au 1<sup>er</sup>/01/2010 et tableaux détaillés.**

**Récapitulatif des places SSIAD PA financées non autorisées et non installées :**

A la fin de l'année 2009, le stock de places financées non autorisées est le suivant par département :

20 places en 54  
 0 places en 55  
 192 places en 57

64 places en 88

Il est tenu compte de ce stock de places financées non autorisées dans la programmation de places nouvelles pour atteindre un taux d'équipement homogène sur la région, à savoir 21 à 22 pour 1000, à compter de 2010.

La Meurthe et Moselle n'a pas eu de places nouvelles SSIAD en 2010 mais a autorisé et installé plus de 200 places de son stock.

La Moselle a bénéficié de 240 places nouvelles et a autorisé 131 places SSIAD au cours de l'année 2009.

### **SSIAD expérimentaux pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Le Plan Alzheimer (mesure 6) a prévu la possibilité pour les SSIAD, SPASAD ou groupements de ces structures de recourir à de nouveaux professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie Alzheimer. 500 équipes spécialisées doivent ainsi être réparties équitablement sur le territoire pour 2012. Pour 2009, un appel à candidature sur la constitution d'équipes pilotes a été transmis par la DGAS et un comité de sélection composé des DGAS, DSS, CNSA, CNAMTS et association France Alzheimer a retenu 40 équipes pilotes. L'expérimentation a débuté, au niveau national, le 1<sup>er</sup>/09/2009.

En Lorraine, 2 SSIAD expérimentaux ont été retenus, de 10 places chacun, 1 en Moselle (à Courcelles-Chaussey, arrêté du 26 novembre 2009), et 1 en Meurthe et Moselle (à Audun-le-Roman, arrêté du 1<sup>er</sup>/12/2009). Ils ont été financés sur crédits non reconductibles en 2009 et sont intégrés aux mesures nouvelles 2010.

**B - LES PERSONNES HANDICAPEES :****1 - Bilan général 2006-2012 :**

Depuis 2006, date du 1<sup>er</sup> PRIAC, un volume financier total de **31 922 573€** a été octroyé à la Lorraine pour permettre le financement de 1118 places nouvelles pour adultes et enfants handicapés. L'enveloppe moyenne annuelle est de 5 246 848€ .

Les mesures pour adultes représentent 73% et celles pour enfants, 27%.

Ces crédits correspondent à la création de 872 places pour adultes et de 259 places pour enfants.

Au niveau de la répartition entre départements, la Moselle a bénéficié de 53% des financements régionaux de 2006 à 2012, suivie de la Meurthe et Moselle pour 20%, les Vosges pour 14% et la Meuse pour 13%.

**Le bilan détaillé figure en annexe.**

**2 - Bilan des créations sur TSP 2009 + enveloppes anticipées 2010-2012:**

Le bilan de l'actualisation 2009 du PRIAC (enveloppe 2010 et enveloppes anticipées 2011 et 2012 notifiées au 31/12/2009) représente un montant total de **12 759 132€** en mesures nouvelles **pour 513 places**.

L'enveloppe enfants est de 3 650 439€ pour 116 places, 3 CAMSP et 2 CMPP.

L'enveloppe adultes est de 8 928 693€ pour 397 places et comprend pour l'année 2012, les crédits octroyés au titre du plan de relance de l'économie.

Les places de services à domicile représentent 47% du total des places pour adultes contre 53% en établissement; pour les enfants la prise en charge à domicile représente 63% des places, cette répartition tenant compte des recommandations en matière de diversification de prise en charge des personnes handicapées.

La répartition de l'hébergement pour adultes est de 57% pour les MAS et de 43% pour les FAM.

Au niveau du plan autisme, on constate une montée en charge assez importante dans la région avec le financement total sur 2009-2010-2011 de 132 places pour personnes atteintes du syndrome autistique (113 places pour adultes et 19 places pour enfants).

**Le bilan par TSP est le suivant pour adultes**

<b>TSP</b>	<b>Nb de places financées</b>	<b>Montant</b>	<b>Actions /priorités du PRIAC</b>
<b>1</b>	21	1 383 540€	MAS Verdun : TSP prioritaire
<b>7</b>	44	879 726€	FAM St Avold/FAM Forbach : Plan autisme
<b>8</b>	17	1 637 523€	MAS Rohbach solde : opération du 1er PRIAC
<b>14</b>	34	327 233€	SAMSAh Neuves Maisons : TSP prioritaire
<b>16</b>	199	1 878 351€	FAM Agi et SISUNancy : étudiants handicapés FAM Michelet et SAMSAH: plan autisme, FAM Malzéville: plan autisme FAM Ars : handicap psychique
<b>18</b>	14	363 174€	FAM Châtel s/Moselle : personnes handicapées vieillissantes
<b>19</b>	38	2 048 298€	MAS et SAMSAH St Dié : plan autisme - TSP prioritaire - plan de relance

Source : DRASS de Lorraine

**Le bilan par TSP est le suivant pour enfants**

<b>TSP</b>	<b>Nb de places financées</b>	<b>Montant</b>	<b>Actions /priorités du PRIAC</b>
<b>1</b>	5	85 623€	IME Thierville : requalification places autistes
<b>6</b>	50	1 831 506€	IMPRO Montigny : requalification places autistes CMPP Metz : solde 1 <sup>er</sup> PRIAC IEM Metz : solde 1 <sup>er</sup> PRIAC SESSAD Lorry TCC : 1 <sup>er</sup> PRIAC
<b>7</b>	4	68 498€	IME Forbach : requalification places autistes
<b>10</b>	1 CAMSP	268 269€	CAMSP Sarrebourg : TSP prioritaire
<b>12</b>	2	70 124€	ITEP Commercy : solde 1 <sup>er</sup> PRIAC
<b>13</b>	1 CAMSP et 1 CMPP	122 731€	Neufchâteau - 1er PRIAC
<b>14</b>	15	135 464€	SESSAD PRO Velaine : 1er PRIAC et TSP prioritaire
<b>15</b>	13	214 615€	SESSAD Pont à Mousson : : TSP prioritaire
<b>16</b>	1 CAMSP	60 641€	Nancy : 1 <sup>er</sup> PRIAC
<b>18</b>	27	792 968€	SESSAD TCC Epinal : 1 <sup>er</sup> PRIAC ITEP Epinal : 1 <sup>er</sup> PRIAC + TSP prioritaire

Source : DRASS de Lorraine

## IV - RAPPEL DES PRIORITES DE PROGRAMMATION RETENUES EN 2009

### A - PERSONNES AGEES

#### Mise en œuvre au niveau régional des plans nationaux :

Les volumes de programmation fixés par le Plan Solidarité Grand Age sont maintenus. Et la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 monte en puissance.

#### Rappel des priorités régionales définies en 2009

Un **critère commun** de programmation à toutes les structures pour personnes âgées a été fixé pour le PRIAC 2009-2011: **le maintien à domicile**, qui est réaffirmé comme une priorité régionale.

Des **critères spécifiques** sont, par ailleurs, déterminés pour les EHPAD, les SSIAD, les Accueils de jour et les Hébergements temporaires.

#### - EHPAD

9 critères avaient été retenus

- 1 – Tenir compte de l'impact des restructurations hospitalières et de la réforme des U.S.L.D.
- 2 – Mettre en œuvre le Plan de Solidarité Grand Agé, en nombre de places créées et par la diversification de l'offre.
- 3 – Se rapprocher du taux national de 108 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2005 (données CNSA/PRIAC 2008), en tenant compte de l'évolution de la population entre 2010 et 2015 (population de 75 ans et + et population de 85 ans et +).
- 4 – Privilégier les extensions, notamment pour les EHPAD à faible capacité sur les TSP prioritaires. Pour les TSP non prioritaires, la création de GCSMS devra être privilégiée pour atteindre l'équilibre financier.
- 5 – Tenir compte des taux d'occupation des EHPAD actuellement installés.
- 6 – Avoir une prise en charge adaptée pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou souffrant de troubles du comportement, en favorisant la reconversion des places existantes dans les territoires non prioritaires.
- 7 – Evaluer le degré d'opérationnalité des projets.
- 8 – Tenir compte du coût de l'investissement qui doit se situer dans la moyenne nationale.
- 9 – Impliquer les projets dans les filières gériatriques.

En terme de densité (nombre de places autorisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + ou de 85 ans et + en 1010), les territoires en-dessous de la moyenne nationale apparaissent comme prioritaires, selon un classement par ordre décroissant:

#### TSP PRIORITAIRES EN TERMES DE TAUX D'EQUIPEMENT:

TSP BRIEY (n°3)	67
TSP BASSIN HOUILLER (n°7)	71
TSP LONGWY (n°4)	81
TSP THIONVILLE (n°5)	81,9
TSP PAYS BARROIS (n°11)	92,7
Taux national	<u>108</u>

Un classement par ordre décroissant, au regard du taux de vieillissement attendu de la population entre 2010 et 2015, met en évidence quasiment les mêmes TSP :

TSP LONGWY (n°4)	40,7%
TSP THIONVILLE (n°5)	39,6%
TSP BRIEY (n°3)	36,7%
TSP METZ (n°6)	33,7%
TSP BASSIN HOUILLER (n°7)	33,4%
Taux régional	28,8%

### **SSIAD**

→ Atteindre par TSP le taux national de 18 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +, en installant rapidement les places financées.

Par TSP, il subsiste des territoires au taux inférieur au taux cible de 18 pour 1000, à savoir :

- Territoire de Longwy (n°4)
- Pays du Val de Lorraine
- Territoire de Metz (n°6)
- Pays des Vosges centrales
- Bassin Houiller (n°7)
- Territoire de Thionville (n°5)
- Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe
- Pays de Sarrebourg
- Territoire de Nancy (n°16) (17,9 pour 1000)

→ Et, lorsque ce taux est atteint sur un TSP, prioriser en fonction de la démographie des IDE, des taux d'occupation, des besoins recensés et de l'étude des demandes non satisfaites.

### **Accueil de jour et Hébergement temporaire**

Les territoires les moins pourvus feront l'objet d'appel à projet .

Il sera également tenu compte de la circulaire N° D GCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1).

Cette circulaire a pour objet de préciser la capacité minimale des accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées, notamment les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et les modalités de mise en œuvre de l'obligation de proposer un dispositif de transport.

Compte tenu de sa parution récente, les conditions de sa mise en œuvre n'ont pu être examinées, et sa mise en œuvre fera l'objet de réunions de travail ultérieures avec les partenaires : Conseils Généraux, associations de familles ...

## B - PERSONNES HANDICAPEES

### 1 - Rappel des objectifs de programmation définis en 2009:

Des critères **communs** de programmation à toutes les catégories de structures pour enfants et adultes, sont fixés pour le PRIAC 2009-2011:

- ☞ les zones déficitaires (inférieures au taux d'équipement national)
- ☞ le respect des plans nationaux en terme de population prise en charge
- ☞ le degré d'opérationnalité (extensions/créations, seuil masse critique)
- ☞ les restructurations
- ☞ la prise en charge à domicile prioritaire à la prise en charge en établissements
- ☞ la convergence tarifaire (coûts moyens à la place)

Au niveau des types de handicaps, les handicaps physique, sensoriel, intellectuel et psychique relèvent du PRIAC.

Le plan pluri annuel de création de places préconise également des solutions médico-sociales pour l'accompagnement des personnes atteintes de traumatismes crâniens ou cérébro-lésées s'inscrivant dans la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale ; une réponse régionale en terme de prise en charge médico-sociale pourrait être apportée par la création d'un SAMSAH.

L'inclusion dans les priorités du PRIAC de la prise en charge des enfants souffrant de Troubles Spécifiques du Langage (TSL) a été demandée par un établissement qui souhaite une extension de capacité à ce titre : une étude régionale permettant de déterminer les besoins et de préciser une organisation régionale structurée est en cours en 2010.

### Enfants

- **dépistage précoce :**

☞ **Centres médico-psychopédagogiques (CMPP) et Centres d'accueil médico-social précoces (CAMSP)**

- ▲ Critère n°1 : donner la priorité au dépistage précoce par la création de CAMSP sur un TSP non couvert (Moselle est)
- ▲ Critère n°2 : Renforcer les CAMSP et CMPP existants

- **accompagnement dans le milieu de vie ordinaire:**

☞ **Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**

- ▲ Critère n°1 : Reconversion des IME présentant un taux moyen d'occupation inférieur à 80%
- ▲ Critère n°2 : Créer des places de SESSAD dans les TSP à densité 0.
- ▲ Critère n°3 : Prise en compte du plan autisme
- ▲ Critère n°4 : Prise en compte des enfants atteints de TCC afin de combler le déficit en ITEP

- **accompagnement en institution :**

☞ **Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)**

- ▲ Critère n°1: renforcer les ITEP existants pour la prise en charge des enfants et jeunes adultes présentant des troubles du caractère et de comportement, en fonction d'une taille critique moyenne.
- ▲ Critère n°2: Prise en compte des 3 TSP prioritaires : Vosges centrales, sud ouest 54 et Briey-Longwy

☞ **IME/Autisme:**

- ▲ Critère n°1: requalifier les places d'IME existantes pour autistes

**Adultes**

**- accompagnement en institution :**

☞ **Maison d'accueil spécialisée (MAS) - Foyer d'accueil médicalisé (FAM) :**

**- FAM:**

- ▲ Critère n°1 : Prise en compte des publics spécifiques : autisme, personnes handicapées vieillissantes, handicapés psychiques
- ▲ Critère n°2: Réduction des inégalités territoriales : Densité des TSP
- ▲ Critère n°3 : Prise en compte des étudiants handicapés.

**- MAS :**

- ▲ Critère n° 1: Prise en compte des publics spécifiques : autisme et handicapés psychiques
- ▲ Critère n°2 : Densité des TSP

**- accompagnement dans le milieu de vie ordinaire**

☞ **Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIADPH) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**

- ▲ Critère n°1 : Reconfiguration des équipements existants en SAMSAH
- ▲ Critère n°2: Prise en compte des publics spécifiques : autisme, personnes handicapées vieillissantes, handicapés psychiques
- ▲ Critère n°3 : Densité des TSP
- ▲ Critère n°4: Prise en compte des étudiants handicapés

**2 - Rappel des TSP prioritaires :**

En terme de densité, les territoires en-dessous de la moyenne nationale apparaissent comme prioritaires, selon un classement par ordre décroissant:

**ENFANTS:**

<b>SESSAD</b>	<b>ITEP</b>	<b>IME/AUTISTES</b>	<b>CAMSP/CMPP</b>
Val de Lorraine Sud ouest 54 Sarreguemines Remiremont Lunévillois Saulnois et Sarrebourog Bassin houiller Ouest Vosgien Déodatle Metz	Val de Lorraine Sarreguemines Remiremont Vosges centrales Sud ouest 54 Bassin houiller Thionville Briey et Longwy Metz	Val de Lorraine Briey Verdun et Cœur de Lorraine Metz Sarreguemines	Saulnois et Sarrebourog Sud ouest 54 Sarreguemines Remiremont Déodatle Val de Lorraine Briey Thionville
<b>11 TSP</b>	<b>10 TSP</b>	<b>6 TSP</b>	<b>9 TSP</b>

**ADULTES HANDICAPES :**

<b>MAS</b>	<b>FAM</b>	<b>SSIAD PH</b>
Val de Lorraine Sud ouest 54 Déodatle Verdun et Cœur de Lorraine	Val de Lorraine Déodatle Remiremont Briey et Longwy Bassin houiller Barrois et Haut Val de Meuse Nancy Thionville Lunévillois Saulnois et Sarrebourog	Bassin houiller Lunévillois Saulnois et Sarrebourog Sarreguemines Sud ouest 54 Val de Lorraine Déodatle
<b>5 TSP</b>	<b>13 TSP</b>	<b>8 TSP</b>

## V - PROGRAMMATION 2010-2013

### A - ORIENTATIONS NATIONALES

#### 1 - Orientations de la CNSA pour l'actualisation 2010 du PRIAC

**Enjeu de l'actualisation : Définir des priorités de financement suffisamment précises et sélectives pour permettre le lancement dès 2010 des appels à projets régionaux par l'ARS.**

**Principe :** La mise à jour du PRIAC doit permettre de prioriser des projets qui devront s'intégrer dans les notifications d'enveloppes à venir et ne préjuge pas de leur montant.

Tous les PRIAC font l'objet d'une consolidation par la CNSA, leur exploitation étant utilisée pour la préparation de l'ONDAm 2011.

#### **Cadre de l'actualisation 2010 :**

La loi HPST prévoit la définition de la stratégie de santé de l'ARS à travers le PRS qui couvre l'ensemble de son domaine de compétence. Au sein de ce PRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation pluriannuelle pour la mise en œuvre du schéma d'organisation médico-sociale en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de la prévention.

La réforme du régime des autorisations médico-sociales place le PRIAC à la base du nouveau régime d'appels à projets généralisé pour les créations, extensions et transformations d'établissements et services médico-sociaux. Cette mutation rend nécessaire la fixation de priorités régionales partagées et la coordination des programmations avec les autres décideurs qui interviennent dans le financement des EMS.

#### **Objectif général :**

La CNSA fixe des orientations pour 2010 afin d'assurer la continuité de service et la transition pour la mise en place des ARS. Ces orientations s'inscrivent dans le plan de continuité du service "métier" validé en septembre 2009 par le comité exécutif de pilotage des ARS.

#### **Objectifs spécifiques :**

1 ) Assurer la continuité de service dans la période transitoire pour garantir le processus d'allocation budgétaire et de réalisation des places nouvelles

Le cadre de présentation du PRIAC est stabilisé et le calendrier de remontée est confirmé pour le 30 avril 2010.

La durée de la programmation pluriannuelle est limitée à la période 2010-2013

Nouveauté pour 2010 : l'actualisation 2010 du PRIAC fera l'objet d'une décision du DGARS avant sa publication compte tenu de la mise en place de l'ARS au 01/04.

#### 2) Sécuriser le processus de concertation

Avec les conseils généraux pour identifier les priorités communes et avec l'Education Nationale pour coordonner la programmation

3) Renforcer le pilotage régional médico-social pour préparer la mise en place de l'appel à projets, dans la perspective du PRS. 3 points de vigilance en 2010:

- Préciser les priorités régionales de programmation médico-sociale en précisant les territoires prioritaires et afin de diminuer les inégalités territoriales en précisant les besoins à satisfaire par transformation et adaptation des équipements existants
- Répondre aux orientations des plans nationaux en rééquilibrant la programmation au profit du développement de l'offre en service à domicile ou en structures de répit
- Construire la programmation, en fonction de la capacité effective de réalisation

pour améliorer les taux de réalisation et pour déterminer au niveau régional des volumes de programmation tenant compte des montants de mesures nouvelles alloués les 2 dernières années.

## **2 - Mise en œuvre du plan Alzheimer**

L'année 2009 a été particulièrement marquée par la mise en œuvre progressive des mesures du plan Alzheimer 2008-2012, qui se poursuit en 2010 :

Sa mise en œuvre a été précisée par 3 circulaires relatives à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (auxquelles s'est ajoutée la circulaire N° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative aux accueils de jour précédemment mentionnée – **cf. annexe mesure 1 du Plan Alzheimer**):

- DREES/DMSI/2009/184 du 1<sup>er</sup> juillet 2009
- DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009
- DGAS/2C/DHOS/DSS/2010/06 du 7 janvier 2010

Cette dernière instruction a pour objet de préciser la répartition, par région – et à titre indicatif par département – des 25 000 places de **PASA (pôles d'activités et de soins adaptés)** et des 5 000 places d'**UHR (unités d'hébergement renforcées)** devant être créées d'ici 2012 au sein des EHPAD et des USLD redéfinies (mesure 16 du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012), d'en calibrer la tranche 2010 et de définir les modalités de financement de ces unités en 2010 :

« La répartition territoriale des unités PASA et UHR a été réalisée sur la base des données fournies par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) recensant, par région et département en 2007, les personnes en ALD 15 (affections de longue durée : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) et/ou traitées par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI).

Il a été convenu que 2/3 des places d'UHR seront localisées dans les USLD (3 334 places dans des unités pouvant comporter jusqu'à 20 places) et 1/3 dans les EHPAD (1 666 places dans 120 à 140 unités de 12 à 14 places) et qu'au moins une unité d'hébergement renforcée sera installée dans les départements à faible prévalence de malades en ALD 15, soit dans une USLD, soit dans un EHPAD.

S'agissant des PASA, ils ont vocation à s'implanter uniquement dans les EHPAD.

En tout état de cause, les mesures nouvelles au titre de l'ONDAM/OGD médico-social personnes âgées 2010 permettent la création/labellisation, sur le territoire national, de :

- 1 666 places d'UHR, soit la totalité de la cible à atteindre pour le secteur médicosocial d'ici 2012
- de 8 333 places de PASA sur un objectif de 25 000 à échéance 2012.

### **Critères d'orientation des malades ayant des troubles du comportement vers les PASA et les UHR**

Les caractéristiques d'orientation ont été définies par les cahiers des charges publiés en annexe de la circulaire du 6 juillet 2009. (**cf. annexe cahier des charges PASA et UHR**)

**Ainsi, les résidents accueillis en PASA doivent présenter les caractéristiques suivantes :** malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents provenant de l'EHPAD.

Les critères d'éligibilité/admissibilité en vue de l'ouverture d'un PASA mesurés à l'aide du NPI-ES correspondent aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer présentant un score supérieur à 3 pour au moins un des 10 items comportementaux de l'échelle NPI-ES.

**Les résidents hébergés en UHR, quant à eux, doivent présenter les caractéristiques suivantes:** malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de la vie de la personne et des autres résidents.

Les critères d'éligibilité vers une UHR mesurés par l'échelle NPI-ES correspondent aux malades présentant un score supérieur à 7 pour au moins un des 7 items du NPI-ES mesurant les troubles du comportement perturbateurs (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, exaltation de l'humeur/euphorie, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant).

Une méthode d'éligibilité/admissibilité des malades vers les PASA et les UHR a été validée par un collège d'experts et de professionnels (tests en cours). Elle permet de déterminer si l'EHPAD dispose d'une file active suffisante pour l'ouverture d'un PASA (au moins 20 résidents éligibles/admissibles) ou d'une UHR (au moins 12 résidents éligibles).

Il ne s'agit que de critères d'admissibilité. L'admission en PASA/UHR s'inscrit dans un projet d'ensemble qui relève du projet de vie et de soins personnalisés proposé à tout nouveau résident par la direction de l'établissement et l'équipe soignante.

### **Labellisation des PASA et des UHR**

Les établissements candidatent directement auprès des DDASS (puis des agences régionales de santé – ARS) dès lors qu'ils estiment remplir les conditions fixées par le cahier des charges. Ils peuvent candidater à la fois pour l'installation d'un PASA et d'une UHR. Les cantous et les unités Alzheimer existantes peuvent candidater pour obtenir leur labellisation en tant que PASA ou UHR en fonction des caractéristiques et des besoins de la population qu'ils accueillent.

1) la demande de création d'un PASA ou d'une UHR est formalisée par le dépôt d'un dossier de candidature auprès de la DDASS/ARS mentionnant le projet d'établissement, les moyens associés à l'unité spécialisée PASA ou UHR et le nombre de résidents concernés. La demande est recevable pendant toute la durée du plan Alzheimer dès lors que l'établissement juge que son projet répond aux exigences du cahier des charges ;

2) simultanément à la constitution du dossier administratif de candidature, l'établissement évalue les résidents présentant des troubles du comportement au moyen de l'échelle NPI-ES. Cette évaluation, validée par le médecin coordonnateur, est tenue à la disposition des médecins conseils de l'assurance maladie (ou leurs équivalents en fonctions dans les ARS);

3) instruction administrative, financière et architecturale du dossier par la DDASS/ARS, en lien avec le conseil général ; instruction médicale par un médecin conseil de l'échelon régional du service médical (ERSM) ou un personnel équivalent dans les ARS ;

4) l'avis favorable DDASS/ARS déclenche une visite sur site du médecin conseil pour vérifier l'éligibilité des résidents à la création d'une unité PASA ou UHR (tests NPI) ainsi que de la DDASS/ARS et du conseil général ; L'avis favorable peut être assorti d'une demande de travaux d'aménagement qui peuvent faire l'objet d'une demande au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA (ingénierie de projet et/ou travaux) ;

5) L'avis favorable DDASS/ARS déclenche le cas échéant la réalisation et la validation d'une coupe PATHOS pour les établissements qui ne sont pas encore sous tarification au GMPS

6) l'issue favorable de la visite sur site - et la coupe PATHOS le cas échéant -déclenche le financement attaché à la création du PASA ou de l'UHR (arrêté tarifaire). L'arrêté tarifaire déclenche une première saisie dans FINESS ;

7) La visite de labellisation de la DDASS/ARS intervient dans l'année qui suit l'installation effective du PASA ou de l'UHR,

8) La décision de labellisation du PASA ou de l'UHR entraîne un arrêté d'autorisation modificatif du DDASS/ARS portant création du PASA ou de l'UHR, avec ou sans extension de capacité. Ce nouvel arrêté devra faire l'objet d'une saisie de la labellisation dans FINESS. La non-labellisation du PASA ou de l'UHR entraîne la non-reconduction des financements spécifiques attachés au fonctionnement de ces unités à compter de l'année qui suit celle de la visite de labellisation.

## **Modalités de financement et de tarification des PASA et des UHR en EHPAD**

### **Le financement des UHR en EHPAD s'opère via l'outil Pathos, dans le cadre de la tarification au GMPS**

En effet, les résidents éligibles à un accueil en unité d'hébergement renforcée qui présentent un score supérieur à 7 à au moins un des items mesurant les troubles comportementaux perturbateurs et pour lesquels le retentissement est coté 4 ou 5 sont codés P1 pour la pathologie « troubles du comportement » (état pathologique n° 14 dans Pathos) et P1 pour la pathologie « syndrome démentiel » (état pathologique n° 18), l'ensemble produisant un total de 489 points dans Pathos, auxquels viennent s'ajouter les points concernant les autres pathologies associées. Ces dispositions rendent compte de la lourdeur de la prise en charge et du potentiel de crise liés à des troubles sévères du comportement et aux pathologies associées.

Cette cotation permet une production de points supplémentaires permettant d'avoir, à ce seul titre, hors pathologies associées, des moyens budgétaires compris, selon l'option tarifaire retenue, entre 20 000 € et 27 000 €/place - quand le coût à la place par renforcement de l'existant s'établit entre 23 650 € et 28 000 € selon que la capacité de l'UHR varie de 14 à 12 places - qui correspondent au surcoût lié à la spécificité de la prise en charge en UHR telle qu'elle résulte du cahier des charges annexé à la circulaire du 6 juillet 2009. Seront retenues prioritairement les candidatures à la labellisation UHR des EHPAD fonctionnant en tarif global. En effet, les résidents éligibles à un accueil en UHR requièrent une organisation intégrée des soins fondée sur la continuité et la coordination que le tarif global est plus à même de garantir.

### **Le financement des PASA s'opère provisoirement par une tarification forfaitaire à la place**

A titre transitoire, en 2009 et 2010, le système de financement des PASA s'opère sous forme d'un forfait spécifique aux activités de soins et d'accompagnement dispensés au sein de ces unités de jour, dans l'attente d'une modalité de prise en compte plus fine des soins requis en PASA dans le référentiel Pathos et sa valorisation dans le cadre de l'équation tarifaire au GMPS. Il est assuré par l'allocation de crédits d'assurance maladie complémentaires aux ressources fixées dans le cadre de la tarification au GMPS, correspondant au surcoût lié à la spécificité de la prise en charge en PASA.

Ce forfait est égal à 63 800 € pour une unité de 14 places et à 54 686 € pour une unité de 12 places, soit une majoration par place de 4 557 €.

### **Mobilisation du plan d'aide à l'investissement (PAI) mis en œuvre par la CNSA**

Le plan d'aide à l'investissement de la CNSA pour 2010, dont le montant et les conditions d'attribution seront fixés par arrêté interministériel postérieurement à la constatation du résultat comptable 2009 de la Caisse, prendra en compte les objectifs de réalisation des UHR et des PASA et pourra accompagner les établissements pour lesquels la création de ces unités entraînera un effort d'investissement significatif »

Le volet médico-social du **Plan Alzheimer** prévoit également le déploiement des capacités en structures de répit (AJ et HT) et de SSIAD spécialisés.

La programmation doit notamment assurer **la tenue des objectifs du Plan pour la création des places nouvelles d'AJ et HT d'ici 2012.**

## **3 - Mise en œuvre de la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Le nouveau régime d'autorisation des ESMS défini à l'article 124 de la loi n'entre en vigueur, en application de l'article 131 de cette même loi, qu'au plus tard **au 01/07/2010.**

C'est donc à cette date qu'entreront en vigueur les dispositions créant la commission de sélection d'appels à projet et supprimant le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

La nouvelle procédure d'autorisation sera organisée dans des conditions précisées par un décret en cours de concertation, et qui sera publié prochainement.

Les projets déposés ou qui viendraient à l'être dans des fenêtres ouvertes avant l'entrée en vigueur de l'article 124 pourront être examinés par les CROSMS. En effet, les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée ci-dessus et ce pour une durée maximale de six mois.

*Jusqu'à l'établissement du nouveau schéma régional, les projets ayant reçu l'avis favorable du CROSMS pourront être autorisés au regard du volet médico-social des schémas départementaux existants et du PRIAC.*

Les schémas existants doivent être pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de la santé jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 118 de la loi.

Le maintien jusqu'à la création de l'ARS de l'ancien régime juridique a donc vocation à permettre une gestion souple de la transition et l'examen des demandes d'autorisation qui viendraient à être déposées jusqu'à la veille de la création des ARS.

**Sauf contretemps, les projets programmés pour les années 2012 et 2013 devraient donc être issus des premiers appels à projet lancés dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation.**

**B - PROGRAMMATION REGIONALE 2010**

**Ajustement de la programmation en 2010:**

Compte tenu des orientations de la CNSA pour la programmation 2010, la programmation lorraine est construite en fonction des capacités effectives de réalisation des projets (opérationnalité rapide) et en fonction de volumes financiers réalistes correspondant aux dotations allouées les années précédentes augmentées en moyenne de 2%.

**Contrairement aux années précédentes, la notification du 17 décembre 2009 n'intègre pas les enveloppes anticipées n+1 et n+2**

**1 - Programmation 2010 secteur Personnes Agées**

L'enveloppe totale 2010 est de 5 561 800 € pour 740 places (380 EHPAD, 190 SSIAD, 100 Accueil de Jour et 70 Hébergement Temporaire) à laquelle s'ajoute des dotations de places « Alzheimer » pour 2010 : 243 places PASA (1 106 461 €), 49 places UHR (1 014 517 €) et 5 SSIAD Alzheimer (10 places par équipe) pour 728 123 € soit une enveloppe totale de moyens nouveaux pour 2010 de 8 410 901 €, soit une augmentation de 51,44% par rapport en 2009.

Les places d'EHPAD, Accueil de Jour et Hébergement Temporaire ont été intégralement notifiées sur enveloppes anticipées 2008 et 2009.

Les places de SSIAD n'ont pas été notifiées sur des enveloppes anticipées 2008 et 2009. Les places de SSIAD pré-notifiées en 2010 ont été réparties entre les départements en fonction de leur taux d'équipement et de leur stock de places financées non autorisées.

Les mesures concernant les nouveaux dispositifs Alzheimer ont été également nouvellement notifiées.

En ce qui concerne les places Alzheimer, le critère retenu par la CNSA a été le nombre de personnes en Affection de Longue Durée n°15 (ALD 15)

Départements	Total malades en ALD15 et/ou traités année 2007	% d'ALD par département en % du total Lorraine	Nombre de PASA échéance 2012	Nombre de PASA notifiés 2010	Nombre d'UHR échéance 2012
Meurthe-et-Moselle	3 229	30,35%	16		
Meuse	1 062	9,98%	5		
Moselle	4 300	40,41%	21		
Vosges	2 049	19,26%	10		
Total Lorraine	10 640	100,00%	52	17	3

**Les « places » en Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) et Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ne sont pas des places nouvelles, mais un renforcement de moyens existants.**

L'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 a apporté des précisions complémentaires à la circulaire du 6 juillet 2009 concernant la répartition des moyens pour les UHR entre les secteurs sanitaire (2/3) et médico-social (1/3). Cependant, ces éléments ne permettaient pas de programmer les moyens alloués en 2010 pour la durée du plan sur le secteur médico-social, en articulation avec les projets et financements du secteur sanitaire .

Afin de se donner un délai de réflexion supplémentaire, le Comité de l'Action Régionale (CAR) du 26 janvier 2010 a validé une répartition des crédits à part égale entre les 4

départements. (Le montant des crédits aux UHR qui seront labellisés seront réellement déterminés par les coupes PATHOS.)

Ainsi, la labellisation des UHR dans le secteur médico-social s'articulera avec la labellisation des UHR dans les USLD, au titre du secteur sanitaire. L'instruction DHOS du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement et de financement des UHR dans le secteur sanitaire a complété l'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social. Les UHR localisées dans les USLD sont réparties de la manière suivante : 2 en Meurthe et Moselle, 2 en Moselle et 1 dans les Vosges.

La répartition des PASA 2010 (17 sur les 52 prévus à échéance 2012) a été effectuée en fonction du degré d'opérationnalité des projets de chaque département.

La région bénéficiera de 5 SSIAD renforcés (y compris les 2 SSIAD expérimentaux de 2009 financés sur crédits non pérennes), cette dotation permettra d'expérimenter le dispositif dans les 2 départements n'en ayant pas bénéficié.

Le 5<sup>ème</sup> sera implanté en Moselle, département le plus peuplé, sur un territoire peu pourvu en structures spécialisées Alzheimer.

### **Récapitulatif des répartitions 2010 validées par le CAR du 26 janvier 2010 :**

Nature enveloppe	Données	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Région
EHPAD	Montant	633 600	144 000	2 736 000	134 400	<b>3 648 000</b>
	Places	66	15	285	14	<b>380</b>
AJ	Montant	163 590	0	256 291	125 419	<b>545 300</b>
	Places	30	0	47	23	<b>100</b>
HT	Montant	79 500	0	159 000	132 500	<b>371 000</b>
	Places	15	0	30	25	<b>70</b>
SSIAD *	Montant	284 458	151 711	386 863	174 468	<b>997 500</b>
	Places	54	29	74	33	<b>190</b>
SSIAD renforcé *	Montant	145 625	145 625	291 248	145 625	<b>728 123</b>
	Equipes	1	1	2	1	<b>5</b>
UHR *	Montant	253 629	253 629	253 630	253 629	<b>1 014 517</b>
	Places					<b>49</b>
PASA *	Montant	390 516	130 172	390 516	195 258	<b>1 106 461</b>
	Equipes	6	2	6	3	<b>17</b>
<b>Total enveloppes</b>		<b>1 950 918</b>	<b>825 137</b>	<b>4 473 548</b>	<b>1 161 299</b>	<b>8 410 901</b>

Le tableau suivant fait apparaître les projets de places en EHPAD . Elles avaient été financées sur les enveloppes anticipées notifiées en 2008 et 2009.

**Récapitulatif des places d'EHPAD financées en 2010 sur enveloppes anticipées notifiées en 2008 et 2009**

Gestionnaire	Communes	Territoire de santé de Proximité (TSP)	anticipée 2010 notifiée en 2008	anticipée 2010 notifiée en 2009	anticipée 2010 notifiée 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	TOTAUX par département
Office d'Hygiène Sociale	FOUG	TERRES DE LORRAINE (14)	51			66
MR "Résidence Poincaré"	BOUXIERES AUX DAMES	Val de Lorraine (15)		13		
Extensions non importante				2		
<b>TOTAL 54</b>			<b>51</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	
Verdun	VERDUN	MEUSE DU NORD (1)	15			15
<b>TOTAL 55</b>			<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Ass. J. Prévert	BEHREN LES F	BASSIN HOUILLER (7)	24			285
Clinique Ste Elisabeth	METZERVISSE	THIONVILLE (5)	70			
Atre du Val de Fensch	FONTOY	THIONVILLE (5)	21			
Pôle St Joseph	SARRALBE	PAYS DE SARREGUEMINES (8)	12			
Le Kem	THIONVILLE	THIONVILLE (5)	8			
AGAPES St Jean Baptiste	FARREBERSVILLER	BASSIN HOUILLER (7)	3			
HPM La Grange Aux Bois	HOP PRIVES METZ	METZ (6)	4			
HOSPITALOR	LONGEVILLE ST AVOLD		1			
ALPHA SANTE	OTTANGE	THIONVILLE (5)		70		
Création EHPAD	RANGUEVAUX	THIONVILLE (5)		19		
Association Gestion- animation de l'EHPAD de Moyeuvre	MOYEUVRE GRANDE	METZ (6)			12	
HOSPITALOR	TALANGE	METZ (6)			15	
ALPHA SANTE	ALGRANGE	THIONVILLE (5)			12	
ERPG de BRETIGNY - EHPAD "Relais tendresse"	SAINTE JULIEN LES METZ	METZ (6)			14	
<b>TOTAL 57</b>			<b>143</b>	<b>89</b>	<b>53</b>	
Unité Alzheimer	CORCIEUX	DEODATIE (19)		14		14
<b>TOTAL 88</b>				<b>14</b>		
<b>TOTAL REGION</b>			<b>209</b>	<b>118</b>	<b>53</b>	<b>380</b>
			<b>380</b>			

## 2 - Programmation 2010 secteur personnes handicapées

**L'enveloppe totale 2010 est de 4 629 906€ pour 147 places**, l'enveloppe anticipée 2011 (40% + plan de relance pré notifié en 2009) est de 2 229 035 pour 73 places et l'enveloppe anticipée 2012 (plan de relance pré notifié en 2009) est de 441 476€ pour 6 places.

**Le tableau suivant fait apparaître les projets qui ont été financés sur les enveloppes anticipées notifiées en 2008 et 2009, et le complément notifié en 2010:**

**RECAPITULATIF DES PLACES POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES FINANCEES EN 2010**

PROJET	2010 pré notifié en 2008		2010 pré notifié en 2009		2010 (Plan relance) pré notifié en 2009		2010 solde validé par CAR 26 janv 2010	
	Nb places	Montant	Nb places	Montant	Nb places	Montant	Nb places	Montant
CAMSP Nancy extension (TSP 16)			file active	60 641				
<b>TOTAL CAMSP/CMPP</b>			<b>file active</b>	<b>60 641</b>				
SESSAD TCC Lorry (TSP 6)			25	380 062				
<b>TOTAL SESSAD</b>			<b>25</b>	<b>380 062</b>				
IEM Metz (TSP 6)	9	576 803	4	269 112			5	312 374
<b>TOTAL POLYHANDICAP</b>	<b>9</b>	<b>576 803</b>	<b>4</b>	<b>269 112</b>				
<b>TOTAL ENFANTS</b>	<b>9</b>	<b>576 803</b>	<b>29</b>	<b>709 815</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>312 374</b>
MAS Verdun (TSP 1)	20	1 332 000						
MAS autisme +pH (St Dié) (TSP 19)					6	441 476		
<b>TOTAL MAS</b>	<b>20</b>	<b>1 332 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>441 476</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
FAM St Avold autisme (TSP 7)			17	337 288				
FAM grands marginaux Nancy (TSP 16)			30	487 798				
<b>TOTAL FAM</b>			<b>47</b>	<b>825 086</b>				
MAS Verdun (TSP 1)			1	51 540				
<b>TOTAL ACCUEIL TEMPORAIRE</b>			<b>1</b>	<b>51 540</b>				
FAM Barrois et Haut Val de Meuse							3	97 501
<b>TOTAL MEDICALISATION FOYERS</b>							<b>3</b>	<b>97 501</b>
SSIAD PH - 54								
SSIAD PH - 55								
SSIAD PH - 57			7	91 564				
SSIAD PH - 88								
<b>TOTAL SSIAD PH</b>			<b>7</b>	<b>91 564</b>				
SAMSAH Neuves Maisons (TSP 14)			20	191 747				
<b>TOTAL SAMSAH</b>			<b>20</b>	<b>191 747</b>				
<b>TOTAL ADULTES</b>	<b>20</b>	<b>1 332 000</b>	<b>75</b>	<b>1 159 937</b>	<b>6</b>	<b>441 476</b>	<b>3</b>	<b>97 501</b>
<b>TOTAL REGION</b>	<b>29</b>	<b>1 908 803</b>	<b>104</b>	<b>1 869 752</b>	<b>6</b>	<b>441 476</b>	<b>8</b>	<b>409 875</b>



**C - PROGRAMMATION PREVISIONNELLE 2011-2013:**

**Au titre des enveloppes anticipées, la région a déjà été dotée de 40 % au titre de l'année 2011 ainsi que de places au titre du plan de relance.**

Les prévisions de programmation par TSP sont susceptibles de faire l'objet de la nouvelle procédure d'appels à projets dès 2011.

Elles ont été faites sur la base des projections d'enveloppes calculées d'après les dotations obtenues les 2 dernières années.

**1 - Personnes âgées:**

Ainsi, les prévisions se basent sur environ 400 places d'EHPAD, 60 places d'hébergement temporaire, 93 places d'accueil de jour et 309 places de SSIAD. Cependant, ces prévisions tiennent compte des places financées depuis 2006 et non autorisées/ non installées, constituant un stock de places pour les départements.

**Les critères retenus sont :**

Les TSP prioritaires

Les créations de places Alzheimer

Les augmentations de capacité pour atteindre une taille critique

**Programmation EHPAD 2011- 2013 sur enveloppes non encore notifiées  
(sera ajustée en fonction du niveau des crédits réellement accordés et  
de l'opérationnalité des projets)**

Département	Territoire de santé de Proximité (TSP)	Prévisions 2011	Prévisions 2012	Prévisions 2013	TOTAUX département
54	LONGWY (4)	40	13	90	
54	BRIEY (3)	36	26	90	
54	NANCY	5	41		
54	TERRES DE LORRAINE (14)		20		
<b>TOTAL 54</b>		<b>81</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	
55	MEUSE DU NORD (1)	30	40		
55	CŒUR DE LORRAINE (2)	30			
55	PAYS DU BARROIS (11)	40			
<b>TOTAL 55</b>		<b>100</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>140</b>
57	METZ (6)	87	128	50	
57	THIONVILLE (5)	80	12	70	
57	BASSIN HOULLER	12	100	60	
57	Extensions Non Importantes	7			
<b>TOTAL 57</b>		<b>186</b>	<b>240</b>	<b>180</b>	
88	DEODATIE (19)		19		
88	REMIREMONT (20)	25	7		
<b>TOTAL 88</b>		<b>25</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>51</b>
<b>TOTAL REGION</b>		<b>392</b>	<b>406</b>	<b>360</b>	<b>1158</b>

**La programmation de places d'Accueil de jour et d'Hébergement temporaire :**

**AJ**

	2011	2012	2013
54	15	20	15
55	15	10	10
57	10	20	20
88	0	20	20
<b>REGION</b>	<b>40</b>	<b>70</b>	<b>65</b>

**HT**

	2011	2012	2013
54	10	10	10
55	10	10	10
57	25	25	25
88	0	15	15
<b>REGION</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

La programmation a tenu compte des places financées non autorisées/non installées depuis 2006.

**La programmation des unités adaptées pour accueillir des malades présentant des troubles du comportement (mesure 16 du Plan Alzheimer)**

Cette programmation recouvre la création des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR).

**PASA**

	2011	2012	TOTAL
54	6	4	10
55	1	2	3
57	8	7	15
88	3	4	7
<b>REGION</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>35</b>

Les PASA seront labellisées en tenant compte d'une couverture homogène du territoire régional.

**La programmation de places de SSIAD :**

**SSIAD**

	2011	2012	2013
54	60	60	60
55	25	25	25
57	40	80	80
88	0	10	15
<b>REGION</b>	<b>125</b>	<b>175</b>	<b>180</b>

Le critère retenu est l'atteinte d'un taux homogène par département de 21 à 22 pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Il a été tenu compte des places financées non autorisées/ non installées depuis 2006.

**SSIAD RENFORCES**

	2011	2012	TOTAL
54	3	3	7
55	1	2	4

57	3	2	7
88	1	2	4
REGION	8	9	22

La programmation a tenu compte d'un SSIAD renforcé par TSP et de 2 dans les plus grandes agglomérations de la région, Nancy et Metz.

### **Les projets de transformations de places en Alzheimer pour 2010 :**

Les départements ont des projets de transformations de places existantes en places Alzheimer, dans des établissements existants. Il s'agit des projets suivants :

**Meuse : 35 places** ( 21 HP à EHPAD de Vaucouleurs, 11 HP - 2 HT et 1 AJ à l'EHPAD de Void Vacon)

**Meurthe et Moselle : 36 places** (24 HP à l'EHPAD Bas-Château à Essey les Nancy, 12 HP à l'EHPAD de la MH de Baccarat)

**Vosges : 131 places** ( 23 HP à EHPAD Eloyes, 12 HP à EHPAD « Home du Cameroun », 12 HP à EHPAD « Ozanam » à Cheniménil, 12 HP à EHPAD « Saint Jean » à Charmois l'Orgueilleux, 14 HP à EHPAD « Léon Werth » à Remiremont et 12 HP à EHPAD de l'Hôpital local de LAMARCHE - site de Martigny les Bains, 12 HP à EHPAD de Bains-les-Bains, 10 HP à EHPAD de Dinoze, 12 HP à EHPAD rattaché à HL de Fraize, 12 HP à EHPAD de Plombières les Bains).

### **2 - Personnes handicapées**

Voir le tableau prévisionnel page suivante

**PROGRAMMATION HANDICAP 2011-2013 SUR ENVELOPPES NON ENCORE NOTIFIEES**  
**SERA AJUSTEE EN FONCTION DU NIVEAU DE DOTATION DES CREDITS REELLEMENT ACCORDES ET DE**  
**L'OPERATIONNALITE DES PROJETS**

PROGRAMMATION PREVISIONNELLE des actions par territoire	PREVISIONS 2011		PREVISIONS 2012		PREVISIONS 2013	
	Nb places	Montant	Nb places	Montant	Nb places	Montant
Créer un CAMSP sur le TSP 10 Créer un CMPP sur le TSP 5	File active	452 276	File active	1 138 288		
<b>TOTAL CAMSP/CMPP</b>	<b>File active</b>	<b>452 276</b>	<b>File active</b>	<b>1 138 288</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Créer un SESSAD : TSP 14	13	214 615				
Créer un SESSAD autisme :TSP 20	10	92 004				
Renforcer un SESSAD polyhandicap : TSP 16	6	301 789				
Créer un SESSAD TCC :TSP 13					12	124 344
Créer un SESSAD déficients visuels :TSP 16					20	305 900
<b>TOTAL SESSAD</b>	<b>29</b>	<b>608 408</b>			<b>32</b>	<b>430 244</b>
Renforcer l'ITEP Epinal :TSP 18	1	53 654			2	92 004
Créer un ITEP : TSP 3-4					10	439 917
Créer un ITEP : TSP 1					8	393 088
Créer un Centre acc/ressources pour enfants border line en Meuse					8	480 000
<b>TOTAL ITEP</b>	<b>1</b>	<b>53 654</b>			<b>28</b>	<b>1 405 009</b>
Requalifier les places d'IME pour autistes : TSP 16			15	223 544		
Créer un SESSAD autisme : TSP 1					10	176 620
Créer un SESSAd autisme : TSP 7					12	211 944
<b>TOTAL AUTISME</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>223 544</b>	<b>22</b>	<b>388 564</b>
<b>TOTAL ENFANTS</b>	<b>30</b>	<b>1 114 338</b>	<b>15</b>	<b>1 361 832</b>	<b>82</b>	<b>2 223 817</b>
Solder la MAS autisme+polyhandicap : TSP 19	25	1 753 372				
Créer des places de MAS pour traumatisés crâniens : TSP 16			4	280 000		
Renforcer la MAS pour polyhandicapés : TSP 16			6	340 358		
Etendre la capacité de la MAS : TSP 12			2	140 000		
Etendre la capacité d'une MAS : TSP 6			6	227 404		
Créer une MAS pour autistes : TSP 17					24	2 205 410
Créer une MAS pour épileptiques : TSP 14 ☞					48	3 576 572 ☞
Créer 1 place d'accueil temporaire en MAS : TSP 11					1	50 000
<b>TOTAL MAS</b>	<b>25</b>	<b>1 753 372</b>	<b>18</b>	<b>987 762</b>	<b>73</b>	<b>5 831 982</b>
Solder le FAM autisme : TSP 7	23	454 360				
Créer un FAM pour déficients psychiques : TSP 6					40	1 000 000
Créer un FAM pour déficients intellectuels : TSP 19			15	253 544		
Créer un FAM pour autistes : TSP 6			27	669 934		
Créer un FAM de transition pour adultes TCC : TSP4					15	355 010
Créer un FAM pour pers. Handicapées vieillissantes : TSP 11 et 12	4	91 564	23	577 599		
<b>TOTAL FAM</b>	<b>27</b>	<b>545 924</b>	<b>65</b>	<b>1 501 077</b>	<b>55</b>	<b>1 355 010</b>
Créer des places de SSIAD PH - 54	13	180 518				
Créer des places de SSIAD PH - 57	15	208 290				
Créer des places de SSIAD PH - 88	8	106 335				
<b>TOTAL SSIAD PH</b>	<b>36</b>	<b>495 143</b>			<b>20</b>	<b>278 839</b>
Solder le SAMSAH : TSP 14	20	191 748				
Créer un SAMSAH autisme : TSP 19	10	240 000				
Créer un SAMSAH pour handicapés psychiques: TSP19			40	682 269		
Créer un SAMSAH en Meuse					20	277 720
Créer un SAMSAH en Moselle			12	174 653		
Créer un SAMSAH pour trisomiques: TSP 16					30	244 345
Créer un SAMSAH pour épileptiques : TSP 14 ☞					40	556 220 ☞
<b>TOTAL SAMSAH</b>	<b>30</b>	<b>431 748</b>	<b>52</b>	<b>856 922</b>	<b>90</b>	<b>1 078 285</b>
<b>TOTAL ADULTES</b>	<b>118</b>	<b>3 226 187</b>	<b>135</b>	<b>3 345 761</b>	<b>238</b>	<b>8 265 277</b>
<b>TOTAL REGION</b>	<b>148</b>	<b>4 340 525</b>	<b>150</b>	<b>4 707 593</b>	<b>320</b>	<b>10 489 094</b>
<b>TOTAL REGION hors dossiers épilepsie</b>	<b>148</b>	<b>4 340 525</b>	<b>150</b>	<b>4 707 593</b>	<b>232</b>	<b>6 356 302</b>

☞ La création d'une MAS et d'un SAMSAH pour épileptiques sur le TSP 14 sont inscrits mais ne sont pas considérés comme prioritaires. Ces 2 structures font l'objet d'un traitement particulier par le cabinet du Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et de la Solidarité.

## GLOSSAIRE

### A

**AAH** Allocation aux Adultes Handicapés  
**ACTP** Allocation Compensatrice Tierce Personne  
**AES** Allocation d'Education Spéciale  
**AJ** Accueil de Jour  
**APA** Allocation Personnalisée d'Autonomie  
**APF** Association des Paralysés de France  
**ASE** Aide Sociale à l'Enfance

### C

**CAF** Caisse d'Allocations Familiales  
**CAMSP** Centre d'Action Médico-sociale Précoce  
**CASF** Code de l'Action Sociale et des Familles  
**CHU** Centre Hospitalier Universitaire  
**CLIS** Classe d'Inclusion Scolaire  
**CMP** Centre Médico-Psychologique  
**CMPP** Centre Médico-Psycho Pédagogique  
**CNSA** Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**CRAM** Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
**CROSMS** Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale

### D

**DDASS** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DI** Déficiant Intellectuel  
**DRASS** Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DRESS** Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

### E

**EHPAD** Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**EN** Education Nationale  
**ESAT** Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**ES** Enquête Statistique  
**ETB** Etablissement

### F

**FAM** Foyer d'Accueil Médicalisé

### G

**GIR** Groupe Iso Ressources

### H

**HAD** Hospitalisation à Domicile  
**HJ** hébergement de Jour  
**HT** Hébergement Temporaire

### I

**IEM** Institut d'Education Motrice  
**IJA** Institution des Jeunes Aveugles  
**IJS** Institut des Jeunes Sourds  
**IME** Institut Médico-Educatif  
**IMPRO** Institut Médico-professionnel  
**INJS** Institut National des Jeunes Sourds  
**ITEP** Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

### M

**MAS** Maison d'accueil spécialisée

**N**

**NB** Nombre

**O**

**ONDAM** Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**OGD** Objectif global de dépenses

**P**

**PA** Personne Agée

**PASA** Pôles d'activités et de soins adaptés

**PAIS** Point Accueil Information Services

**PH** Personne Handicapée

**PJJ** Protection Judiciaire de la Jeunesse

**PRIAC** Programme Interdépartemental d'Accompagnement des

Handicaps et de la perte d'autonomie

**S**

**SAAAIS** Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et A l'Intégration  
Scolaire

**SAFEP** Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

**SAMSAH** Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes  
Handicapés

**SAVS** service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**SESSAD** Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

**SROS** Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**SSIAD** Service de Soins Infirmiers à Domicile

**SSEFIS** Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration  
Scolaire

**STATISS** Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

**T**

**TC** Traumatisé Crânien

**TCC** Trouble du Comportement et de la Conduite

**TE** Taux d'Equipement

**TED** Trouble Envahissant du Développement

**TSL** Trouble Sévère du Langage

**TSP** Territoire de Santé de Proximité

**U**

**UDAS** Unité Départementale d'Action Sociale

**UEROS** Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale

**UHR** Unité d'Hébergement Renforcé

**UPI** Unité Pédagogique d'Intégration

**USLD** Unité de Soins de Longue Durée

**UTAS** Unité Territoriale d'Action Sociale

**LISTE DES ANNEXES**  
**PRIAC ACTUALISATION 2010**

- 1 - Carte des Territoires de Santé de Proximité (TSP)
- 2 - Tableau de l'offre d'équipement médico-social pour enfants handicapés
- 3 - Tableau de l'offre d'équipement médico-social pour adultes handicapés
- 4 - Tableaux de l'offre d'équipement médico-social pour personnes âgées
- 5 - Liste des Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI)
- 6 - Etat des lieux des AVS
- 7 - Enquête rapide de rentrée scolaire
- 8 - Coûts moyens à la place handicap 2010
- 9 - Bilan du PRIAC 2006-2009-2012 personnes handicapées
- 10 - Bilan du PRIAC 2006-2009-2012 personnes âgées
- 11 – Evolution du nombre de places autorisées et installées entre janvier 2009 et février 2010 par type d'hébergement et de clientèle, secteur personnes âgées (EHPAD, AJ et HT)
- 12 - Evolution du nombre de places autorisées et installées entre janvier 2009 et février 2010 par type d'hébergement et de clientèle, secteur personnes âgées (SSIAD et SPASAD PA)
- 13 – Evolution du nombre de places autorisées et installées entre janvier 2009 et février 2010 par type d'hébergement et de clientèle, secteur enfants handicapés
- 14 - Evolution du nombre de places autorisées et installées entre janvier 2009 et février 2010 par type d'hébergement et de clientèle, secteur adultes handicapés
- 15 – Cahier des charges des Pôles d'Activité et de Soins Adaptées (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)
- 16 – Circulaire n° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1)
- 17 – Carte : « les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées » par TSP – 1<sup>er</sup> janvier 2010

# Annexe 1

## Territoires de Santé de Proximité



Sources : ARH Lorraine - DRASS Service Statistique

29/01/08

## Enfants Handicapés - Places et taux d'équipement par territoires de santé de proximité

### Capacités autorisées

tsp	libellé tsp	Population moins de 20 ans en 2010	Capacité totale (1)	Taux d'équipement pour 10000 pers	Places Etab. enf. Ado Poly-hand.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / enf. Ado. Poly-hand	Places en I.M.E.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / I.M.E.	Places en I.T.E.P.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / I.T.E.P.	Places en I.E.M.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ I.E.M.	Places en Inst. Déf. Auditifs	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Inst. Déf. Auditifs	Places en Inst. Déf. Visuels	Taux d'équipement pour 10000 pers. / Inst. Déf. Visuels	Places SESSAD	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Places SESSAD	CAMPS (nb Ets)	CMPP (nb Ets)	Places autisme	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Places Autisme
1	PAYS DE VERDUN	18370	202	109,96	0	0,0	101	55,0	36	19,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	35,4	2	2	5	2,7
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	5846	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
3	PAYS DE BRIEY	16258	119	73,19	0	0,0	56	34,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	63	38,8	0	1	0	0,0
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	17437	91	52,19	0	0,0	91	52,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2	0	0,0
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	48011	625	130,18	44	9,2	315	65,6	10	2,1	14	2,9	14	2,9	3	0,6	155	32,3	1	0	20	4,2
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	90572	1020	112,62	42	4,6	356	39,3	75	8,3	29	3,2	174	19,2	11	1,2	233	25,7	1	2	10	1,1
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	53722	694	129,18	32	6,0	374	69,6	40	7,4	14	2,6	6	1,1	6	1,1	122	22,7	1	0	28	5,2
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	22277	119	53,42	0	0,0	95	42,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	10,8	0	0	12	5,4
9	PAYS DU SAULNOIS	7368	174	236,16	50	67,9	104	141,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	27,1	0	0	0	0,0
10	PAYS DE SARREBOURG	15023	174	115,82	0	0,0	90	59,9	52	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	21,3	0	0	5	3,3
11	PAYS BARROIS	14405	234	162,44	0	0,0	118	81,9	30	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	86	59,7	1	1	12	8,3
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	5517	64	116,01	18	32,6	20	36,3	8	14,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	32,6	0	2	5	9,1
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	12220	212	173,49	0	0,0	165	135,0	25	20,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	18,0	0	0	0	0,0
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	23462	168	71,61	0	0,0	143	60,9	10	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	6,4	0	0	0	0,0
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	24052	62	25,78	0	0,0	62	25,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1	0	0,0
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	70648	1596	225,91	62	8,8	492	69,6	111	15,7	280	39,6	213	30,1	60	8,5	378	53,5	2	3	30	4,2
17	PAYS LUNÉVILLOIS	18406	235	127,68	44	23,9	132	71,7	34	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	13,6	1	2	0	0,0
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	36940	394	106,66	25	6,8	258	69,8	7	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	104	28,2	1	1	12	3,2
19	PAYS DE LA DÉODATIE	19391	161	83,03	0	0,0	95	49,0	26	13,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	20,6	1	0	13	6,7
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	18707	157	83,93	20	10,7	110	58,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	14,4	1	0	22	11,8
<b>Total</b>		<b>538632</b>	<b>6501</b>	<b>120,69</b>	<b>337</b>	<b>6,3</b>	<b>3177</b>	<b>59,0</b>	<b>464</b>	<b>8,6</b>	<b>337</b>	<b>6,3</b>	<b>407</b>	<b>7,6</b>	<b>80</b>	<b>1,5</b>	<b>1429</b>	<b>26,5</b>			<b>174</b>	<b>3,2</b>
54	Meurthe-et-Moselle (2)	170263	2271	133,38	106	6,2	976	57,3	155	9,1	280	16,4	213	12,5	60	3,5	481	28,3	4	9	30	1,8
55	Meuse (3)	44138	500	113,28	18	4,1	239	54,1	74	16,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	169	38,3	3	5	22	5,0
57	Moselle	236973	2806	118,41	168	7,1	1334	56,3	177	7,5	57	2,4	194	8,2	20	0,8	586	24,7	3	2	75	3,2
88	Vosges	87258	924	105,89	45	5,2	628	72,0	58	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	193	22,1	3	1	47	5,4

INSEE : population projetée 2010

(1) Extraction Finess du 27/01/10 sur les Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.), Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (I.T.E.P.), Etablissements pour Déficent Moteur, Instituts pour Déficients Visuels, Instituts d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle, Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile, Centres Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)

(2) Il s'agit des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du S.O. meurthe-et-mosellan, Lunéville et Nancy

(3) Il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Coeur de Lorraine, Barrois et Haut Val de Meuse

## Enfants Handicapés - Places et taux d'équipement par territoires de santé de proximité

### Capacités installées

tsp	libellé tsp	Population moins de 20 ans en 2010	Capacité totale (1)	Taux d'équipement pour 10000 pers.	Places Etab. enf. Ado Poly-hand.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / enf. Ado. Poly-hand	Places en I.M.E.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / I.M.E.	Places en I.T.E.P.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / I.T.E.P.	Places en I.E.M.	Taux d'équipement pour 10000 pers. / I.E.M.	Places en Inst. Déf. Auditifs	Taux d'équipement pour 10000 pers. / Inst. Déf. Auditifs	Places en Inst. Déf. Visuels	Taux d'équipement pour 10000 pers. / Inst. Déf. Visuels	Places SESSAD	Taux d'équipement pour 10000 pers. / Places SESSAD	CAMPS (nb Ets)	CMPP (nb Ets)	Places autisme	Taux d'équipement pour 10000 pers. / Places Autismes
1	PAYS DE VERDUN	18370	187	101,80	0	0,0	86	46,8	36	19,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	35,4	2	2	5	2,7
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	5846	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
3	PAYS DE BRIEY	16258	119	73,19	0	0,0	56	34,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	63	38,8	0	1	0	0,0
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	17437	91	52,19	0	0,0	91	52,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2	0	0,0
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	48011	617	128,51	44	9,2	310	64,6	10	2,1	14	2,9	14	2,9	0	0,0	155	32,3	1	0	20	4,2
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	90572	1037	114,49	42	4,6	356	39,3	75	8,3	16	1,8	124	13,7	10	1,1	314	34,7	1	2	10	1,1
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLER	53722	658	122,48	32	6,0	374	69,6	40	7,4	14	2,6	0	0,0	0	0,0	98	18,2	1	0	4	0,7
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	22277	119	53,42	0	0,0	95	42,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	10,8	0	0	12	5,4
9	PAYS DU SAULNOIS	7368	169	229,37	50	67,9	104	141,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	20,4	0	0	0	0,0
10	PAYS DE SARREBOURG	15023	174	115,82	0	0,0	90	59,9	52	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	21,3	0	0	5	3,3
11	PAYS BARROIS	14405	261	181,19	0	0,0	145	100,7	30	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	86	59,7	1	1	15	10,4
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	5517	52	94,25	18	32,6	8	14,5	8	14,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	32,6	0	2	1	1,8
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	12220	164	134,21	0	0,0	112	91,7	30	24,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	18,0	0	0	12	9,8
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	23462	168	71,61	0	0,0	143	60,9	10	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	6,4	0	0	0	0,0
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	24052	62	25,78	0	0,0	62	25,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1	0	0,0
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	70648	1596	225,91	62	8,8	492	69,6	111	15,7	280	39,6	213	30,1	60	8,5	378	53,5	2	3	30	4,2
17	PAYS LUNÉVILLOIS	18406	238	129,31	44	23,9	125	67,9	34	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	19,0	1	2	0	0,0
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	36940	377	102,06	25	6,8	258	69,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	25,4	1	1	12	3,2
19	PAYS DE LA DÉODATIE	19391	161	83,03	0	0,0	95	49,0	26	13,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	20,6	1	0	13	6,7
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	18707	157	83,93	20	10,7	110	58,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	14,4	1	0	22	11,8
<b>Total</b>		<b>538632</b>	<b>6407</b>	<b>118,95</b>	<b>337</b>	<b>6,3</b>	<b>3112</b>	<b>57,8</b>	<b>462</b>	<b>8,6</b>	<b>324</b>	<b>6,0</b>	<b>351</b>	<b>6,5</b>	<b>70</b>	<b>1,3</b>	<b>1481</b>	<b>27,5</b>			<b>161</b>	<b>3,0</b>
54	Meurthe-et-Moselle (2)	170263	2274	133,56	106	6,2	969	56,9	155	9,1	280	16,4	213	12,5	60	3,5	491	28,8	4	9	30	1,8
55	Meuse (3)	44138	500	113,28	18	4,1	239	54,1	74	16,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	169	38,3	3	5	21	4,8
57	Moselle	236973	2774	117,06	168	7,1	1329	56,1	177	7,5	44	1,9	138	5,8	10	0,4	638	26,9	3	2	51	2,2
88	Vosges	87258	859	98,44	45	5,2	575	65,9	56	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	183	21,0	3	1	59	6,8

Annexe 2

INSEE : population projetée 2010

(1) Extraction Finess du 27/01/10 sur les Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.), Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (I.T.E.P.), Etablissements pour Déficient Moteur, Instituts pour Déficiants Visuels, Instituts d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle, Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile, Centres Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)

(2) Il s'agit des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du S.O. meurthe-et-mosellan, Lunéville et Nancy

(3) Il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Coeur de Lorraine, Barrois et Haut Val de Meuse

## Adultes Handicapés - Places et taux d'équipement par territoires de santé de proximité

### Capacités autorisées

tsp	libellé tsp	Population de 20 à 59 ans en 2010	Capacité totale (1)	Taux d'équipement pour 10000 pers.	Places en E.S.A.T	Taux d'équipement pour 10000 pers./ E.S.A.T.	Places en F.A.M.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ F.A.M.	Places en Foyer Héberg.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Foyer héberg.	Places en Foyer de Vie	Taux d'équipement pour 10000 pers./ foyer de vie	Places en M.A.S	Taux d'équipement pour 10000 pers./ M.A.S.	Places en S.S.I.A.D. P.H.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ SSIAD PH	Places en S.A.M.S.A.H	Taux d'équipement pour 10000 pers./ S.A.M.S.A.H.	Dont Places autisme	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Places autisme
1	PAYS DE VERDUN	39333	332	84,41	123	31,3	40	10,2	41	10,4	107	27,2	21	5,3	27	6,9	0	0,0	0	0,0
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	13097	128	97,73	90	68,7	0	0,0	38	29,0	0	0,0	0	0,0	11	8,4	0	0,0	0	0,0
3	PAYS DE BRIEY	37112	218	58,74	160	43,1	0	0,0	30	8,1	28	7,5	0	0,0	5	1,3	0	0,0	0	0,0
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	42720	346	80,99	195	45,6	0	0,0	62	14,5	39	9,1	50	11,7	5	1,2	21	4,9	0	0,0
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	116623	779	66,80	507	43,5	34	2,9	120	10,3	46	3,9	72	6,2	32	2,7	0	0,0	12	1,0
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	211298	1449	68,58	677	32,0	179	8,5	233	11,0	165	7,8	195	9,2	37	1,8	0	0,0	0	0,0
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLER	133119	1011	75,95	605	45,4	68	5,1	134	10,1	87	6,5	117	8,8	15	1,1	0	0,0	32	2,4
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	57592	269	46,71	149	25,9	26	4,5	32	5,6	22	3,8	40	6,9	6	1,0	0	0,0	0	0,0
9	PAYS DU SAULNOIS	15081	164	108,75	92	61,0	0	0,0	33	21,9	15	9,9	24	15,9	2	1,3	0	0,0	0	0,0
10	PAYS DE SARREBOURG	34037	346	101,65	204	59,9	0	0,0	50	14,7	22	6,5	70	20,6	5	1,5	0	0,0	0	0,0
11	PAYS BARROIS	34784	371	106,66	196	56,3	10	2,9	73	21,0	52	14,9	40	11,5	19	5,5	0	0,0	0	0,0
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	11354	75	66,06	6	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	60,8	5	4,4	0	0,0	0	0,0
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	29055	335	115,30	160	55,1	42	14,5	57	19,6	36	12,4	40	13,8	25	8,6	0	0,0	0	0,0
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	48367	185	38,25	70	14,5	43	8,9	34	7,0	38	7,9	0	0,0	0	0,0	34	7,0	0	0,0
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	49616	446	89,89	307	61,9	0	0,0	73	14,7	66	13,3	0	0,0	6	1,2	0	0,0	0	0,0
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	169579	1466	86,45	648	38,2	131	7,7	173	10,2	194	11,4	298	17,6	27	1,6	153	9,0	30	1,8
17	PAYS LUNÉVILLOIS	38357	433	112,89	189	49,3	12	3,1	46	12,0	146	38,1	40	10,4	5	1,3	0	0,0	12	3,1
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	78411	970	123,71	400	51,0	91	11,6	134	17,1	228	29,1	117	14,9	15	1,9	0	0,0	0	0,0
19	PAYS DE LA DÉODATIE	43072	263	61,06	134	31,1	0	0,0	20	4,6	66	15,3	43	10,0	4	0,9	10	2,3	0	0,0
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	43015	248	57,65	131	30,5	0	0,0	54	12,6	36	8,4	27	6,3	4	0,9	0	0,0	27	6,3
<b>Total</b>		<b>1245622</b>	<b>9834</b>	<b>78,95</b>	<b>5043</b>	<b>40,5</b>	<b>676</b>	<b>5,4</b>	<b>1437</b>	<b>11,5</b>	<b>1393</b>	<b>11,2</b>	<b>1263</b>	<b>10,1</b>	<b>255</b>	<b>2,0</b>	<b>218</b>	<b>1,8</b>	<b>113</b>	<b>0,9</b>
54	Meurthe-et-Moselle (2)	385751	3094	<b>80,21</b>	1569	<b>40,7</b>	186	<b>4,8</b>	418	<b>10,8</b>	511	<b>13,2</b>	388	<b>10,1</b>	48	<b>1,2</b>	208	<b>5,4</b>	42	<b>1,1</b>
55	Meuse (3)	98568	906	<b>91,92</b>	415	<b>42,1</b>	50	<b>5,1</b>	152	<b>15,4</b>	159	<b>16,1</b>	130	<b>13,2</b>	62	<b>6,3</b>	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
57	Moselle	567750	4018	<b>70,77</b>	2234	<b>39,3</b>	307	<b>5,4</b>	602	<b>10,6</b>	357	<b>6,3</b>	518	<b>9,1</b>	97	<b>1,7</b>	0	<b>0,0</b>	44	<b>0,8</b>
88	Vosges	193553	1816	<b>93,82</b>	825	<b>42,6</b>	133	<b>6,9</b>	265	<b>13,7</b>	366	<b>18,9</b>	227	<b>11,7</b>	48	<b>2,5</b>	10	<b>0,5</b>	27	<b>1,4</b>

Annexe 3

INSEE : population projetée 2010

(1) Extraction Finess du 26/01/10 sur les Maisons d'Accueil Spécialisée (M.A.S.), Foyers d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.), Foyers Hébergement Adultes Handicapés, Foyers d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés, Foyers de Vie pour Adultes Handicapés, Etablissements d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés, Etablissements et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) et les Centres de Pré orientation pour Handicapés.

(2) Il s'agit des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du S.O. meurthe-et-mosellan, Lunéville et Nancy

(3) Il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Coeur de Lorraine, Barrois et Haut Val de Meuse

## Adultes Handicapés - Places et taux d'équipement par territoires de santé de proximité

### Capacités installées

tsp	libellé tsp	Population de 20 à 59 ans en 2010	Capacité totale (1)	Taux d'équipement pour 10000 pers.	Places en E.S.A.T	Taux d'équipement pour 10000 pers./ E.S.A.T.	Places en F.A.M.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ F.A.M.	Places en Foyer Héberg.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Foyer héberg.	Places en Foyer de Vie	Taux d'équipement pour 10000 pers./ foyer de vie	Places en M.A.S	Taux d'équipement pour 10000 pers./ M.A.S.	Places en S.S.I.A.D. P.H.	Taux d'équipement pour 10000 pers./ SSIAD PH	Places en S.A.M.S.A.H	Taux d'équipement pour 10000 pers./ S.A.M.S.A.H.	Dont Places autisme	Taux d'équipement pour 10000 pers./ Places autisme
1	PAYS DE VERDUN	39333	311	79,07	123	31,3	40	10,2	41	10,4	107	27,2	0	0,0	27	6,9	0	0,0	0	0,0
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	13097	128	97,73	90	68,7	0	0,0	38	29,0	0	0,0	0	0,0	11	8,4	0	0,0	0	0,0
3	PAYS DE BRIEY	37112	208	56,05	170	45,8	0	0,0	30	8,1	8	2,2	0	0,0	5	1,3	0	0,0	0	0,0
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	42720	342	80,06	195	45,6	0	0,0	58	13,6	39	9,1	50	11,7	5	1,2	21	4,9	0	0,0
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	116623	734	62,94	507	43,5	34	2,9	75	6,4	46	3,9	72	6,2	29	2,5	0	0,0	12	1,0
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	211298	1400	66,26	677	32,0	179	8,5	233	11,0	134	6,3	177	8,4	34	1,6	0	0,0	0	0,0
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLER	133119	873	65,58	605	45,4	24	1,8	124	9,3	63	4,7	57	4,3	10	0,8	0	0,0	24	1,8
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	57592	229	39,76	149	25,9	26	4,5	32	5,6	22	3,8	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0
9	PAYS DU SAULNOIS	15081	164	108,75	92	61,0	0	0,0	33	21,9	15	9,9	24	15,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	PAYS DE SARREBOURG	34037	346	101,65	204	59,9	0	0,0	50	14,7	22	6,5	70	20,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	PAYS BARROIS	34784	359	103,21	196	56,3	10	2,9	73	21,0	40	11,5	40	11,5	19	5,5	0	0,0	0	0,0
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	11354	75	66,06	6	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	60,8	5	4,4	0	0,0	0	0,0
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	29055	259	89,14	160	55,1	42	14,5	57	19,6	0	0,0	0	0,0	25	8,6	0	0,0	0	0,0
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	48367	157	32,46	70	14,5	33	6,8	34	7,0	20	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	49616	446	89,89	307	61,9	0	0,0	73	14,7	66	13,3	0	0,0	6	1,2	0	0,0	0	0,0
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	169579	1406	82,91	638	37,6	71	4,2	203	12,0	194	11,4	278	16,4	27	1,6	153	9,0	0	0,0
17	PAYS LUNÉVILLOIS	38357	433	112,89	189	49,3	12	3,1	46	12,0	146	38,1	40	10,4	5	1,3	0	0,0	12	3,1
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	78411	950	121,16	400	51,0	77	9,8	134	17,1	222	28,3	117	14,9	15	1,9	0	0,0	0	0,0
19	PAYS DE LA DÉODATIE	43072	235	54,56	134	31,1	0	0,0	20	4,6	66	15,3	15	3,5	4	0,9	0	0,0	0	0,0
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	43015	221	51,38	131	30,5	0	0,0	54	12,6	36	8,4	0	0,0	4	0,9	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>		<b>1245622</b>	<b>9276</b>	<b>74,47</b>	<b>5043</b>	<b>40,5</b>	<b>548</b>	<b>4,4</b>	<b>1408</b>	<b>11,3</b>	<b>1246</b>	<b>10,0</b>	<b>1009</b>	<b>8,1</b>	<b>234</b>	<b>1,9</b>	<b>174</b>	<b>1,4</b>	<b>48</b>	<b>0,4</b>
54	Meurthe-et-Moselle (2)	385751	2992	<b>77,56</b>	1569	<b>40,7</b>	116	<b>3,0</b>	444	<b>11,5</b>	473	<b>12,3</b>	368	<b>9,5</b>	48	<b>1,2</b>	174	<b>4,5</b>	12	<b>0,3</b>
55	Meuse (3)	98568	873	<b>88,57</b>	415	<b>42,1</b>	50	<b>5,1</b>	152	<b>15,4</b>	147	<b>14,9</b>	109	<b>11,1</b>	62	<b>6,3</b>	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
57	Moselle	567750	3746	<b>65,98</b>	2234	<b>39,3</b>	263	<b>4,6</b>	547	<b>9,6</b>	302	<b>5,3</b>	400	<b>7,0</b>	76	<b>1,3</b>	0	<b>0,0</b>	36	<b>0,6</b>
88	Vosges	193553	1665	<b>86,02</b>	825	<b>42,6</b>	119	<b>6,1</b>	265	<b>13,7</b>	324	<b>16,7</b>	132	<b>6,8</b>	48	<b>2,5</b>	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>

Annexe 3-1

INSEE : population projetée 2010

(1) Extraction Finess du 26/01/10 sur les Maisons d'Accueil Spécialisée (M.A.S.), Foyers d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.), Foyers Hébergement Adultes Handicapés, Foyers d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés, Foyers de Vie pour Adultes Handicapés, Etablissements d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés, Etablissements et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) et les Centres de Pré orientation pour Handicapés.

(2) Il s'agit des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du S.O. meurthe-et-mosellan, Lunéville et Nancy

(3) Il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Coeur de Lorraine, Barrois et Haut Val de Meuse

## INDICATEURS SSIAD SPASAD P.A. PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

### Capacités autorisées

N° tsp	Libellé de TSP	Capacités autorisées SSIAD 2007	Capacités autorisées SSIAD SPASAD 19/01/10	Evolution 2007 2010 en effectif	Evolution 2007 2010 en %	Total 75 ans et + pop. projetée en 2010	Taux d'équipement 2010 pour 1000 pers. de 75 ans et + sur pop. 2010
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	55	105	50	90,9%	8489	12,4
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	92	115	23	25,0%	8065	14,3
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	200	222	22	11,0%	14344	15,5
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	389	449	60	15,4%	28635	15,7
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	280	316	36	12,9%	1984 8	15,9
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	277	316	39	14,1%	19063	16,6
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	130	140	10	7,7%	8276	16,9
10	PAYS DE SARREBOURG	90	95	5	5,6%	5585	17,0
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	269	409	140	52,0%	22825	17,9
19	PAYS DE LA DÉODATIE	136	152	16	11,8%	8406	18,1
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	135	181	46	34,1%	9333	19,4
17	PAYS LUNÉVILLOIS	140	151	11	7,9%	7664	19,7
1	PAYS DE VERDUN	140	160	20	14,3%	7567	21,1
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	103	131	28	27,2%	6129	21,4
3	PAYS DE BRIEY	126	176	50	39,7%	8103	21,7
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	49	59	10	20,4%	2267	26,0
11	PAYS BARROIS	153	175	22	14,4%	6395	27,4
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	173	221	48	27,7%	6963	31,7
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	36	79	43	119,4%	2455	32,2
9	PAYS DU SAULNOIS	109	119	10	9,2%	2816	42,3
	<b>Total</b>	<b>3082</b>	<b>3771</b>	<b>689</b>	<b>22,4%</b>	<b>203228</b>	<b>18,6</b>
	54 (1)	855	1177	322	37,7%	62109	19,0
	55 (2)	378	473	95	25,1%	18684	25,3
	57	1275	1435	160	12,5%	84223	17,0
	88	574	686	112	19,5%	38212	18,0

Annexe 4

Extraction Finess du 19/01/10 pour SSIAD SPASAD  
INSEE : projection population 2010

- (1) Pour la population projetée 2010, il s'agit ici des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO Meurthe-et-Mosellan, Lunéville, Nancy  
(2) Pour la population projetée 2010, il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Cœur de Lorraine, Barrois, Haut Val de Meuse

## INDICATEURS SSIAD SPASAD P.A. PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

### Capacités installées

N° tsp	Libellé de TSP	Capacités installées SSIAD 2007	Capacités installées SSIAD SPASAD 19/01/10	Evolution 2007 2010 en effectif	Evolution 2007 2010 en %	Total 75 ans et + pop. projetée en 2010	Taux d'équipement 2010 pour 1000 pers. de 75 ans et + sur pop. 2010
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	55	105	50	90,9%	8489	12,4
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	92	115	23	25,0%	8065	14,3
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	200	207	7	3,5%	14344	14,4
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	389	429	40	10,3%	28635	15,0
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	271	307	36	13,3%	19848	15,5
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	277	316	39	14,1%	19063	16,6
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	269	384	115	42,8%	22825	16,8
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	130	140	10	7,7%	8276	16,9
10	PAYS DE SARREBOURG	86	95	9	10,5%	5585	17,0
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	135	164	29	21,5%	9333	17,6
3	PAYS DE BRIEY	126	146	20	15,9%	8103	18,0
19	PAYS DE LA DÉODATIE	136	152	16	11,8%	8406	18,1
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	103	120	17	16,5%	6129	19,6
17	PAYS LUNÉVILLOIS	140	151	11	7,9%	7664	19,7
1	PAYS DE VERDUN	138	160	22	15,9%	7567	21,1
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	47	59	12	25,5%	2267	26,0
11	PAYS BARROIS	153	175	22	14,4%	6395	27,4
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	173	221	48	27,7%	6963	31,7
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	36	79	43	119,4%	2455	32,2
9	PAYS DU SAULNOIS	104	104	0	0,0%	2816	36,9
	<b>Total</b>	<b>3060</b>	<b>3629</b>	<b>569</b>	<b>18,6%</b>	<b>203228</b>	<b>17,9</b>
	54 (1)	855	1122	267	31,2%	62109	18,1
	55 (2)	374	473	99	26,5%	18684	25,3
	57	1257	1391	134	10,7%	84223	16,5
	88	574	643	69	12,0%	38212	16,8

Extraction Finess du 19/01/10 pour SSIAD SPASAD  
INSEE : projection population 2010

(1) Pour la population projetée 2010, il s'agit ici des regroupements des TSP de Briey, Longwy, Val de lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Nancy

(2) Pour la population projetée 2010, il s'agit des regroupements des TSP de Verdun, Cœur de Lorraine, Barrois, Haut Val de meuse

INDICATEURS PERSONNES AGEES PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

Capacités autorisées

N° tsp	Libellé de TSP	Total 75 ans et + en 2010	Capacités autorisées (1) (09/02/10)	Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans + 2010	Capacités (1) (09/02/10) DONT			Taux d'équipement accueil jour pour 1000 pa 75 ans et + 2010	Taux d'équipement hébergement temporaire pour 1000 pa 75 ans et + 2010	Places autorisées personnes Alzheimer (09/02/10)	Taux d'équipement pers. Alzheimer pour 1000 pa 75 ans et + 2010
					Places en hébergement complet (09/02/10)	Places en accueil jour (09/02/10)	Places en hébergement temporaire (09/02/10)				
1	PAYS DE VERDUN	7567	895	118,3	857	20	18	2,64	2,38	38	5,02
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	2267	230	101,5	230	0	0	0,00	0,00	0	0,00
3	PAYS DE BRIEY	8103	545	67,3	528	7	10	0,86	1,23	84	10,37
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	8489	673	79,3	640	11	22	1,30	2,59	71	8,36
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	19063	1758	92,2	1700	19	39	1,00	2,05	189	9,91
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	28635	3184	111,2	3054	54	76	1,89	2,65	357	12,47
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOUILLIER	19848	1463	73,7	1409	11	43	0,55	2,17	188	9,47
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	8276	810	97,9	770	16	24	1,93	2,90	85	10,27
9	PAYS DU SAULNOIS	2816	527	187,1	523	1	3	0,36	1,07	12	4,26
10	PAYS DE SARREBOURG	5585	583	104,4	552	11	20	1,97	3,58	63	11,28
11	PAYS BARROIS	6395	564	88,2	546	8	10	1,25	1,56	25	3,91
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	2455	318	129,5	298	11	9	4,48	3,67	25	10,18
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	6129	1040	169,7	1023	5	12	0,82	1,96	56	9,14
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	6963	708	101,7	673	24	11	3,45	1,58	100	14,36
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	8065	964	119,5	930	22	12	2,73	1,49	45	5,58
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	22825	2694	118,0	2541	99	54	4,34	2,37	208	9,11
17	PAYS LUNÉVILLOIS	7664	862	112,5	817	30	15	3,91	1,96	58	7,57
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	14344	2006	139,8	1950	30	26	2,09	1,81	205	14,29
19	PAYS DE LA DÉODATIE	8406	977	116,2	964	6	7	0,71	0,83	81	9,64
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	9333	1481	158,7	1449	12	20	1,29	2,14	138	14,79
	<b>Total Lorraine</b>	<b>203228</b>	<b>22282</b>	<b>109,6</b>	<b>21454</b>	<b>397</b>	<b>431</b>	<b>1,95</b>	<b>2,12</b>	<b>2028</b>	<b>9,98</b>
	Meurthe-et-Moselle (2)	62109	6462	104,0	6145	193	124	3,11	2,00	566	9,11
	Meuse (3)	18684	1991	106,6	1915	39	37	2,09	1,98	88	4,71
	Moselle	84223	8325	98,8	8008	112	205	1,33	2,43	894	10,61
	Vosges	38212	5504	144,0	5386	53	65	1,39	1,70	480	12,56

(1) Extraction Finess du 09/02/10 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA  
INSEE : population projetée 2010

(2) : Pour la population projetée 2010, il s'agit du regroupement des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Nancy

(3) : Pour la population projetée 2010, il s'agit du regroupement des TSP de Verdun, du Barrois, du Cœur de lorraine et du Haut Val de Meuse

INDICATEURS PERSONNES AGEES PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

Capacités installées

N° tsp	Libellé de TSP	Total 75 ans et + en 2010	Capacités installées (1) (09/02/10)	Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans + 2010	Capacités (1) (09/02/10) DONT			Taux d'équipement accueil jour pour 1000 pa 75 ans et + 2010	Taux d'équipement hébergement temporaire pour 1000 pa 75 ans et + 2010	Places installées personnes Alzheimer (09/02/10)	Taux d'équipement pers. Alzheimer pour 1000 pa 75 ans et + 2010
					Places en hébergement complet (09/02/10)	Places en accueil jour (09/02/10)	Places en hébergement temporaire (09/02/10)				
1	PAYS DE VERDUN	7567	895	118,3	857	20	18	2,64	2,38	38	5,02
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	2267	230	101,5	230	0	0	0,00	0,00	0	0,00
3	PAYS DE BRIEY	8103	471	58,1	460	5	6	0,62	0,74	70	8,64
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	8489	368	43,4	360	0	8	0,00	0,94	0	0,00
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	19063	1134	59,5	1121	2	11	0,10	0,58	10	0,52
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	28635	2762	96,5	2675	30	57	1,05	1,99	232	8,10
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	19848	1203	60,6	1175	5	23	0,25	1,16	116	5,84
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	8276	745	90,0	710	15	20	1,81	2,42	73	8,82
9	PAYS DU SAULNOIS	2816	504	179,0	500	1	3	0,36	1,07	12	4,26
10	PAYS DE SARREBOURG	5585	565	101,2	535	11	19	1,97	3,40	63	11,28
11	PAYS BARROIS	6395	539	84,3	531	3	5	0,47	0,78	0	0,00
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	2455	318	129,5	298	11	9	4,48	3,67	25	10,18
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	6129	1017	165,9	1005	3	9	0,49	1,47	42	6,85
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	6963	613	88,0	590	19	4	2,73	0,57	69	9,91
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	8065	941	116,7	891	38	12	4,71	1,49	45	5,58
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	22825	2641	115,7	2524	80	37	3,50	1,62	153	6,70
17	PAYS LUNÉVILLOIS	7664	834	108,8	811	8	15	1,04	1,96	36	4,70
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	14344	1923	134,1	1881	22	20	1,53	1,39	175	12,20
19	PAYS DE LA DÉODATIE	8406	931	110,8	924	2	5	0,24	0,59	39	4,64
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	9333	1420	152,1	1403	6	11	0,64	1,18	87	9,32
	<b>Total Lorraine</b>	<b>203228</b>	<b>20054</b>	<b>98,7</b>	<b>19481</b>	<b>281</b>	<b>292</b>	<b>1,38</b>	<b>1,44</b>	<b>1285</b>	<b>6,32</b>
	Meurthe-et-Moselle (2)	62109	5884	94,7	5652	150	82	2,42	1,32	373	6,01
	Meuse (3)	18684	1966	105,2	1900	34	32	1,82	1,71	63	3,37
	Moselle	84223	6913	82,1	6716	64	133	0,76	1,58	506	6,01
	Vosges	38212	5291	138,5	5213	33	45	0,86	1,18	343	8,98

(1) Extraction Finess du 09/02/10 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA  
INSEE : population projetée 2010

(2) : Pour la population projetée 2010, il s'agit du regroupement des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Nancy

(3) : Pour la population projetée 2010, il s'agit du regroupement des TSP de Verdun, du Barrois, du Cœur de lorraine et du Haut Val de Meuse

INDICATEURS PERSONNES ALZHEIMER PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

Capacités autorisées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

N° tsp	Libellé de TSP	JANVIER 2009 (1)				FEVRIER 2010 (2)				EVOLUTION janvier 2009 - février 2010 EN EFFECTIF			
		HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIR E	TOTAL	HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIR E	TOTAL	HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIRE	TOTAL
1	PAYS DE VERDUN	9	4	2	15	32	4	2	38	23	0	0	23
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	PAYS DE BRIEY	62	0	0	62	82	2	0	84	20	2	0	22
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	36	0	0	36	60	11	0	71	24	11	0	35
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	84	10	2	96	160	17	12	189	76	7	10	93
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	291	36	13	340	305	38	14	357	14	2	1	17
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	136	4	2	142	178	6	4	188	42	2	2	46
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	73	8	0	81	73	12	0	85	0	4	0	4
9	PAYS DU SAULNOIS	12	0	0	12	12	0	0	12	0	0	0	0
10	PAYS DE SARREBOURG	36	10	5	51	48	10	5	63	12	0	0	12
11	PAYS BARROIS	15	5	5	25	15	5	5	25	0	0	0	0
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	15	3	7	25	19	3	3	25	4	0	-4	0
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	12	0	0	12	54	2	0	56	42	2	0	44
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	15	0	0	15	82	16	2	100	67	16	2	85
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	12	0	0	12	40	4	1	45	28	4	1	33
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	105	0	0	105	164	41	3	208	59	41	3	103
17	PAYS LUNÉVILLOIS	0	0	0	0	28	30	0	58	28	30	0	58
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	119	13	5	137	183	13	9	205	64	0	4	68
19	PAYS DE LA DÉODATIE	23	2	1	26	76	4	1	81	53	2	0	55
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	53	6	6	65	116	12	10	138	63	6	4	73
	<b>Total Lorraine</b>	<b>1108</b>	<b>101</b>	<b>48</b>	<b>1257</b>	<b>1727</b>	<b>230</b>	<b>71</b>	<b>2028</b>	<b>619</b>	<b>129</b>	<b>23</b>	<b>771</b>
	Meurthe-et-Moselle	230	0	0	230	456	104	6	566	226	104	6	336
	Meuse	39	12	14	65	66	12	10	88	27	0	-4	23
	Moselle	632	68	22	722	776	83	35	894	144	15	13	172
	Vosges	207	21	12	240	429	31	20	480	222	10	8	240

Annexe 4-4

(1) Extraction Finess historique 08

(2) Extraction Finess du 09/02/10 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA

INDICATEURS PERSONNES ALZHEIMER PAR TERRITOIRE DE SANTE DE PROXIMITE

Capacités installées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

N° tsp	Libellé de TSP	JANVIER 2009 (1)				FEVRIER 2010 (2)				EVOLUTION janvier 2009 - février 2010 EN EFFECTIF			
		HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIR E	TOTAL	HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIRE	TOTAL	HEBER- GEMENT COMPLET	ACCUEIL DE JOUR	HEBER- GEMENT TEMPORAIR E	TOTAL
1	PAYS DE VERDUN	9	4	2	15	32	4	2	38	23	0	0	23
2	PAYS COEUR DE LORRAINE	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
3	PAYS DE BRIEY	62	0	0	62	70	0	0	70	8	0	0	8
4	TERRITOIRE N°4 - LONGWY	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
5	TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE	10	0	0	10	10	0	0	10	0	0	0	0
6	TERRITOIRE N°6 - METZ	147	17	5	169	203	21	8	232	56	4	3	63
7	TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER	72	0	1	73	114	1	1	116	42	1	0	43
8	PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE	61	8	0	69	61	12	0	73	0	4	0	4
9	PAYS DU SAULNOIS	12	0	0	12	12	0	0	12	0	0	0	0
10	PAYS DE SARREBOURG	36	10	5	51	48	10	5	63	12	0	0	12
11	PAYS BARROIS	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
12	PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE	15	3	7	25	19	3	3	25	4	0	-4	0
13	PAYS DE L'OUEST VOSGIEN	0	0	0		42	0	0	42	42	0	0	42
14	PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN	30	0	0	30	56	11	2	69	26	11	2	39
15	PAYS DU VAL DE LORRAINE	0	0	0		40	4	1	45	40	4	1	45
16	TERRITOIRE N°16 - NANCY	105	0	0	105	128	22	3	153	23	22	3	48
17	PAYS LUNÉVILLOIS	14	5	0	19	28	8	0	36	14	3	0	17
18	PAYS DES VOSGES CENTRALES	107	9	5	121	162	5	8	175	55	-4	3	54
19	PAYS DE LA DÉODATIE	12	0	0	12	39	0	0	39	27	0	0	27
20	PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES	24	4	5	33	77	6	4	87	53	2	-1	54
	<b>Total Lorraine</b>	<b>716</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>806</b>	<b>1141</b>	<b>107</b>	<b>37</b>	<b>1285</b>	<b>425</b>	<b>47</b>	<b>7</b>	<b>479</b>
	Meurthe-et-Moselle	211	5	0	216	322	45	6	373	111	40	6	157
	Meuse	24	7	9	40	51	7	5	63	27	0	-4	23
	Moselle	338	35	11	384	448	44	14	506	110	9	3	122
	Vosges	143	13	10	166	320	11	12	343	177	-2	2	177

Annexe 4-5

(1) Extraction Finess historique 08

(2) Extraction Finess du 09/02/10 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA

## Annexe 5

DOS/1/A

28/01/10

Unités Pédagogiques d'Intégration  
Situation 2009/2010

Département	Etablissements	Année d'ouverture	Type déficience	Structures	Effectifs élèves
54	CLG « L. Wallon » BLAINVILLE	2002	Intellectuels	1	10
	CLG « V. Van Gogh » BLENOD LES PONT A MOUSSON	2004	Intellectuels	1	10
	CLG « J. Franck » CHAMPIGNEULLES	2009	Intellectuels	1	6
	CLG « R. Nicklès » DOMMARTEMONT	2008	Intellectuels	1	10
	CLG « Montaigu » HEILLECOURT	2004	Auditifs	1 dispo	14
	CLG « Montaigu » HEILLECOURT	2009	Intellectuels	1	6
	CLG « Aragon » JARNY	2006	Intellectuels	1	10
	CLG « E. Gallé » LEXY	2003	Intellectuels	1	10
	CLG « C. Guérin » LUNEVILLE	2007	Intellectuels	1	10
	CLG « La Craffe » NANCY	2006	Intellectuels	1	10
	CLG « J. Callot » NEUVES-MAISONS	2007	Intellectuels	1	11
	CLG « Croix de Metz » TOUL	2005	Intellectuels	1	10
	CLG « G. Chepfer » VILLERS LES NANCY	1999	Intellectuels	1	8
	CLG « J. Monod » VILLERUPT	2008	Intellectuels	1	9
	Lycée « Stanislas » VILLERS LES NANCY	2004	Intellectuels	1	11
LP « Cyfflé » NANCY	2008	Intellectuels	1	7	
<b>TOTAL</b>				<b>15+1 dispo</b>	<b>152</b>
55	CLG « R. Poincaré » BAR LE DUC	2001	Intellectuels	1	12
	CLG « Les Tilleuls » COMMERCY	2007	Intellectuels	1	7
	CLG Buvignier » VERDUN	2004	Intellectuels	1	9
	LP « E. Zola » BAR LE DUC	2008	Intellectuels	1	7
<b>TOTAL</b>				<b>4</b>	<b>35</b>
57	CLG V. Demange BOULAY	2008	Intellectuels	1	7
	CLG « M. Curie » FONTOY	2001	Intellectuels	1	5
	CLG « A. Camus » FREYMING MERLEBACH	2001	Intellectuels	1	5
	CLG « J. Rostand » METZ	2004	Intellectuels	1	10
	CLG « P. de Vigneulles » METZ	2000	Intellectuels	1	10
		2005	Moteurs	1	14
	CLG « La Carrière » SAINT-AVOLD	2007	Intellectuels	1	5
	CLG « G. Pierné » STE MARIE AUX CHENES	2007	Intellectuels	1	10
	CLG « La Mésange » SARREBOURG	2003	Intellectuels	1,5	15
	Renforcement du dispositif	2007	Intellectuels		
	CLG « Fulrad » SARREGUEMINES	2003	Intellectuels	1	10
	CLG « H. Boucher » THIONVILLE	2005	Auditifs	1	8
CLG « la Milliaire » THIONVILLE	2005	Intellectuels	1	13	
Lycée/CLG « R. Schuman » METZ	2003	Visuels	1	4 CLG	
LP « A. Citroën » MARLY	2006	Intellectuels	1	8	
<b>TOTAL</b>				<b>14,5</b>	<b>124</b>
88	CLG « Lyautey » CONTREXEVILLE	2005	Intellectuels	1	11
	CLG « J. Ferry » EPINAL	2008	Intellectuels	1	11
	CLG « L. Armand » GOLBEY	2009	Intellectuels	1	10
	CLG NEUFCHATEAU		Intellectuels	1	7
	CLG « A. Cythère » RAMBERVILLERS	2005	Moteurs	1	5
	CLG « J. Ferry » SAINT-DIE	2009	Intellectuels	1	8
	CLG « Souhait » SAINT-DIE	2001	Intellectuels	1	10
	CLG « E. Triolet » THAON LES VOSGES	2001	Intellectuels	1	10
	CLG « Ban de Vagny » VAGNEY	2008	Intellectuels	1	10
	CLG « C. Claudel » XERTIGNY	2003	Intellectuels	1	9
	LP « Viviani » EPINAL	2008		1	9
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL ACADEMIQUE</b>				<b>44,5 + 1 dispo</b>	<b>411</b>

## Projets d'ouvertures Rentrée 2010

Département	Etablissements
54	LP « Darche » LONGWY
55	CLG « Prévert » BAR.LE.DUC LP « A.Fournier » VERDUN
57	CLG « L'arboretum » MORHANGE CLG « J.Burger » MOYEUUVRE GDE CLG « R.Cassin » GUENANGRE CLG « J.Moulin » FORBACH CLG « Arsenal » METZ CLG « J.Lagneau » METZ LP « M.Bastie » HAYANGE LP « Labroise » SARREBOURG
88	3 ouvertures envisagées (implantations non définies à ce jour)

ACADEMIE :	NANCY-METZ
Service :	DOS/1/A
Dossier suivi par :	Elisabeth ENEL
Ligne directe :	03 83 86 21 58
Courriel :	elisabeth.enel@ac-nancy-metz.fr

Tableau à compléter et à retourner pour le 10 février 2010 date impérative

au bureau DGESCO B 1-3

à l'adresse : [samuel.triaux@education.gouv.fr](mailto:samuel.triaux@education.gouv.fr)

Ligne directe : 01 55 55 38 40

**Situation en emplois au 31 janvier 2010**  
**Suivi des effectifs d'assistant d'éducation AVS I et des personnels sous contrat aidé assurant des fonctions d'AVS I**  
**Année scolaire 2009/2010**  
**(1er et 2nd degrés publics et privés)**

DOTATION ACADEMIQUE déléguée d'emplois d'AVSI au 31/01/2010 :	384
Autres emplois vacants du progr. 230 utilisés au 31/01/2010 pour recruter des AVS-I :	36,5
<b>Total :</b>	<b>420,5</b>

Merci de ne pas modifier la maquette et de ne rien inscrire dans les cellules colorisées

compléter le nom de chaque département	prescriptions de la MDPH au 31/01/2010		dotation en emplois (emplois d'AVS-I et autres emplois vacants du progr. 230 mobilisés pour le recrutement de personnels AVS-I)	emplois occupés au 31/01/2010	personnels sur contrat aidé exerçant la fonction d'AVS I au 31/01/2010		nombre d'élèves handicapés pour lesquels la MDPH a prescrit un accompagnement individuel au 31/01/2010	dont élèves handicapés accompagnés par un assistant d'éducation AVS I	dont élèves handicapés accompagnés par un personnel sur contrat aidé AVS I	dont élèves handicapés accompagnés par un personnel (ex-AED-AVS-i ou ex-EVS-AVS-i) rémunéré par une association (2)	dont élèves handicapés accompagnés par un personnel accompagnant à titre individuel rémunéré par une collectivité territoriale	dont élèves handicapés en attente d'un accompagnement individuel	besoins non couverts en heures au 31/01/2010	besoins non couverts en ETP au 31/01/2010
	en heures hebdomadaires	en ETP			en personnes physiques	en ETP (1)								
	a	b = a / 35	c	d	e	f	g = h + i + j + k + l	h	i	j	k	l	m	n = m / 35
Département : 54	142 211,80	4 063,19	142,50	139,17	331	213,66	800	410	386	0	0	4	51,00	1,46
Département : 55	2 191,50	62,61	55,00	50,30	37	22,79	163	121	41	1	0	0	0,00	0,00
Département : 57	12 239,00	349,69	150,00	149,50	532	314,00	842	300	532	1	0	9	131,00	3,74
Département : 88	4 122,50	117,79	73,00	70,52	108	36,91	306	195	108	0	0	3	30,00	0,86
Département :		0,00					0							0,00
Département :		0,00					0							0,00
Département :		0,00					0							0,00
Département :		0,00					0							0,00
<b>Total académie</b>	<b>160 764,80</b>	<b>4 593,28</b>	<b>420,50</b>	<b>409,49</b>	<b>1 008</b>	<b>587,36</b>	<b>2 111</b>	<b>1 026</b>	<b>1 067</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>212,00</b>	<b>6,06</b>
<b>Dont accomp. élèves du privé</b>		0,00					0							0,00

(1) Pour les personnels à temps plein sur la fonction d'accompagnement d'élèves handicapés, retenir une valeur de 0,57 ETP (20/35) pour un CAE ou un CAE-CUI (nouvellement embauché ou ancien CAE) et 0,74 ETP (26/35) pour un CAV ou un CAE-CUI, ancien CAV.

Pour les personnels à temps partiel sur cette fonction, diviser le nombre d'heures hebdomadaires effectuées pour l'accompagnement des élèves handicapés par 35.

(2) En application de l'article 44 de la loi n° 2009-972 du 03/08/2009.

		Effectifs				
		54	55	57	88	Académie
1	Nombre d'élèves handicapés du premier degré scolarisés de façon régulière, même à temps partiel, dans les écoles (Public + Privé) - scolarisation individuelle (exclusivement hors CLIS)	858 (69%) <sup>*1</sup>	137 (52%)	1342 (64%)	301 (50%)	2638 (62,8%)
		977 (71%)	170 (54,6%)	1354 (65%)	345 (52%)	2846 (64%)
2	Nombre d'élèves handicapés du premier degré scolarisés de façon régulière, même à temps partiel, dans les écoles (Public + Privé) - scolarisation collective (CLIS)	381 (31%) <sup>*1</sup>	126 (48%)	752 (36%)	301 (50%)	1650 (37,2%)
		396 (29%)	141 (45,4%)	729 (35%)	316 (48%)	1582 (36%)
3 = 1 + 2	TOTAL effectifs élèves handicapés 1 <sup>er</sup> degré	1239 (60%) <sup>*2</sup>	263 (66%)	2094 (57%)	602 (73%)	4198 (60,5%)
		1373 (59,6%)	311 (65,3%)	2083 (56,9%)	661 (70%)	4426
		+ 134 (+10,8%)	+ 48 (+18,2%)	- 11 (-0,5%)	+ 59 (+9,8%)	+ 230 (+5,5%)
4	Nombre d'élèves handicapés du second degré scolarisés de façon régulière, même à temps partiel, en collège, lycées et LP (Public + Privé) - scolarisation individuelle (exclusivement hors UPI)	680 (83%) <sup>*3</sup>	105 (78%)	1452 (93%)	140 (63%)	2377 (87%)
		774 (83%)	130 (79%)	1467 (93%)	156 (55%)	2527 (85,5%)
5	Nombre d'élèves handicapés du second degré scolarisés de façon régulière, même à temps partiel, en collèges, lycées, LP (Public + Privé) - scolarisation collective (UPI)	139 (17%) <sup>*3</sup>	29 (22%)	112 (7%)	81 (37%)	361 (73%)
		157 (17%)	35 (21%)	109 (7%)	126 (45%)	427 (14,5%)
6 = 4 + 5	TOTAL effectifs élèves handicapés 2 <sup>nd</sup> degré	819 (40%) <sup>*2</sup>	134 (34%)	1564 (43%)	221 (27%)	2738 (38,5%)
		931 (40,4%)	165 (34,7%)	1576 (43,1%)	282 (30%)	2954
		+ 112 (+13,6%)	+ 31 (+2,3%)	+ 12 (+0,7%)	+ 61 (+27,6%)	+ 216 (+7,8%)
7 = 3 + 6	TOTAL effectifs élèves handicapés 1 <sup>er</sup> + 2 <sup>nd</sup> degré	2058	397	3658	823	6936
		2304	476	3659	943	7380
		+ 246 (+12%)	+ 79 (+20%)	+ 1	+ 120 (+14,6%)	+ 446 (+6,4%)

\*1 : % par rapport au total 3 (effectifs 1er degré)

\*2 : % par rapport au total 7 (effectifs 1er degré + 2nd degré)

\*3 : % par rapport au total 6 (effectifs 2nd degré)

En noir : enquête rapide de rentrée 2008

En rouge : enquête rapide de rentrée 2009

	54	55	57	88	Académie
Nombre de CLIS (toutes options confondues)	38	21	83	36	178
	39 (+1)	21	78 (-5)	35 (-1)	173 (-5)
Nombre d'UPI (toutes options confondues)	13,5	4	14	10	41,5
	17 (+3,5)	4	14	14 (+4)	49 (+7,5)

**COÛTS MOYENS A LA PLACE 2010  
SECTEUR HANDICAP**

**Enfants et adolescents handicapés**

	<b>Coût/place de référence OGD 2010</b>	<b>Coût/place de référence dans les notifications 2009</b>	<b>Coût/place référence CA 2007</b>
SESSAD	17 662	17 148	15 516
Enfants autistes	52 273	50 750	42 049
ITEP	49 136	47 705	44 813
Enfants polyhandicapés	52 482	50 953	61 816
Déficients intellectuels	35 545	34 510	35 346
Accueil temporaire enfants	41 818	40 600	non connu

**Adultes handicapés**

	<b>Coût/place de référence OGD 2009</b>	<b>Coût/place de référence dans les notifications 2009</b>	<b>Coût/place référence CA 2007</b>
MAS	71 252	69 177	69 528
FAM	26 719	25 941	20 370
SAMSAH/SSIAD	13 386	13 886	8088 et 10258
Médicalisation foyers de vie	24 181	23 477	non connu
Accueil temporaire adultes	41 818	40 600	non connu

**BILAN DU PRIAC 2006-2009-2012**

**REGION LORRAINE**

**BILAN FINANCIER  
AU 31/12/09**

**PERSONNES HANDICAPEES**

**Annexe 9-1**

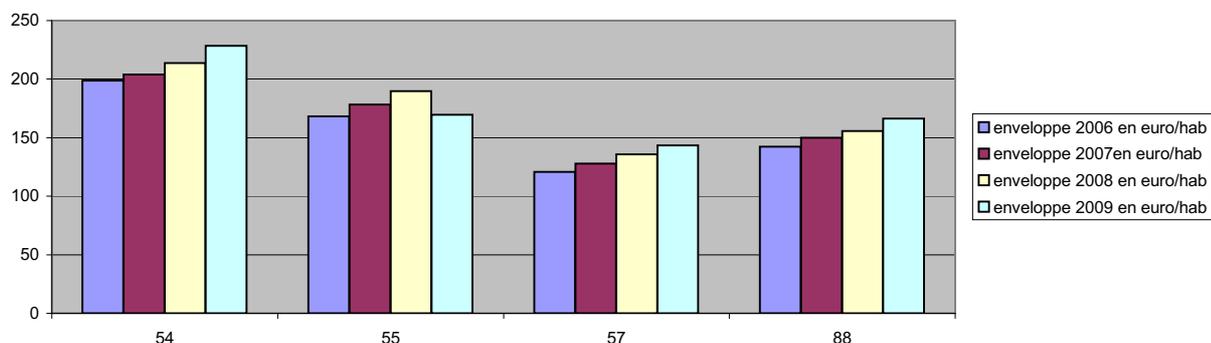
**EVOLUTION DES ENVELOPPES TOTALES ASSURANCE MALADIE PERSONNES HANDICAPEES  
2006-2007-2008-2009**

	54	55	57	88	Région
<b>Enveloppe totale au 31/12/06 avec CNR</b>	115 341 525	25 283 495	100 088 441	42 214 218	282 927 679
<b>population au 01/01/04</b>	580 504	150 256	829 360	296 647	1 856 767
<b>enveloppe 2006 en euro/hab</b>	199	168	121	142	152
<b>Enveloppe totale au 31/12/07 avec CNR</b>	118 142 287	26 767 861	106 517 372	44 464 923	295 892 443
<b>population au 01/01/05</b>	579 321	150 050	832 191	296 342	1 857 904
<b>enveloppe 2007 en euro/hab</b>	204	178	128	150	159
<b>% d'évolution 2006/2007</b>	2,43	5,87	6,42	5,33	4,58
<b>Enveloppe totale au 31/12/2008 CNSA avec CNR</b>	123 931 012	28 485 733	113 296 227	46 141 818	311 854 790
<b>population au 01/01/06</b>	580 095	150 046	834 121	296 213	1 860 475
<b>enveloppe 2008 en euro/hab</b>	214	190	136	156	168
<b>% d'évolution 2007/2008</b>	4,90	6,42	6,36	3,77	5,39
<b>Enveloppe totale au 31/12/2009 CNSA avec CNR</b>	131 887 331	25 456 086	118 544 539	48 284 935	324 172 891
<b>population au 01/01/06</b>	577 165	150 176	826 281	290 189	1 843 811
<b>enveloppe 2009 en euro/hab</b>	228,51	169,51	143,47	166,39	175,82
<b>% d'évolution 2008/2009</b>	6,42	-10,64	4,63	4,64	3,95

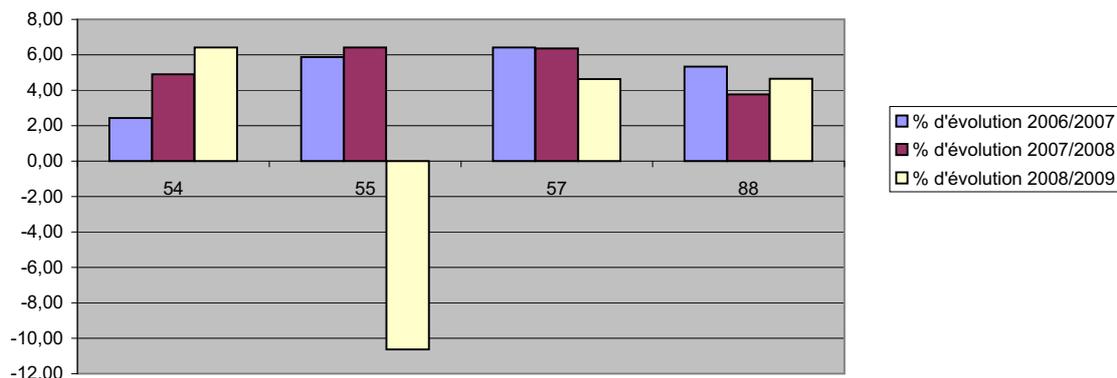
CNR : crédits non reconductibles  
pop 0-59 ans estimations annuelles statiss

l'évolution négative de l'enveloppe 55 est due au transfert des crédits de la MAS interdépartementale de Commercy/Toul au profit de l'enveloppe 54 fin 2008

**Evolution des enveloppes départementales en euro/habitant**



**% d'évolution annuelle des enveloppes**



**MECANISME DES ENVELOPPES ANTICIPEES - SECTEUR PERSONNES HANDICAPEES**

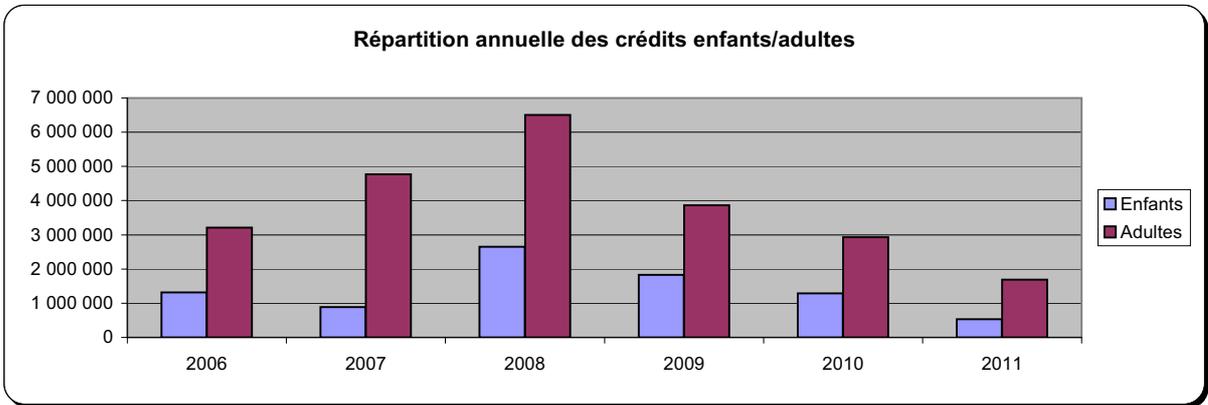
ANNEE DE NOTIFICATION	MESURES NOUVELLES 2008	MESURES NOUVELLES 2009	MESURES NOUVELLES 2010	MESURES NOUVELLES 2011	MESURES NOUVELLES 2012
↓ <b>2007</b>	40% : 1 495 196€	20% : 757 598€			
<b>2008</b>	60% : 4721418€	40% : 1 908 803€	40% : 1 908 803€		
<b>2009</b>		40% : 2 443 639€ + RN de 577 650€	40% : 1 869 752€ + PRE de 441 476€	40% : 1 788 459€+ PRE de 441 476€	PRE : 441 476€
<b>TOTAL NOTIFIE 2009</b>	<b>100% : 216 614€</b> <sup>6</sup>	<b>100% : 687 690€ et 5 110 040€ hors RN</b> <sup>5</sup>	<b>80% : 220 031€ et 3 778 555€ hors PRE</b> <sup>4</sup>	<b>40% : 229 935€ et 1 788 459€ hors PRE</b> <sup>2</sup>	<b>441 476 €</b>

RN  
PRE

Réserve nationale  
Plan de relance de l'économie

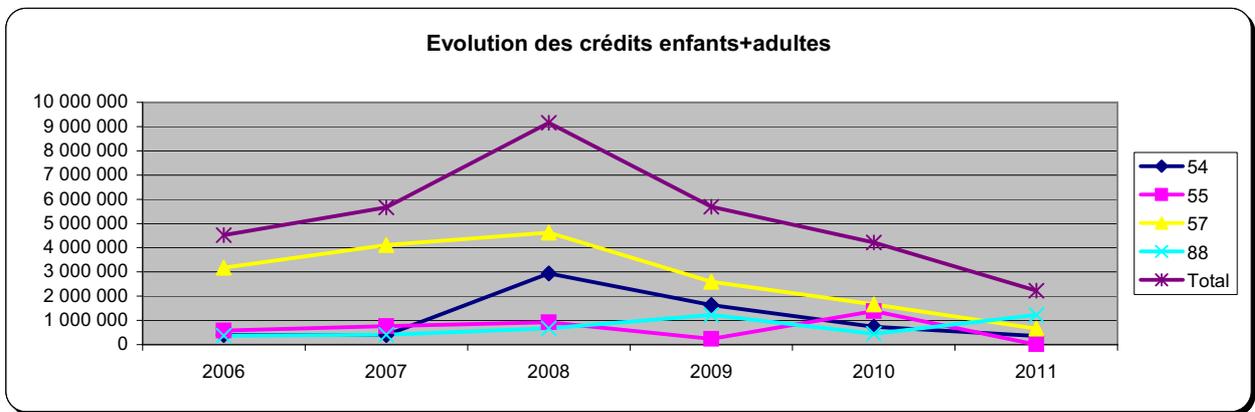
**EVOLUTION DES CREDITS DE PLACES NOUVELLES ENFANTS ET ADULTES  
REGION LORRAINE**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
<b>Enfants</b>	1 312 857	889 867	2 647 083	1 827 283	1 286 618	536 538	0	8 500 246
<b>Adultes</b>	3 212 625	4 773 851	6 507 158	3 860 407	2 933 413	1 693 397	441 476	23 422 327
<b>Total</b>	<b>4 525 482</b>	<b>5 663 718</b>	<b>9 154 241</b>	<b>5 687 690</b>	<b>4 220 031</b>	<b>2 229 935</b>	<b>441 476</b>	<b>31 922 573</b>
<b>% enfants</b>	29,01	15,71	28,92	32,13	30,49	24,06	0,00	26,63
<b>% adultes</b>	70,99	84,29	71,08	67,87	69,51	75,94	100,00	73,37

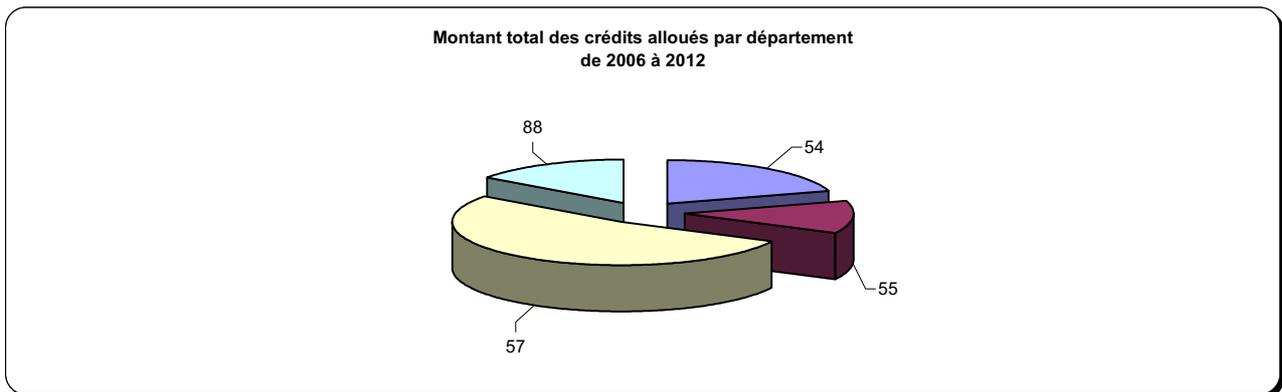


**Evolution des mesures nouvelles totales par département et par année de financement**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
<b>54</b>	392 966	390 742	2 938 885	1 627 227	740 186	350 191	0	<b>6 440 197</b>
<b>55</b>	586 297	765 062	918 709	237 491	1 383 540	0	0	<b>3 891 099</b>
<b>57</b>	3 177 535	4 104 288	4 623 657	2 597 753	1 654 829	660 744	0	<b>16 818 806</b>
<b>88</b>	368 674	403 626	672 990	1 225 219	441 476	1 219 000	441 476	<b>4 772 461</b>
<b>Total</b>	<b>4 525 472</b>	<b>5 663 718</b>	<b>9 154 241</b>	<b>5 687 690</b>	<b>4 220 031</b>	<b>2 229 935</b>	<b>441 476</b>	<b>31 922 563</b>



**Total des crédits de mesures nouvelles par département sur la période 2006-2012**



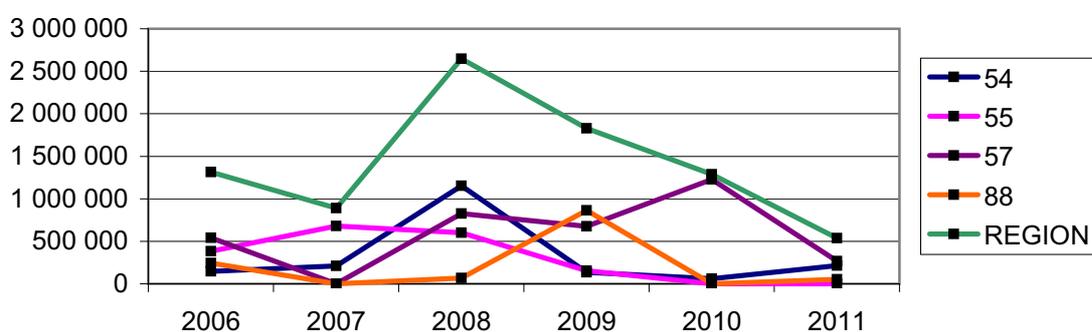
## Annexe 9-4

### BILAN D'EXECUTION DU PRIAC AU 31/12/2009 EVOLUTION DES FINANCEMENTS - MESURES NOUVELLES

#### ENFANTS: Montants

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>54</b>	148 205	208 752	1 153 213	135 464	60 641	214 615
<b>55</b>	383 133	681 115	600 039	155 747	0	0
<b>57</b>	539 173	0	827 317	674 027	1 225 977	268 269
<b>88</b>	242 346	0	66 514	862 045	0	53 654
<b>REGION</b>	<b>1 312 857</b>	<b>889 867</b>	<b>2 647 083</b>	<b>1 827 283</b>	<b>1 286 618</b>	<b>536 538</b>

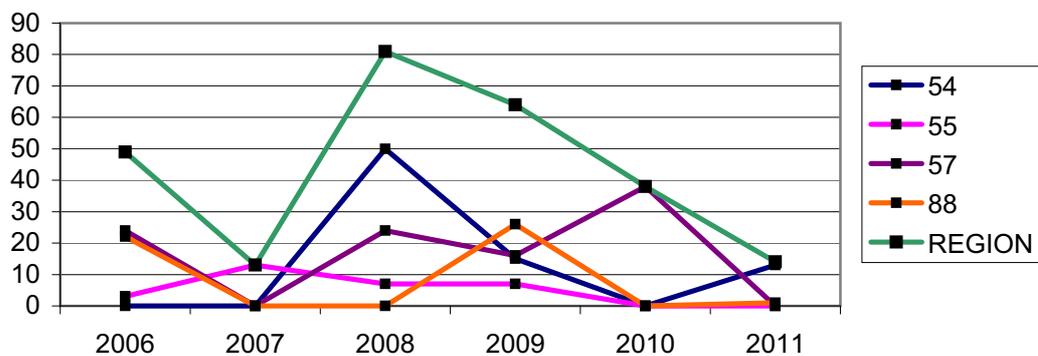
**Evolution des enveloppes de mesures nouvelles enfants  
2006-2009**



#### ENFANTS : nombre de places

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>54</b>	0	0	50	15	0	13
<b>55</b>	3	13	7	7	0	0
<b>57</b>	24	0	24	16	38	0
<b>88</b>	22	0	0	26	0	1
<b>REGION</b>	<b>49</b>	<b>13</b>	<b>81</b>	<b>64</b>	<b>38</b>	<b>14</b>

**Evolution du nombre de places enfants sur 2006-2009**



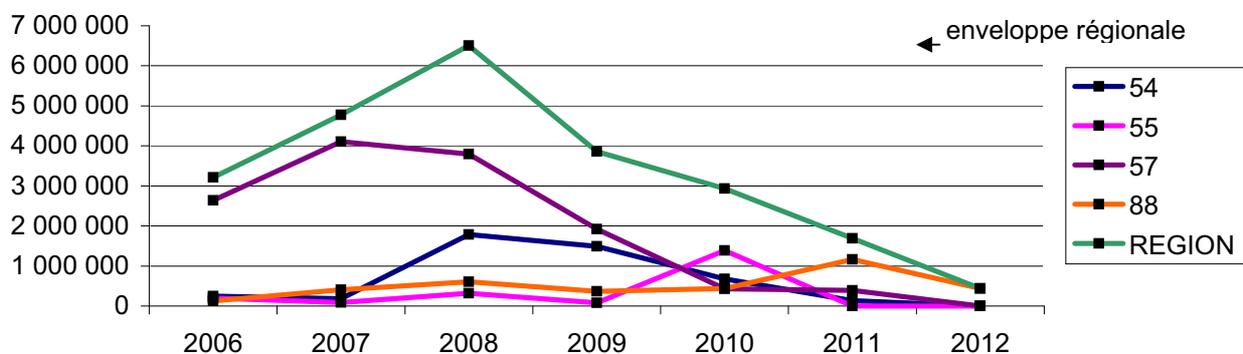
## Annexe 9-5

### BILAN D'EXECUTION DU PRIAC AU 31/12/2009 EVOLUTION DES FINANCEMENTS - MESURES NOUVELLES

#### ADULTES : Montants

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>54</b>	244 761	181 990	1 785 672	1 491 763	679 545	135 576	0
<b>55</b>	203 164	83 947	318 670	81 744	1 383 540	0	0
<b>57</b>	2 638 362	4 104 288	3 796 340	1 923 726	428 852	392 475	0
<b>88</b>	126 338	403 626	606 476	363 174	441 476	1 165 346	441 476
<b>REGION</b>	<b>3 212 625</b>	<b>4 773 851</b>	<b>6 507 158</b>	<b>3 860 407</b>	<b>2 933 413</b>	<b>1 693 397</b>	<b>441 476</b>

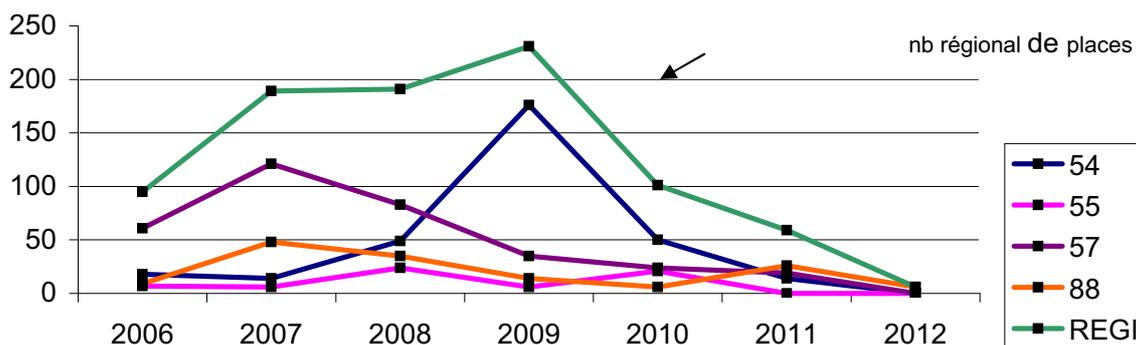
**Evolution des enveloppes départementales de mesures nouvelles adultes 2006-2009**



#### ADULTES : nombre de places

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>54</b>	18	14	49	176	50	14	0
<b>55</b>	7	6	24	6	21	0	0
<b>57</b>	61	121	83	35	24	19	0
<b>88</b>	9	48	35	14	6	26	6
<b>REGION</b>	<b>95</b>	<b>189</b>	<b>191</b>	<b>231</b>	<b>101</b>	<b>59</b>	<b>6</b>

**Evolution du nombre de places nouvelles adultes par département sur 2006-2009**



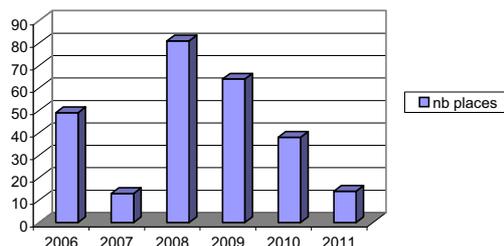
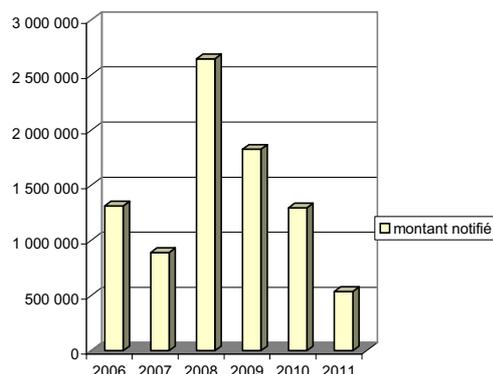
**BILAN DES FINANCEMENTS OCTROYES PRIAC 2006-2009 et enveloppes anticipées 2010-2011  
ENFANTS HANDICAPES**

Pour 2010 et 2011, figurent dans ces tableaux les établissements financés sur enveloppes anticipées notifiées en 2009.

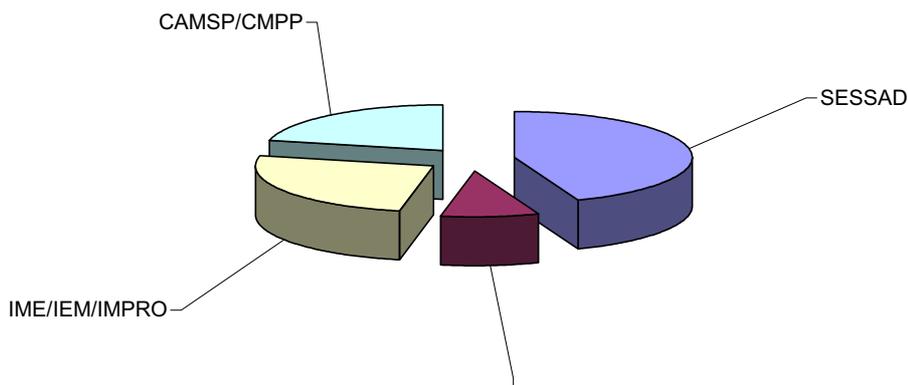
**BILAN PAR ANNEE**

ANNEE	STRUCTURE	DEPT	NB PLACES FINANCEES	MONTANT NOTIFIE
2006	CAMSP Lunéville 1ère tranche	54	file active	148 205
	IMPRO Vassincourt	55	2	99 346
	ITEP Commercy	55	1	45 787
	CMPP Verdun 2de tranche	55	file active	238 000
	IEM Freyming	57	4	164 836
	IME Sarreguemines	57	12	147 906
	SESSAD Freyming	57	4	81 723
	SESSAD Thionville	57	4	86 146
	CMPP Metz 1ère tranche	57	file active	58 562
	SESSAD Val d'Ajol	88	12	91 200
	SESSAD Darney	88	10	28 146
CAMSP Epinal	88	file active	123 000	
<b>TOTAL 2006</b>			<b>49</b>	<b>1 312 857</b>
2007	CAMSP Lunéville 2de tranche	54	file active	208 752
	CAMSP sud meusien	55	file active	105 862
	SESSAD polyhandicap Commercy	55	10	340 000
	IME autisme Commercy	55	3	235 253
<b>TOTAL 2007</b>			<b>13</b>	<b>889 867</b>
2008	CAMSP Lunéville 3ème tranche	54	file active	20 082
	SESSAD Briey	54	20	395 821
	CAMSP sud meusien	55	file active	246 138
	ITEP Commercy	55	5	280 089
	IME autisme Commercy	55	2	73 812
	CAMSP antenne Neufchâteau 1è t	88	file active	66 514
	Réserve nat SESSAD autisme St Avold	57	24	827 317
	Réserve nat SESSAD autisme Maxéville	54	30	737 310
<b>TOTAL 2008</b>			<b>81</b>	<b>2 647 083</b>
2009	CAMSP antenne Neufchâteau	88	file active	96 731
	CMPP Metz	57	file active	162 917
	CMPP Neufchâteau	88	file active	26 000
	SESSAD PRO Velaine	54	15	135 464
	SESSAD TCC Epinal	88	20	426 559
	ITEP Commercy	55	2	70 124
	ITEP Epinal	88	6	312 755
	IMPRO Montigny	57	10	300 000
	IME Thierville	55	5	85 623
	IME Forbach	57	4	68 498
	IEM Metz	57	2	142 612
<b>TOTAL 2009</b>			<b>64</b>	<b>1 827 283</b>
2010	CAMSP Nancy	54	file active	60 641
	SESSAD TCC Lorry	57	25	380 062
	IEM Metz	57	13	845 915
<b>TOTAL 2010</b>			<b>38</b>	<b>1 286 618</b>
2011	CAMSP Sarrebourg	57	file active	268 269
	SESSAD Pont à Mousson	54	13	214 615
	ITEP Epinal	88	1	53 654
<b>TOTAL enveloppe anticipée 2011</b>			<b>14</b>	<b>536 538</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>246</b>	<b>8 500 246</b>

	nb places	montant notifié
2006	49	1 312 857
2007	13	889 867
2008	81	2 647 083
2009	64	1 827 283
2010	38	1 286 618
2011	14	536 538

**Evolution du nb de places financées pour enfants**

**Evolution des financements pour enfants**


	Total du financement sur 6 ans
SESSAD	3 744 363
ITEP	762 409
IME/IEM/IMPRO	2 163 801
CAMSP/CMPP	1 829 673

**Financement total par catégories de structures sur 6 ans**


BILAN DU PRIAC 2006-2009 et enveloppes anticipées 2010-2011

au 31/12/09

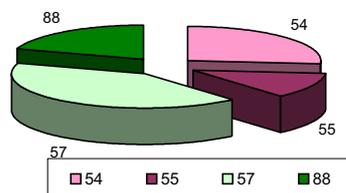
**BILAN DES FINANCEMENTS OCTROYES PRIAC 2006-2009 et enveloppes anticipées 2010-2011**  
**ENFANTS HANDICAPES**

## BILAN PAR DEPARTEMENT

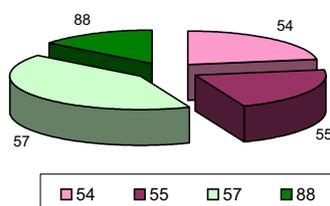
DEPT	STRUCTURE	ANNEE	NB PLACES	MONTANT
54	CAMSP Lunéville 1ère tranche	2006	file active	148 205
	CAMSP Lunéville 2de tranche	2007	file active	208 752
	CAMSP Lunéville 3ème tranche	2008	file active	20 082
	SESSAD Briey	2008	20	395 821
	SESSAD autisme Maxéville	2008	30	737 310
	SESSAD PRO Velaine	2009	15	135 464
	CAMSP Nancy	2010	file active	60 641
	SESSAD Pont à Mousson	2011	13	214 615
<b>TOTAL 54</b>			<b>65</b>	<b>1 920 890</b>
55	IMPRO Vassincourt	2006	2	99 346
	CMPP Verdun 2de tranche	2006	file active	238 000
	ITEP Commercy	2006	1	45 787
	ITEP Commercy	2008	5	280 089
	ITEP Commercy	2009	2	70 124
	CAMSP sud meusien	2007	file active	105 862
	CAMSP sud meusien	2008	file active	246 138
	IME autisme Commercy	2007	3	235 253
	IME autisme Commercy	2008	2	73 812
	IME autisme Thierville	2009	5	85 623
	SESSAD polyhandicap Commercy	2007	10	340 000
<b>TOTAL 55</b>			<b>30</b>	<b>1 820 034</b>
57	IEM Freyming	2006	4	164 836
	IME Sarreguemines	2006	12	147 906
	SESSAD Freyming	2006	4	81 723
	SESSAD Thionville	2006	4	86 146
	CMPP Metz 1ère tranche	2006	file active	58 562
	SESSAD autisme St Avold	2008	24	827 317
	CMPP Metz	2009	file active	162 917
	IMPRO Montigny	2009	10	300 000
	IME Forbach	2009	4	68 498
	IEM Metz	2009	2	142 612
	IEM Metz	2010	13	845 915
	SESSAD TCC Lorry	2010	25	380 062
	CAMSP Sarrebourg	2011	file active	268 269
	<b>TOTAL 57</b>			<b>102</b>
88	SESSAD Val d'Ajol	2006	12	91 200
	SESSAD Darney	2006	10	28 146
	CAMSP Epinal	2006	file active	123 000
	CAMSP antenne Neufchâteau	2008	file active	66 514
	CAMSP antenne Neufchâteau	2009	file active	96 731
	CMPP Neufchâteau	2009	file active	26 000
	SESSAD Epinal TCC	2009	20	426 559
	ITEP Epinal	2009	6	312 755
ITEP Epinal	2011	1	53 654	
<b>TOTAL 88</b>			<b>49</b>	<b>1 224 559</b>
<b>TOTAL REGION</b>			<b>246</b>	<b>8 500 246</b>

	nb places finan	montant notifié
54	65	1 920 890
55	30	1 820 034
57	102	3 534 763
88	49	1 224 559

Répartition du nb places financées par département



Montant notifié par département



**BILAN DU PRIAC 2006-2009 et enveloppes anticipées 2010-2011-2012**  
**FINANCEMENTS OCTROYES - ADULTES HANDICAPES**

au 31/12/09

Pour 2010 et 2011 et 2012, figurent dans ces tableaux les établissements financés sur enveloppes anticipées notifiées en 2009.

**BILAN PAR ANNEE**

ANNEE	STRUCTURE	DEPT	NB PLACES FINANCEES	MONTANT NOTIFIE	
2006	SSIAD PH	54	18	244 761	
	SSIAD PH	55	5	63 164	
	SSIAD PH	57	26	355 298	
	SSIAD PH	88	9	126 338	
	MAS interdép Commercy	55	2	140 000	
	MAS Petite Rosselle	57	6	178 612	
	MAS Freyming	57	29	2 104 452	
<b>TOTAL 2006</b>			<b>95</b>	<b>3 212 625</b>	
2007	SSIAD PH	54	9	119 924	
	SSIAD PH	55	6	83 947	
	SSIAD PH	57	18	239 848	
	SSIAD PH	88	14	191 878	
	SAMSAH Rambervillers	88	34	211 748	
	SAMSAH Novéant	57	4	55 136	
	SASS Rosières	54	5	62 066	
	MAS Freyming	57	31	2 181 758	
	MAS Rohbach (RN)	57	5	329 670	
	FAM Marange Silvange	57	63	1 297 876	
	<b>TOTAL 2007</b>			<b>189</b>	<b>4 773 851</b>
2008	SSIAD PH	55	24	318 670	
	SSIAD PH	57	30	462 888	
	SSIAD PH	88	10	131 750	
	SAMSAH	54	9	144 672	
	SAMSAH	88	15	250 326	
	SAMSAH Rosières	54	10	160 000	
	SAMSAH Novéant	57	8	119 230	
	FAM Châtel sur Moselle	88	10	224 400	
	FAM Toul	54	10	108 000	
	FAM Guénange	57	8	80 000	
	Réserve nat 08 MAS Nancy école vie autonor	54	20	1 373 000	
	MAS Cuvry	57	14	1 356 827	
	FAM Marange Silvange	57	4	76 724	
MAS Rohbach	57	18	1 651 484		
MAS Rohbach	57	1	49 187		
<b>TOTAL 2008</b>			<b>191</b>	<b>6 507 158</b>	
2009	MAS Rohbach	57	17	1 637 523	
	FAM AGI étudiants Nancy	54	20	306 740	
	FAM Michelet autisme Nancy	54	8	185 040	
	FAM autisme Malzéville (RN)	54	30	577 650	
	FAM autisme St Avold	57	8	149 963	
	FAM Châtel sur Moselle	88	14	363 174	
	SSIAD PH	54	7	101 210	
	SSIAD PH	55	6	81 744	
	SSIAD PH	57	10	136 240	
	SAMSAH autisme Nancy	54	31	275 168	
	SAMSAH SISU Nancy	54	80	45 955	
	<b>TOTAL ENVELOPPE ANTICIPEE 2009</b>			<b>231</b>	<b>3 860 407</b>
	2010	plan relance MAS Verdun	55	21	1 383 540
		MAS autisme+polyh St Dié	88	6	441 476
FAM grands marginaux Nancy		54	30	487 798	
FAM autisme St Avold		57	17	337 288	
SSIAD PH		57	7	91 564	
SAMSAH Neuves Maisons		54	20	191 747	
<b>TOTAL ENVELOPPE ANTICIPEE 2010</b>			<b>101</b>	<b>2 933 413</b>	
2011	plan relance MAS autisme+polyh St Dié	88	10	483 870	
	MAS autisme+polyh St Dié	88	6	441 476	
	Fam autisme Forbach	57	19	392 475	
	SAMSAH Neuves Maisons	54	14	135 576	
	SAMSAH St Dié	88	10	240 000	
<b>TOTAL ENVELOPPE ANTICIPEE 2011</b>			<b>59</b>	<b>1 693 397</b>	
2012	MAS autisme+polyh St Dié	88	6	441 476	
<b>TOTAL ENVELOPPE ANTICIPEE 2012</b>			<b>6</b>	<b>441 476</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>872</b>	<b>23 422 327</b>	

**Diversification de l'offre**

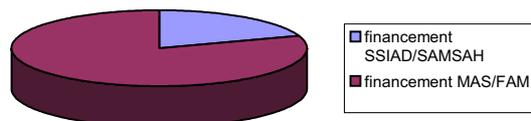
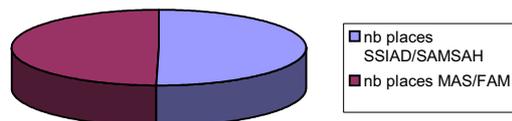
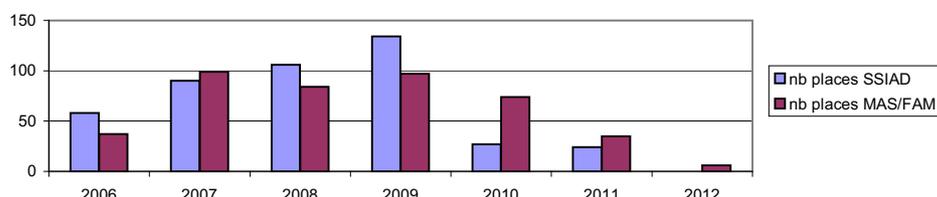
nb places SSIAD/SAMSAH	439
nb places MAS/FAM	433
financement SSIAD/SAMSAH	4 640 848
financement MAS/FAM	18 781 479

**Répartition MAS/FAM**

MAS	14 194 351	192
FAM	4 587 128	241
Total	18 781 479	433
% MAS	76	44
% FAM	24	56

**Diversification de l'offre**

	nb places SSIAD	nb places MAS/FAM
2006	58	37
2007	90	99
2008	106	84
2009	134	97
2010	27	74
2011	24	35
2012	0	6

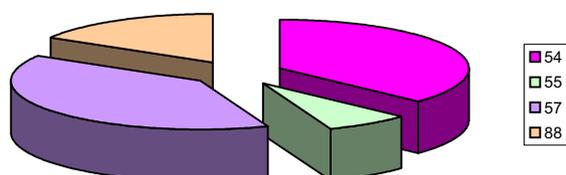
**Répartition du financement domicile/établissement 2006-2007-2008****Répartition du Nb de places à domicile/Nb de places en établissements 2006-2012****Evolution du nb de places financées sur 5 ans en SSIAD/SAMSAH et en MAS/FAM**

**BILAN DES FINANCEMENTS OCTROYES PRIAC 2006-2009 et enveloppes anticipées 2010-2011-2012  
ADULTES HANDICAPES**
**BILAN PAR DEPARTEMENT**

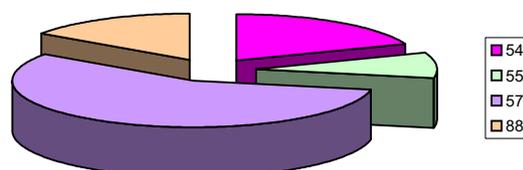
DEPT	STRUCTURE	ANNEE	NB PLACES	MONTANT
54	SSIAD PH	2006	18	244 761
	SSIAD PH	2007	9	119 924
	SASS Rosières	2007	5	62 066
	MAS Nancy	2008	20	1 373 000
	FAM Toul	2008	10	108 000
	SAMSAH	2008	9	144 672
	SAMSAH Rosières	2008	10	160 000
	FAM AGI étudiants Nancy	2009	20	306 740
	FAM Michelet autisme Nancy	2009	8	185 040
	FAM autisme Malzéville (RN)	2009	30	577 650
	SSIAD PH	2009	7	101 210
	SAMSAH autisme Nancy	2009	31	275 168
	SAMSAH SISU Nancy	2009	80	45 955
	FAM grands marginaux Nancy	2010	30	487 798
SAMSAH Neuves Maisons	2010	20	191 747	
SAMSAH Neuves Maisons	2011	14	135 576	
<b>TOTAL 54</b>			<b>321</b>	<b>4 519 307</b>
55	SSIAD PH	2006	5	63 164
	SSIAD PH	2007	6	83 947
	SSIAD PH	2008	24	318 670
	MAS interdép Commercy	2006	2	140 000
	SSIAD PH	2009	6	81 744
	MAS Verdun	2010	21	1 383 540
<b>TOTAL 55</b>			<b>64</b>	<b>2 071 065</b>
57	SSIAD PH	2006	26	355 298
	MAS Petite Rosselle	2006	6	178 612
	MAS Freyming 1ère tranche	2006	29	2 104 452
	MAS Freyming 2de tranche	2007	31	2 181 758
	SSIAD PH	2007	18	239 848
	SAMSAH Novéant	2007	4	55 136
	FAM Marange Silvange	2007	63	1 297 876
	FAM Marange Silvange	2008	4	76 724
	MAS Rohbach les Bitche	2007	5	329 670
	MAS Rohbach les Bitche	2008	18	1 651 484
	MAS Rohbach les Bitche	2008	1	49 187
	MAS Cuvry	2008	14	1 356 827
	FAM Guénange	2008	8	80 000
	SSIAD PH	2008	30	462 888
	SAMSAH Novéant	2008	8	119 230
	MAS Rohbach	2009	17	1 637 523
	FAM autisme St Avoird	2009	8	149 963
	SSIAD PH	2009	10	136 240
	FAM autisme St Avoird	2010	17	337 288
	SSIAD PH	2010	7	91 564
Fam autisme Forbach	2011	19	392 475	
<b>TOTAL 57</b>			<b>343</b>	<b>13 284 043</b>
88	SSIAD PH	2006	9	126 338
	SSIAD PH	2007	14	191 878
	SAMSAH Rambervillers	2007	34	211 748
	FAM Châtel sur Moselle	2008	10	224 400
	SSIAD PH	2008	10	131 750
	SAMSAH	2008	15	250 326
	FAM Châtel sur Moselle	2009	14	363 174
	MAS autisme+polyh St Dié	2010	6	441 476
	MAS autisme+polyh St Dié	2011	10	483 870
	MAS autisme+polyh St Dié	2011	6	441 476
	SAMSAH St Dié	2011	10	240 000
MAS autisme+polyh St Dié	2012	6	441 476	
<b>TOTAL 88</b>			<b>144</b>	<b>3 547 912</b>
<b>TOTAL REGIONAL</b>			<b>872</b>	<b>23 422 327</b>

	nb places financé	montant notifié
54	321	4 519 307
55	64	2 071 065
57	343	13 284 043
88	144	3 547 912

nb places financées pour adultes handicapés par département sur 2006-2012



montant notifié pour adultes handicapés par département sur 2006-2012



**BILAN DU PRIAC 2006-2009-2012**

**REGION LORRAINE**

**BILAN FINANCIER  
AU 31/12/09**

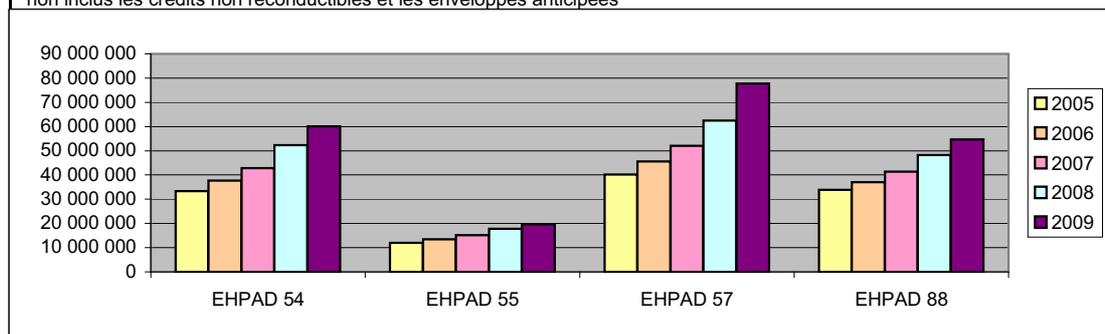
**PERSONNES AGEES**

## Annexe 10-1

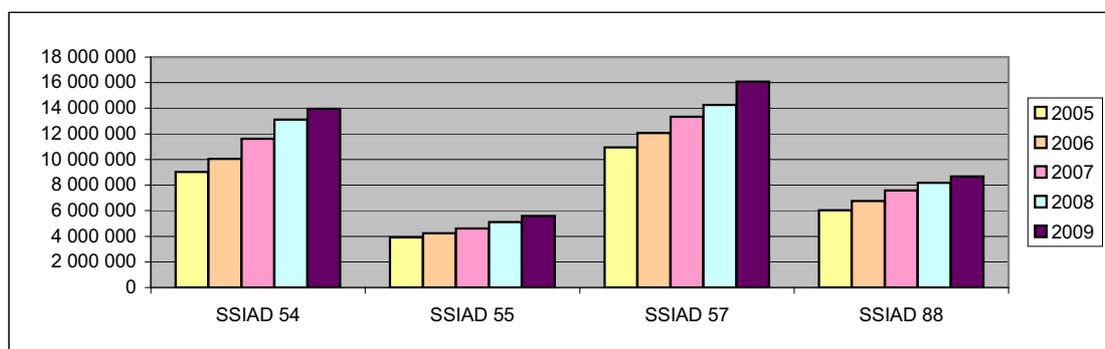
### EVOLUTION DES ENVELOPPES PERSONNES AGEES DE 2005 A 2009\*

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>54</b>					
EHPAD	33 362 852	37 744 161	42 862 905	52 368 775	60 067 396
SSIAD	9 014 396	10 049 140	11 626 191	13 117 956	13 952 443
<b>55</b>					
EHPAD	11 932 019	13 489 373	15 165 113	17 773 479	19 638 177
SSIAD	3 926 178	4 230 000	4 611 627	5 110 565	5 583 434
<b>57</b>					
EHPAD	40 160 327	45 528 850	51 990 886	62 490 334	77 693 519
SSIAD	10 937 083	12 067 855	13 333 666	14 257 464	16 071 177
<b>88</b>					
EHPAD	33 880 441	37 037 172	41 319 101	48 290 665	54 664 613
SSIAD	6 041 539	6 753 410	7 572 737	8 188 241	8 685 048
<b>LORRAINE</b>					
EHPAD	119 335 639	133 799 556	151 338 005	180 923 253	212 063 705
SSIAD	29 919 196	33 100 405	37 144 221	40 674 226	44 292 102
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
EHPAD 54	33 362 852	37 744 161	42 862 905	52 368 775	60 067 396
EHPAD 55	11 932 019	13 489 373	15 165 113	17 773 479	19 638 117
EHPAD 57	40 160 327	45 528 850	51 990 886	62 490 334	77 693 519
EHPAD 88	33 880 441	37 037 172	41 319 101	48 290 665	54 664 613

\* non inclus les crédits non reconductibles et les enveloppes anticipées



	2005	2006	2007	2008	2009
<b>SSIAD 54</b>	9 014 396	10 049 140	11 626 191	13 117 956	13 952 443
<b>SSIAD 55</b>	3 926 178	4 230 000	4 611 627	5 110 565	5 583 434
<b>SSIAD 57</b>	10 937 083	12 067 855	13 333 666	14 257 464	16 071 177
<b>SSIAD 88</b>	6 041 539	6 753 410	7 572 737	8 188 241	8 685 048



## Annexe 10-2

### ENVELOPPES ANTICIPEES 2009, 2010, 2011 et 2012 (financement de places d'E.H.P.A.D.)

<b>PLACES SUR ENVELOPPES ANTICIPEES</b>					
	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>REGION</b>
anticipées 2009 notifiées 2007	66	0	0	40	106
anticipées 2009 notifiées 2008	41	0	169	0	210
anticipées 2010 notifiées 2008	51	15	143	0	209
anticipées 2010 notifiées 2009	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>89</b>	<b>14</b>	<b>118</b>
<b>Plan de relance</b> anticipées 2010 notifiées 2009	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>53</b>
anticipées 2011 notifiées 2009	<b>70</b>	<b>40</b>	<b>99</b>	<b>0</b>	<b>209</b>
<b>Plan de relance</b> anticipées 2011 notifiées 2009	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>25</b>	<b>106</b>
<b>Plan de relance</b> anticipées 2012 notifiées 2009	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>106</b>
<b>TOTAUX</b>	<b>243</b>	<b>125</b>	<b>663</b>	<b>86</b>	<b>1117</b>

<b>CREDITS SUR ENVELOPPES ANTICIPEES</b>					
	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>REGION</b>
anticipée 2009 notifiée 2007	468 000		0	283 731	751 731
anticipée 2009 notifiée 2008	356 285		1 468 589		1 824 874
anticipée 2010 - notifiée en 2008	445 304	130 500	1 249 070		1 824 874
anticipée 2010 notifiée en 2009	<b>144 000</b>	<b>0</b>	<b>854 400</b>	<b>134 400</b>	<b>1 132 800</b>
<b>Plan de relance</b> anticipée 2010 notifiée 2009	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>509 811</b>	<b>0</b>	<b>509 811</b>
anticipées 2011 notifiée 2009	<b>672 328</b>	<b>384 187</b>	<b>950 864</b>	<b>0</b>	<b>2 007 379</b>
<b>Plan de relance</b> anticipée 2011 notifiée en 2009	<b>0</b>	<b>288 572</b>	<b>490 572</b>	<b>240 477</b>	<b>1 019 621</b>
<b>Plan de relance</b> anticipée 2012 notifiée en 2009	<b>0</b>	<b>384 762</b>	<b>567 525</b>	<b>67 334</b>	<b>1 019 621</b>

### Annexe 10-3

**ENVELOPPES ANTICIPEES 2010 notifiées en 2009  
(Accueils de Jour et Hébergements temporaires.)**

<b>PLACES SUR ENVELOPPES ANTICIPEES</b>					
	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>REGION</b>
Accueils de jour	30	0	47	23	100
Hébergements temporaires	15	0	30	25	70

<b>CREDITS SUR ENVELOPPES ANTICIPEES</b>					
	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>REGION</b>
Accueils de jour	150 750	0	236 175	115 575	502 500
Hébergements temporaires	79 732	0	159 462	132 885	372 079

## Annexe 10-4

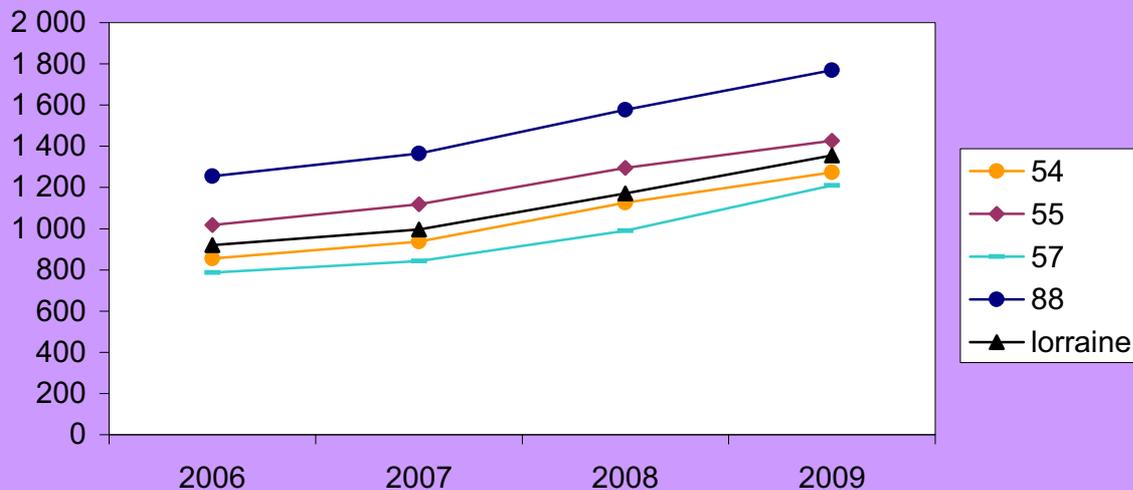
### CALCUL DE LA DEPENSE ASSURANCE MALADIE PAR PERSONNE AGEE DE 2006 A 2009\* (en euros) en Lorraine

	2006	2007	2008	2009
<b>54</b>				
EHPAD	37 744 161	42 862 905	52 368 775	60 067 396
SSIAD	10 049 140	11 626 191	13 117 956	13 952 443
<b>TOTAUX</b>	<b>47 793 301</b>	<b>54 489 096</b>	<b>65 486 731</b>	<b>74 019 839</b>
PA 75 ans et +	55 879	58 159	58 159	58 159
€ par PA	855	937	1 126	1 273
<b>55</b>				
EHPAD	13 489 373	15 165 113	17 773 479	19 638 177
SSIAD	4 230 000	4 611 627	5 110 565	5 583 434
<b>TOTAUX</b>	<b>17 719 373</b>	<b>19 776 740</b>	<b>22 884 044</b>	<b>25 221 611</b>
PA 75 ans et +	17 405	17 673	17 673	17 673
€ par PA	1 018	1 119	1 295	1 427
<b>57</b>				
EHPAD	45 528 850	51 990 886	62 490 334	77 693 519
SSIAD	12 067 855	13 333 666	14 257 464	16 071 177
<b>TOTAUX</b>	<b>57 596 705</b>	<b>65 324 552</b>	<b>76 747 798</b>	<b>93 764 696</b>
PA 75 ans et +	73 127	77 525	77 525	77 525
€ par PA	788	843	990	1 209
<b>88</b>				
EHPAD	37 037 172	41 319 101	48 290 665	54 664 613
SSIAD	6 753 410	7 572 737	8 188 241	8 685 048
<b>TOTAUX</b>	<b>43 790 582</b>	<b>48 891 838</b>	<b>56 478 906</b>	<b>63 349 661</b>
PA 75 ans et +	34 894	35 807	35 807	35 807
€ par PA	1 255	1 365	1 577	1 769
<b>LORRAINE</b>				
EHPAD	133 799 556	151 338 005	180 923 253	212 063 705
SSIAD	33 100 405	37 144 221	40 674 226	44 292 102
<b>TOTAUX</b>	<b>166 899 961</b>	<b>188 482 226</b>	<b>221 597 479</b>	<b>256 355 807</b>
PA 75 ans et + (n-2)	181 305	189 164	189 164	189 164
€ par PA	921	996	1 171	1 355

\* non inclus les crédits non reconductibles et les enveloppes anticipées

Source PA 75 ans et + : STATISS Lorraine 2008 et 2009

**évolution de l'enveloppe pour 1PA de 75 ans et +  
de 2006 à 2009**



## Annexe 10-5

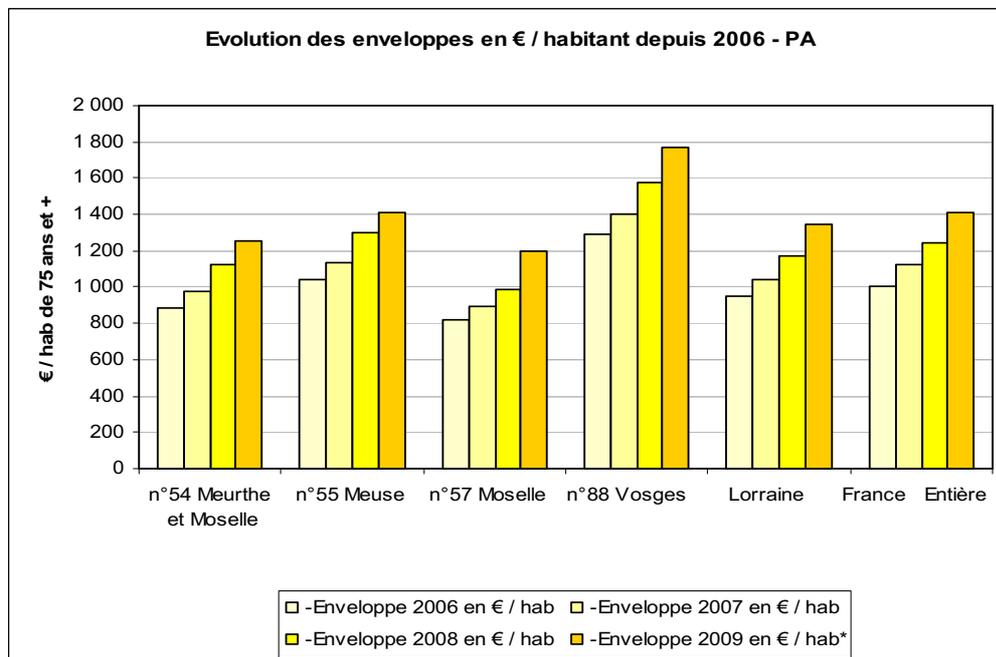
### COMPARAISON REGIONALE ET NATIONALE 2006, 2007 et 2008

**ratio € par habitant pour les personnes âgées** : rapport du montant de la dépense globale de prise en charge perte d'autonomie (versements effectués par l'assurance maladie aux établissements et services médico-sociaux + USLD + AIS libéraux) sur la population de 75 ans et plus (source : CNAMTS + SNIIRAM)

Evolution des écarts sur le secteur des Personnes âgées	54	55	57	88	Lorraine	France Entière	Ecart-type	Variation VR vs VN %
Dépense AM en €/hab 2006	1 259	1 385	1 196	1 448	1 283	1 437	115	-11%
Dépense AM en €/hab 2007	1 297	1 481	1 226	1 496	1 323	1 510	135	-12%
Dépense AM en €/hab 2008	1 413	1 668	1 354	1 624	1 452	1 657	154	-12%

Source : CNSA 2009

L'écart type permet de mesurer la dispersion de la dépense en €/hab. par rapport à la moyenne ; une diminution de l'écart type entre 2006 et 2008 signifie une réduction des écarts interdépartementaux.



Source : CNSA 2009

**NOTIFICATION DE PLACES NOUVELLES DANS LE PRIAC 2006, 2007, 2008  
et 2009 (hors enveloppes anticipées)**

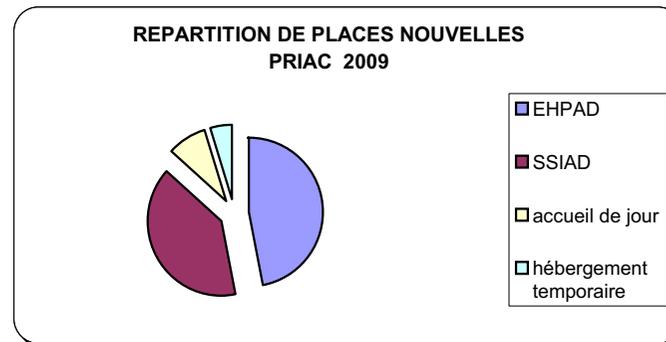
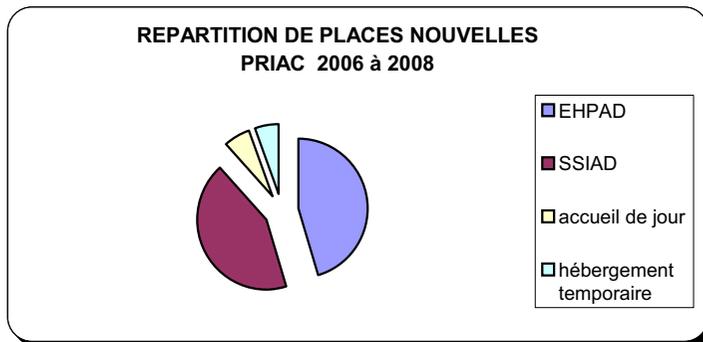
<b>2006</b>					
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION
EHPAD	32	0	329	27	388
SSIAD	126	29	109	79	343
accueil de jour	15	15	19	9	58
hébergement temporaire	14	15	19	11	59
<b>2007</b>					
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION
EHPAD	183	15	234	49	481
SSIAD	128	17	78	45	268
accueil de jour	12	14	16	8	50
hébergement temporaire	11	7	3	5	26
<b>2008</b>					
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION
EHPAD	164	0	214	16	394
SSIAD	107	30	50	40	227
accueil de jour	24	25	28	15	92
hébergement temporaire	22	14	14	10	60
<b>2009</b>					
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION
EHPAD	0	0	42	0	42
SSIAD	0	40	240	23	303
accueil de jour	44	0	0	23	67
hébergement temporaire	10	0	0	25	35

Pour mémoire :	54	55	57	88	REGION
<b>Places EHPAD 2009 sur enveloppes anticipées 2007 et 2008</b>	107	0	169	40	316
<b>TOTAL EHPAD 2009</b>	107	0	211	40	358

## REPARTITION DE PLACES NOUVELLES

2006-2008						2009				
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION	54	55	57	88	REGION
EHPAD	379	15	777	92	1263	107	0	211	40	358
SSIAD	361	76	237	164	838	0	40	240	23	303
accueil de jour	51	54	63	32	200	44	0	0	23	67
hébergement temporaire	47	36	36	26	145	10	0	0	25	35

Annexe 10-7



## NOTIFICATION DE FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES DANS LE PRIAC 2006-2009

**2006**

FINANCEMENT	54	55	57	88	REGION
EHPAD	214 464	0	2 204 300	180 954	2 599 718
SSIAD	1 463 438	303 450	1 264 528	919 866	3 951 282
accueil de jour	103 800	103 800	131 480	62 280	401 360
hébergement temporaire	135 600	145 284	184 025	106 542	571 451

**2007**

FINANCEMENT	54	55	57	88	REGION
EHPAD	1 322 144	112 500	1 657 745	353 376	3 445 765
SSIAD	1 339 936	183 052	739 670	473 588	2 736 246
accueil de jour	121 368	137 200	158 306	79 154	496 028
hébergement temporaire	119 236	72 264	37 328	50 584	279 412

**2008**

FINANCEMENT	54	55	57	88	REGION
EHPAD	1 426 471	0	1 862 197	139 200	3 427 868
SSIAD	1 123 500	315 000	525 000	420 000	2 383 500
accueil de jour	243 200	253 250	281 994	152 600	931 044
hébergement temporaire	235 836	148 400	151 036	106 000	641 272

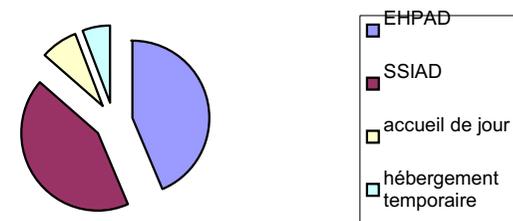
**2009**

FINANCEMENT	54	55	57	88	REGION
EHPAD	1 027 917	0	2 027 013	384 270	3 439 200
SSIAD	0	210 000	1 260 000	120 750	1 590 750
accueil de jour	222 200	0	0	116 150	338 350
hébergement temporaire	53000	0	0	132500	185 500

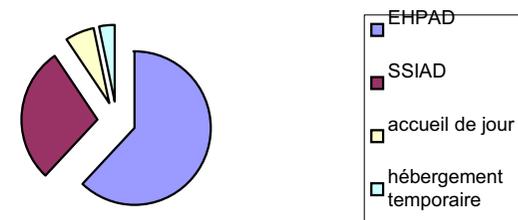
**2006-2009**

Financements	54	55	57	88	REGION
EHPAD	3 990 996	112 500	7 751 255	1 057 800	12 912 551
SSIAD	3 926 874	1 011 502	2 739 198	2 023 454	9 281 028
accueil de jour	690 568	494 250	571 780	410 184	2 166 782
hébergement temporaire	543 672	365 948	372 389	395 626	1 677 635

**FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES PRIAC  
2006 A 2008**



**FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES PRIAC  
2009**



**NOTIFICATION DE FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES DANS LE PRIAC 2006-2009**

2006-2008						2009				
NB DE PLACES	54	55	57	88	REGION	54	55	57	88	REGION
INSTITUTION	379	15	777	92	1263	107	0	211	40	358
MAINTIEN A DOMICILE	459	166	336	222	1183	54	40	240	71	405

2006-2008						2009				
FINANCEMENTS	54	55	57	88	REGION	54	55	57	88	REGION
INSTITUTION	2 963 079	112 500	5 724 242	673 530	9 473 351	1 027 917	0	2 027 013	384 270	3 439 200
MAINTIEN A DOMICILE	4 885 914	1 661 700	3 473 367	2 370 614	12391595	275 200	210 000	1 260 000	369 400	2 114 600

Annexe 10-9

Gestionnaire	Communes	Territoire de santé de Proximité (TSP)	CROSMS	AUTORISE LE	INSTALLE LE	2006	2007	2008	anticipée 2009 notifiées en 2007 et 2008	2009 complément	anticipée 2010 notifiée en 2008	anticipée 2010 notifiée en 2009	anticipée 2010 notifiée 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	anticipé 2011 notifié en 2009 (Plan de relance)	anticipé 2012 notifié en 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	TOTAL	
Les Sablons (MAPAD)	PULNOY	NANCY (16)		18/07/2003	20/06/2005 05/06/2009	32										32	
Les Jardins du Charmois (Groupe Doyenne Europe)	VANDEOUVRE	NANCY (16)		19/04/2002	01/10/2007		80									80	
(Association hospitalière du bassin de Longwy) ALPHA SANTE	VILLERUPT	LONGWY (4)		29/11/2007	NON		54	18								72	
AMAPA	HUSSIGNY GODBRANGE	LONGWY (4)		12/01/2009	NON			60								60	
ADEF	LEXY	LONGWY (4)		29/11/2007	NON	49	18	18								85	
AMAPA	HOMECOURT	BRIEY (3)		10/12/2007	NON		20	48								68	
HOSPITALOR	VILLE HOUDLEMONT	LONGWY (4)		12/01/2009	NON			48	12							60	
OFFICE D'HYGIENE SOCIALE	FOUG	TERRES DE LORRAINE (14)		12/01/2009	NON			29		51						80	
Association Hospitalière de Joeuf	BRIEY	BRIEY (3)	05/11/2009	en cours	NON								28			28	
MR "La Roche aux Carmes"	LONGWY	LONGWY (4)	05/11/2009	en cours	NON								35			35	
MR "Résidence Poincaré" Extensions non importante	BOUXIERES AUX DAMES	VAL de LORRAINE (15)	05/11/2009	en cours	NON					13			7			20	
										2						2	
<b>TOTAL 54</b>						<b>32</b>	<b>183</b>	<b>164</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>51</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>622</b>
CHS (Unité Alzheimer)	FAINS-VEEL	PAYS DU BARROIS (11)		29/04/2008	construction		15									15	
Verdun	VERDUN	MEUSE DU NORD (1)	NON	NON	NON						15					15	
GCSMS avec BOULIGNY	SPINCOURT	MEUSE DU NORD (1)	NON	NON	NON									40		40	
GCSMS avec SOULLY et TRIAUCOURT	PIERREFITTE	CŒUR DE LORRAINE (2)	05/11/2009	31/12/2009	NON									0	30	30	
GCSMS avec PIERREFITTE et SOULLY	SEUIL- D'ARGONNE (TRIAUCOURT)	PAYS DU BARROIS (11)	05/11/2009	31/12/2009	NON									0	40	40	
<b>TOTAL 55</b>						<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>140</b>
EHPAD pour Alzheimer "Les Mirabelliers" - création	METZ QUEULEU	METZ (6)		19/06/2002	30/06/2006	60										60	
Hospitalor - EHPAD "les Cerisiers" - création	FORBACH	BASSIN HOULLER (7)		19/06/2002	27/11/2006	60										60	
Fondation Bompard - Résidence Hygie - création	CUVRY	METZ (6)		9/04/2001 hygie	27/03/2007	42										42	
Hospitalor - EHPAD "Les Alisiers" - création	ROUHLING	SARREGUEMINES (8)		05/08/2002	01/07/2007	50										50	
Fondation Bompard - EHPAD "Clevant"-extension	COURCELLES CHAUSSY	METZ (6)		21/06/2006	NON	40										40	
Ass. Ste Dominique - EHPAD "Saint Joseph" - extension	RUSTROFF	THIONVILLE (5)		21/06/2006 19/09/2006	NON	12										12	
AMAPA Vigy - création	VIGY	METZ (6)		17/11/2006 28/12/2006	NON	30										30	
AMAPA - EHPAD "La Tour de Heu"(annexe de l'EHPAD de MAIZIERES-les-METZ) - extension	ENNERY	METZ (6)		21/07/2006 26/08/2006	01/09/2009	15										15	
Hospitalor -création	LONGEVILLE SAINT AVOLD	BASSIN HOULLER (7)		27/11/2006 29/12/2006 30/07/2008	NON	60	7									67	
Association gestionnaire "Angel Filippetti"- extension	AUDUN LE TICHE	THIONVILLE (5)		27/11/2006 28/12/2006	NON	14										14	
Ass Hospitalière de la Vallée de l'Orne - création	GANDRANGE	METZ (6)		27/04/2007 01/06/2007	NON	0	58									58	
Clinique Ste Elisabeth - THIONVILLE - création	BASSE-HAM	THIONVILLE (5)		27/04/2007 01/06/2007	NON	60										60	
Association ODYSSENIOR- création	SAINT AVOLD	BASSIN HOULLER (7)		27/04/2007 01/06/2007	NON	42	28									70	
ALPHA SANTE - EHPAD "Résidence du Plateau"	HETTANGE- GRANDE	THIONVILLE (5)		27/04/2007 01/06/2007	NON		57									57	
Hospitalor - création	TALANGE	METZ (6)		27/04/2007 01/06/2007	NON		50									50	
ALPHA SANTE -EHPAD "Saint Nicolas en Forêt" - création	HAYANGE	THIONVILLE (5)		03/06/2008 31/07/2008	NON		67									67	
Association Vincent de Paul - EHPAD "La Ste Famille" - extension	MONTIGNY	METZ (6)	ENI	18/09/2008	NON		5									5	
Hôpitaux privés de Metz - EHPAD "La grange aux Bois" - création	METZ	METZ (6)		03/06/2008 31/07/2008	NON			61								61	

Gestionnaire	Communes	Territoire de santé de Proximité (TSP)	CROSMs	AUTORISE LE	INSTALLE LE	2006	2007	2008	anticipée 2009 notifiées en 2007 et 2008	2009 complément	anticipée 2010 notifiée en 2008	anticipée 2010 notifiée en 2009	anticipée 2010 notifiée 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	anticipée 2011 notifiée en 2009	anticipée 2011 notifiée en 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	anticipée 2012 notifiée en 2009 le 13/02/2009 (Plan de relance)	TOTAL
Hospitalor - création	MONTBRONN	PAYS DE SARREGUEMINES (8)		06/08/2008 01/10/2008	NON				60								60
Ass. J. Prévert - FREYMING - Création	BEHREN LES FORBACH	BASSIN HOULLER (7)		06/08/2008 01/10/2008	NON				48	24							72
Clinique Ste Elisabeth - THIONVILLE- création	METZERVISSE	THIONVILLE (5)		06/08/2008 01/10/2008	NON					70							70
Association Atre du Val de Fensch - FONTOY - extension	FONTOY	THIONVILLE (5)		12/12/2008 24/06/2009	NON					21							21
Association de l'Hôpital St Joseph - Sarralbe - extension	SARRALBE	PAYS DE SARREGUEMINES (8)	28/06/2007	NON	NON					20							20
Le Kem - Alpha santé - création	THIONVILLE	THIONVILLE (5)		09/06/2009 31/07/2009	NON				20	8							28
Fondation Bompard - EHPAD de Clervant - extension	COURCELLES CHAUSSY	METZ (6)		20/05/2009	NON				21								21
ALPHA SANTE - EHPAD "Résidence du Plateau"- création	OTTANGE	THIONVILLE (5)		20/05/2009	NON						70						70
création (en cours de reprise par un autre promoteur)	RANGUEVAUX	THIONVILLE (5)		24/06/2009	NON						19		56				75
Association Gestion-animation de l'EHPAD de Moyeuivre - EHPAD "Pierre Mandès France"-extension	MOYEUVRE-GRANDE	METZ (6)	ENI	12/08/2009	NON								12				12
HOSPITALOR - extension	TALANGE	METZ (6)	ENI	07/12/2009	NON								15				15
ALPHA SANTE - extension	ALGRANGE	THIONVILLE (5)	17-mars-09	NON	NON								12				12
EPRG de BRETAGNE - EHPAD "Relais tendresse"- création	SAINT JULIEN LES METZ	METZ (6)	06/11/2009	NON	NON								14	0	27	29	70
Association Gestion EHPAD - Extension	GUENANGE	THIONVILLE (5)		30/12/2009	NON								12				12
Assoc Gestion de l'EHPAD "Résidence du Parc"- extension	CARLING	BASSIN HOULLER (7)		30/12/2009	NON				1						24		25
		THIONVILLE (5)		en cours									7			30	37
		BASSIN HOULLER (7)		en cours									24				24
<b>TOTAL 57</b>						<b>309</b>	<b>234</b>	<b>214</b>	<b>169</b>	<b>42</b>	<b>143</b>	<b>89</b>	<b>53</b>	<b>99</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>1462</b>
Association Maison d'accueil Marcel Boussac	DINOZE	EPINAL (18)		03/02/2004	01/10/2006	27											27
SOGEMARE (Les jardins des Cuvières)	THAON LES VOSGES	EPINAL (18)		12/04/2002	22/01/2007		45										45
HOSPITALOR	EPINAL	EPINAL (18)		22/10/2007	NON		4	16	40								60
Unité Alzheimer - Foyer "Le Forfelet"	CORCIEUX	DEODATIE (19)	17-mars-09	17/08/2009	NON						14						14
Sainte Marie Unité Alzheimer - Extension - CCAS de Remiremont	REMIREMONT	REMIREMONT (20)	06/11/2009	08/01/2010	NON									25			25
Unité Alzheimer	VAGNEY	REMIREMONT (20)	ENI	08/01/2010	NON										7		7
<b>TOTAL 88</b>						<b>27</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>178</b>
<b>TOTAL REGION</b>						<b>368</b>	<b>481</b>	<b>394</b>	<b>316</b>	<b>42</b>	<b>209</b>	<b>118</b>	<b>53</b>	<b>209</b>	<b>106</b>	<b>106</b>	<b>2402</b>

## Annexe 10-12

### Places d'EHPAD issues des partitions USLD par TSP

TSP	2007	2008	2009
lunévillois 17	92		
Terri de Lorr 14	96	54	
Nancy 16	60	60	72
Longwy 4			146
Briey 3			41
Val de Lorr 15			36
<b>54</b>	<b>248</b>	<b>114</b>	<b>295</b>
Cœur de Lorr 2	20		50
Barrois 11	0		60
Meuse du Nord 1			72
Val de Meuse 12	37		
<b>55</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>182</b>
Thionville 5	64		
Metz 6	118	175	27
Bassin houiller 7	74	91	79
Saulnois 9	15	20	
Sarreguemines 8		30	39
Sarrebourg 10		72	
<b>57</b>	<b>271</b>	<b>388</b>	<b>145</b>
Epinal 18	60	20	
Remiremont 20	46		37
ouest vogien 13		25	
Déodatie 19	5		
<b>88</b>	<b>111</b>	<b>45</b>	<b>37</b>
<b>TOTAUX</b>	<b>687</b>	<b>547</b>	<b>659</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>1893</b>

## Annexe 11

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES  
ENTRE JANVIER 2009 ET FEVRIER 2010  
PAR TYPE D'HEBERGEMENT ET CLIENTELE  
MEURTHE-ET-MOSELLE**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES EN MEURTHE-ET-MOSELLE**

EHPAD -  ts expérimentaux -  ts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	230	211	0	5	0	0	230	216
P.A. dépendantes	4826	4672	55	47	75	60	4956	4779
Pers. Agées Autonom.	48	10	0	0	0	0	48	10
Personnes Agées	461	299	10	0	36	18	507	317
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5565</b>	<b>5192</b>	<b>65</b>	<b>52</b>	<b>111</b>	<b>78</b>	<b>5741</b>	<b>5322</b>

Extraction   partir du finess historique 08

**FEVRIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES EN MEURTHE-ET-MOSELLE**

EHPAD -  ts expérimentaux -  ts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	456	322	104	45	6	6	566	373
P.A. dépendantes	5669	5320	89	105	108	66	5866	5491
Pers. Agées Autonom.	10	0	0	0	10	10	20	10
Personnes Agées	10	10	0	0	0	0	10	10
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>6145</b>	<b>5652</b>	<b>193</b>	<b>150</b>	<b>124</b>	<b>82</b>	<b>6462</b>	<b>5884</b>

Extraction de finess du 09/02/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- MEURTHE-ET-MOSELLE**

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	226	111	104	40	6	6	336	157
P.A. dépendantes	843	648	34	58	33	6	910	712
Pers. Agées Autonom.	-38	-10	0	0	10	10	-28	0
Personnes Agées	-451	-289	-10	0	-36	-18	-497	-307
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>580</b>	<b>460</b>	<b>128</b>	<b>98</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>721</b>	<b>562</b>

## Annexe 11-1

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES  
ENTRE JANVIER 2009 ET FEVRIER 2010  
PAR TYPE D'HEBERGEMENT ET CLIENTELE  
MEUSE**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES EN MEUSE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	39	24	12	7	14	9	65	40
P.A. dépendantes	1515	1515	15	15	24	24	1554	1554
Pers. Agées Autonom.	18	18	0	0	0	0	18	18
Personnes Agées	85	85	0	0	0	0	85	85
Toutes Déf. S.A.I.	71	71	3	3	0	0	74	74
<b>Total</b>	<b>1728</b>	<b>1713</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>1796</b>	<b>1771</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**FEVRIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES EN MEUSE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	66	51	12	7	10	5	88	63
P.A. dépendantes	1816	1816	27	27	27	27	1870	1870
Pers. Agées Autonom.	33	33	0	0	0	0	33	33
Personnes Agées	0	0	0	0	0	0	0	0
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1915</b>	<b>1900</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>1991</b>	<b>1966</b>

Extraction de finess du 09/02/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- MEUSE**

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	27	27	0	0	-4	-4	23	23
P.A. dépendantes	301	301	12	12	3	3	316	316
Pers. Agées Autonom.	15	15	0	0	0	0	15	15
Personnes Agées	-85	-85	0	0	0	0	-85	-85
Toutes Déf. S.A.I.	-71	-71	-3	-3	0	0	-74	-74
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>187</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>-1</b>	<b>-1</b>	<b>195</b>	<b>195</b>

## Annexe 11-2

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES  
ENTRE JANVIER 2009 ET FEVRIER 2010  
PAR TYPE D'HEBERGEMENT ET CLIENTELE  
MOSELLE**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES EN MOSELLE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	632	338	68	35	22	11	722	384
P.A. dépendantes	6177	5320	28	18	160	103	6365	5441
Pers. Agées Autonom.	31	31	0	0	4	4	35	35
Personnes Agées	380	380	0	0	10	10	390	390
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7220</b>	<b>6069</b>	<b>96</b>	<b>53</b>	<b>196</b>	<b>128</b>	<b>7512</b>	<b>6250</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**FEVRIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES EN MOSELLE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	776	448	83	44	35	14	894	506
P.A. dépendantes	7160	6196	29	20	170	119	7359	6335
Pers. Agées Autonom.	72	72	0	0	0	0	72	72
Personnes Agées	0	0	0	0	0	0	0	0
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>8008</b>	<b>6716</b>	<b>112</b>	<b>64</b>	<b>205</b>	<b>133</b>	<b>8325</b>	<b>6913</b>

Extraction de finess du 09/02/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- MOSELLE**

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	144	110	15	9	13	3	172	122
P.A. dépendantes	983	876	1	2	10	16	994	894
Pers. Agées Autonom.	41	41	0	0	-4	-4	37	37
Personnes Agées	-380	-380	0	0	-10	-10	-390	-390
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>788</b>	<b>647</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>813</b>	<b>663</b>

## Annexe 11-3

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES  
ENTRE JANVIER 2009 ET FEVRIER 2010  
PAR TYPE D'HEBERGEMENT ET CLIENTELE  
VOSGES**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES VOSGES**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	207	143	21	13	12	10	240	166
P.A. dépendantes	3784	3692	5	0	19	7	3808	3699
Pers. Agées Autonom.	42	40	6	6	0	0	48	46
Personnes Agées	983	969	0	0	11	11	994	980
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5016</b>	<b>4844</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>5090</b>	<b>4891</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**FEVRIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES VOSGES**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	429	320	31	11	20	12	480	343
P.A. dépendantes	4841	4784	22	22	40	28	4903	4834
Pers. Agées Autonom.	56	54	0	0	5	5	61	59
Personnes Agées	60	55	0	0	0	0	60	55
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5386</b>	<b>5213</b>	<b>53</b>	<b>33</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>5504</b>	<b>5291</b>

Extraction de finess du 09/02/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- VOSGES**

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	222	177	10	-2	8	2	240	177
P.A. dépendantes	1057	1092	17	22	21	21	1095	1135
Pers. Agées Autonom.	14	14	-6	-6	5	5	13	13
Personnes Agées	-923	-914	0	0	-11	-11	-934	-925
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>369</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>414</b>	<b>400</b>

## Annexe 11-4

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES  
ENTRE JANVIER 2009 ET FEVRIER 2010  
PAR TYPE D'HEBERGEMENT ET CLIENTELE  
LORRAINE**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES LORRAINE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	1108	716	101	60	48	30	1257	806
P.A. dépendantes	16302	15199	103	80	278	194	16683	15473
Pers. Agées Autonom.	139	99	6	6	4	4	149	109
Personnes Agées	1909	1733	10	0	57	39	1976	1772
Toutes Déf. S.A.I.	71	71	3	3	0	0	74	74
<b>Total</b>	<b>19529</b>	<b>17818</b>	<b>223</b>	<b>149</b>	<b>387</b>	<b>267</b>	<b>20139</b>	<b>18234</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**FEVRIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES LORRAINE**

EHPAD - éts expérimentaux - éts d'accueil temporaire

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	1727	1141	230	107	71	37	2028	1285
P.A. dépendantes	19486	18116	167	174	345	240	19998	18530
Pers. Agées Autonom.	171	159	0	0	15	15	186	174
Personnes Agées	70	65	0	0	0	0	70	65
Toutes Déf. S.A.I.	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>21454</b>	<b>19481</b>	<b>397</b>	<b>281</b>	<b>431</b>	<b>292</b>	<b>22282</b>	<b>20054</b>

Extraction de finess du 09/02/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- LORRAINE**

Libellé clientèle	Hébergement complet		Accueil de Jour		Hébergement temporaire		TOTAL	
	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée	capacité autorisée	capacité installée
Alzheimer, mal appar	619	425	129	47	23	7	771	479
P.A. dépendantes	3184	2917	64	94	67	46	3315	3057
Pers. Agées Autonom.	32	60	-6	-6	11	11	37	65
Personnes Agées	-1839	-1668	-10	0	-57	-39	-1906	-1707
Toutes Déf. S.A.I.	-71	-71	-3	-3	0	0	-74	-74
<b>Total</b>	<b>1925</b>	<b>1663</b>	<b>174</b>	<b>132</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>2143</b>	<b>1820</b>

## Annexe 12

### EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES PAR DEPARTEMENT ---- S.S.I.A.D. P.A. (catégories 209 + 354)

#### JANVIER 2009

Département	Capacité autorisée	Capacité installée
54	908	908
55	425	425
57	1305	1300
88	601	601
<b>Total</b>	<b>3239</b>	<b>3234</b>

Extraction à partir du finess historique 08

#### DECEMBRE 2009

Département	Capacité autorisée	Capacité installée
54	990	940
55	473	473
57	1435	1361
88	686	630
<b>Total</b>	<b>3584</b>	<b>3404</b>

Extraction de finess du 15/12/09

### EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- JANVIER ET DECEMBRE 2009

Département	Capacité autorisée	Capacité installée
54	82	32
55	48	48
57	130	61
88	85	29
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>170</b>

#### JANVIER 2010

Département	Capacité autorisée	Capacité installée
54	1177	1122
55	473	473
57	1435	1391
88	686	643
<b>Total</b>	<b>3771</b>	<b>3629</b>

Extraction de finess du 19/01/10

### EVOLUTION PLACES AUTORISEES ET INSTALLEES -- JANVIER 2009 et JANVIER 2010

Département	Capacité autorisée	Capacité installée
54	269	214
55	48	48
57	130	91
88	85	42
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>395</b>

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES EN HEBERGEMENT  
POUR ENFANTS HANDICAPES**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES TOTALES AUTORISEES PAR DEPARTEMENT**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	106	280	976	155	213	60	427		4	9
55	18		239	77			153	17	3	5
57	168	42	1326	177	194	20	464	47	3	2
88	45		620	49			162	35	3	1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>322</b>	<b>3161</b>	<b>458</b>	<b>407</b>	<b>80</b>	<b>1206</b>	<b>99</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**JANVIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES AUTORISEES TOTALES PAR DEPARTEMENT**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	106	280	976	155	213	60	481	30	4	9
55	18		239	74			169	22	3	5
57	168	57	1334	177	194	20	586	75	3	2
88	45		628	58			193	47	3	1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>337</b>	<b>3177</b>	<b>464</b>	<b>407</b>	<b>80</b>	<b>1429</b>	<b>174</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

Extraction de finess du 27/01/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	0	0	0	0	0	0	54	30	0	0
55	0	0	0	-3	0	0	16	5	0	0
57	0	15	8	0	0	0	122	28	0	0
88	0	0	8	9	0	0	31	12	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>223</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES INSTALLEES EN HEBERGEMENT  
POUR ENFANTS HANDICAPES**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES TOTALES INSTALLEES PAR DEPARTEMENT**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	106	280	969	155	213	60	417	0	4	9
55	18		267	69			153	20	3	5
57	168	42	1311	177	138	10	608	37	3	2
88	45		584	54			159	47	3	1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>322</b>	<b>3131</b>	<b>455</b>	<b>351</b>	<b>70</b>	<b>1337</b>	<b>104</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**JANVIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES INSTALLEES TOTALES PAR DEPARTEMENT**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	106	280	969	155	213	60	491	30	4	9
55	18		239	74			169	21	3	5
57	168	44	1329	177	138	10	638	51	3	2
88	45		575	56			183	59	3	1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>324</b>	<b>3112</b>	<b>462</b>	<b>351</b>	<b>70</b>	<b>1481</b>	<b>161</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

Extraction de finess du 27/01/10

**EVOLUTION PLACES INSTALLEES**

Département	Etab. Enf. Ado. Poly.	IEM	IME	ITEP	Inst. Déf. Auditifs	Inst. Déf. Visuels	SESSAD	Places autisme	CAMSP (nb Etab.)	CMPP (nb Etab.)
54	0	0	0	0	0	0	74	30	0	0
55	0	0	-28	5	0	0	16	1	0	0
57	0	2	18	0	0	0	30	14	0	0
88	0	0	-9	2	0	0	24	12	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-19</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>144</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES EN HEBERGEMENT  
POUR ADULTES HANDICAPES**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES TOTALES AUTORISEES PAR DEPARTEMENT**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	1545	98	443	468	388	41	71	22	12
55	411	50	151	107	129	52	0	0	0
57	2217	263	599	302	518	87	0	0	36
88	819	117	265	366	197	46	0	0	27
<b>Total</b>	<b>4992</b>	<b>528</b>	<b>1458</b>	<b>1243</b>	<b>1232</b>	<b>226</b>	<b>71</b>	<b>22</b>	<b>75</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**JANVIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES AUTORISEES TOTALES PAR DEPARTEMENT**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	1569	186	418	511	388	48	208	22	42
55	415	50	152	159	130	62	0	0	0
57	2234	307	602	357	518	97	0	0	44
88	825	133	265	366	227	48	10	0	27
<b>Total</b>	<b>5043</b>	<b>676</b>	<b>1437</b>	<b>1393</b>	<b>1263</b>	<b>255</b>	<b>218</b>	<b>22</b>	<b>113</b>

Extraction de finess du 26/01/10

**EVOLUTION PLACES AUTORISEES**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	24	88	-25	43	0	7	137	0	30
55	4	0	1	52	1	10	0	0	0
57	17	44	3	55	0	10	0	0	8
88	6	16	0	0	30	2	10	0	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>148</b>	<b>-21</b>	<b>150</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>147</b>	<b>0</b>	<b>38</b>

**EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES INSTALLEES EN HEBERGEMENT  
POUR ADULTES HANDICAPES**

**JANVIER 2009**

**NOMBRE DE PLACES TOTALES INSTALLEES PAR DEPARTEMENT**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	1545	88	470	448	368	35	71	22	12
55	411	50	151	102	109	52	0	0	0
57	2217	237	527	280	400	71	0	0	36
88	819	105	265	324	107	46	0	0	0
<b>Total</b>	<b>4992</b>	<b>480</b>	<b>1413</b>	<b>1154</b>	<b>984</b>	<b>204</b>	<b>71</b>	<b>22</b>	<b>48</b>

Extraction à partir du finess historique 08

**JANVIER 2010**

**NOMBRE DE PLACES INSTALLEES TOTALES PAR DEPARTEMENT**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	1569	116	444	473	368	48	174	22	12
55	415	50	152	147	109	62	0	0	0
57	2234	263	547	302	400	76	0	0	36
88	825	119	265	324	132	48	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5043</b>	<b>548</b>	<b>1408</b>	<b>1246</b>	<b>1009</b>	<b>234</b>	<b>174</b>	<b>22</b>	<b>48</b>

Extraction de finess du 26/01/10

**EVOLUTION PLACES INSTALLEES**

Département	ESAT	FAM	Foyer Héberg.	Foyer de Vie	MAS	SSIAD	SAMSAH	Centre Pré-orientation Hand.	Places Autisme
54	24	28	-26	25	0	13	103	0	0
55	4	0	1	45	0	10	0	0	0
57	17	26	20	22	0	5	0	0	0
88	6	14	0	0	25	2	0	0	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>68</b>	<b>-5</b>	<b>92</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Annexe 15

### DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

#### CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX PASA ET UHR POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE EN EHPAD ET EN USLD DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTEE ET PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Cahier des charges définissant :

#### **1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés**

#### **2. Les Unités d'Hébergement Renforcées**

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles<sup>1</sup> d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (février 2009),

- la Haute autorité de santé (HAS) « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009),

s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques.

#### **1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés**

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

---

<sup>1</sup> Le terme pôle a été préféré à celui d'unité car il est mieux approprié au mode d'accompagnement ouvert et sans hébergement

## Annexe 15

Le cahier des charges est en annexe I.

### **2. Les Unités d'Hébergement Renforcées dans les EHPAD médico-sociaux et les USLD**

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptés.

Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Le cahier des charges est en annexe II.

## Annexe 15

# ANNEXE I

## CAHIER DES CHARGES

### DES POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES (PASA)

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Ce pôle accueille chaque jour et, selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

#### 1. POPULATION CIBLEE

Les pôles d'activités et de soins adaptés accueillent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée<sup>23</sup> compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de Santé, Mars 2008.

<sup>3</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, Février 2009.

<sup>4</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

## Annexe 15

### 2. CRITERES D'ACCUEIL

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe pour la participation de la personne aux activités du pôle. Un entretien est organisé qui fait l'objet d'un compte rendu.

Le livret d'accueil de l'EHPAD précise les modalités de fonctionnement du pôle.

### 3. PROJET DU POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES

Le projet spécifique du pôle prévoit les modalités de fonctionnement qui répondent obligatoirement aux critères suivants :

#### 3.1 La définition des modalités de fonctionnement du PASA:

Le fonctionnement du pôle nécessite la constitution de groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Les modalités concernant le fonctionnement précisent :

- les horaires du pôle sachant que les résidents prennent au moins le repas du midi sur place ;
- l'organisation de déplacements des résidents entre leur unité d'hébergement et le pôle d'activités ;
- l'organisation du déjeuner et des collations ;
- la procédure permettant de repérer les troubles du comportement, de les signaler et de décrire les méthodes de résolution.

#### 3.2 L'accompagnement à effet thérapeutique

Le pôle propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...) ;
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...) ;
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...) ;
- au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...).

Chacun de ces types d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

## Annexe 15

### 3.3 Les modalités d'accompagnement et de soins appropriées

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui concourent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins, font l'objet, au sein de l'EHPAD, d'un protocole qui est suivi et évalué. Ces techniques portent sur :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas,...;
- les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s'avère indispensable;
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- la transmission des informations aux différentes équipes.

### 3.4. L'accompagnement personnalisé de vie et de soins

Le programme d'activités est élaboré par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l'équipe.

Ce programme s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

L'accompagnement est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne.

La synthèse et la transmission des informations<sup>5</sup> concernant le résident sont mentionnées dans un dossier<sup>6</sup>.

## **4. LE PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS LE POLE**

### 4.1 La qualité des professionnels

En complément du personnel intervenant déjà dans l'EHPAD, l'équipe qui est dédiée au pôle de soins et d'activités adaptés est obligatoirement composée :

- d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute,
- d'assistants de soins en gérontologie.

L'un de ces professionnels doit être en permanence présent dans l'unité.

- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe.

Les décisions prises lors de réunions d'équipe font l'objet d'une formalisation écrite.

---

<sup>5</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

<sup>6</sup> « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

## Annexe 15

### 4.2 La formation du personnel<sup>7</sup>

Les professionnels intervenant au sein du pôle sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

Les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle sont formés notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel de l'EHPAD est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du PASA, dans les meilleures conditions.

## 5. LA COORDINATION AVEC LE SECTEUR SANITAIRE

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés nécessite la mise en place d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sous l'impulsion du médecin coordonnateur.

En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, les EHPAD qui créent un pôle d'activités et de soins adaptés travaillent en partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie,...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée. Il est souhaitable que ce partenariat soit formalisé sous la forme d'une convention.

## 6. L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL DES POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES

L'environnement architectural<sup>8</sup> est le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé précédemment. Il répond à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant<sup>9</sup>,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

### 6.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour un Pôle d'activités et de soins adaptés.

Le pôle d'activités et de soins adaptés, conçu pour accueillir 12 à 14 résidents, est aisément accessible depuis les lieux d'hébergement de l'EHPAD.

---

<sup>7</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

<sup>8</sup> « Guide Pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) – PADI » – à paraître en 2009 – Direction générale de l'action sociale

<sup>9</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009 - Haute Autorité de Santé.

## Annexe 15

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais, bien entendu, dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

Le pôle dispose :

- d'une entrée adaptée,
- d'un espace<sup>10</sup> salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'un espace<sup>9</sup> repas avec office,
- d'au moins deux espaces<sup>9</sup> d'activités adaptées,
- de deux WC dont un avec douche,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale du pôle qui traduit les choix préalables du programme d'activités thérapeutiques doit :

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel, réduire l'agitation et l'agressivité des résidents,
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

### 6.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familial et convivial, l'architecture du PASA répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier est porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

### 6.3 Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces du pôle permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants. Dans le cas de la création d'un PASA par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces du pôle sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

### 6.4 Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables par leur situation et par leur signalisation.

---

<sup>10</sup> Le terme espace est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d'éviter les espaces polyvalents).

## Annexe 15

### 6.5 Les aspects réglementaires

- en matière d'accessibilité : le pôle répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1<sup>er</sup> août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies,
- en matière de sécurité incendie : le pôle répond à la réglementation ERP de type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie).

### 6.6 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement du pôle d'activités et de soins adaptés.

- L'entrée :

Espace de transition avec l'extérieur du PASA, la conception de l'entrée du pôle fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

- Les espaces de convivialité et de vie sociale :

Le PASA dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'au moins deux espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives. La prise de repas dans le pôle permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur.

- Les espaces d'activités et de soins :

Au moins deux espaces sont prévus pour réaliser des activités thérapeutiques. Ils répondent à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel. S'il s'agit d'une création de pôle, il convient d'éviter le caractère polyvalent de ces espaces afin qu'ils soient des éléments de repérages pour les résidents qui les utilisent. Ces espaces qui répondent au projet thérapeutique du pôle peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit:

- soit d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage,...
- soit, d'un espace pour activités de musicothérapie,
- soit, d'un espace d'activités physiques,
- soit, d'un espace multi-sensoriel,
- soit, d'un espace de soins et de «bien-être»,
- soit, d'un espace de jeux,
- autre....

- Les espaces extérieurs

Que le pôle soit situé en rez-de-chaussée ou en étage, il doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

- Les espaces de services

Le pôle dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...

## Annexe 15

# ANNEXE II

## CAHIER DES CHARGES

### DES UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

#### 1. POPULATION CIBLEE,

Les UHR hébergent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée<sup>1112</sup>, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield<sup>13</sup>.

#### 2. CRITERES D'ADMISSION ET MODALITES

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché ;
- l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée.

---

<sup>11</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de Santé, Mars 2008.

<sup>12</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, Février 2009.

<sup>13</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

## Annexe 15

Pour les EHPAD, les critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil en précise les modalités de fonctionnement.

Pour les USLD, le livret d'accueil précise les critères d'admission et de sortie de l'UHR et les modalités de son fonctionnement.

L'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation :

- en EHPAD par le médecin coordonnateur en liaison avec le médecin traitant,
- en USLD par le médecin de l'unité.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe soignante de l'unité pour la mise en œuvre du projet de vie et de soins. La famille ou l'entourage est informée des modalités de prise en charge du résident lors d'un entretien qui fera l'objet d'un compte rendu.

Il est organisé au moins une fois par trimestre une réunion des familles (indépendamment des réunions du Conseil de la vie sociale en EHPAD), si possible avec la présence de représentants d'associations de malades et de familles.

### 3. CRITERES DE REORIENTATION DES RESIDENTS

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UHR.

La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fera l'objet d'une formalisation écrite.

### 4. PROJET DE L'UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE

Le projet spécifique de l'UHR prévoit les modalités de fonctionnement de l'unité qui répond obligatoirement aux critères suivants :

#### 4.1 L'accompagnement à effet thérapeutique

L'unité propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...)
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...)
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...)
- au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...)

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

## Annexe 15

### 4.2 Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas,...
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- les stratégies alternatives à la contention ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- la prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- la transmission des informations entre les différentes équipes.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

### 4.3 Un accompagnement personnalisé de vie et de soins

Dans le cas d'un transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant.

Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il précise:

- le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ;
- les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ;
- les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ;
- les événements à signaler à la famille ;
- la surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments...

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'unité en lien avec l'infirmier de l'UHR.

Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié.

La synthèse et la transmission des informations<sup>14</sup> concernant le résident sont mentionnées dans un dossier<sup>15</sup>.

### 4.4 Les transmissions d'équipe

---

<sup>14</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

<sup>15</sup> Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

## Annexe 15

Une procédure de signalement des évènements et des situations complexes est mise en place.

Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, l'équipe de l'UHR s'assure de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

### 5. LE PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS L'UNITE

#### 5.1 *La qualité des professionnels*

Le médecin de l'unité, ou le médecin coordonnateur dans les EHPAD, constitue le pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'accès à un avis psychiatrique est recherché.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- d'un temps d'infirmier ;
- d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- d'un temps d'assistant de soins en gérontologie ;
- d'un temps de personnel soignant la nuit ;
- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

#### 5.2 *La formation du personnel* <sup>16</sup>

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen-Mansfield) ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes, à la sortie de l'UHR, dans les meilleures conditions.

### 6. LA COORDINATION DES DIFFERENTS SERVICES

---

<sup>16</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

## Annexe 15

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévères nécessite la mise en place d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD et du médecin de l'unité en USLD.

En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec :

- une équipe psychiatrique publique ou privée,
- les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),
- un ou d'autres EHPAD ou USLD.

### 7. L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL DES UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES

L'environnement architectural<sup>17</sup> doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant<sup>18</sup>,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

#### 7.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

#### L'unité dispose :

- d'une entrée adaptée,

---

<sup>17</sup> Guide Pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) – PADI - à paraître en 2009 - Direction générale de l'action sociale

<sup>18</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

## Annexe 15

- d'espaces<sup>19</sup> privés,
- d'un espace<sup>17</sup> repas avec office,
- d'un espace<sup>17</sup> salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'une salle de bain/bien-être,
- d'au moins un espace<sup>17</sup> d'activités adaptées,
- de deux w.c,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

### 7.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familial, convivial et rassurant pour les résidents, l'architecture de l'UHR répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet une qualité de vie et la réalisation d'activités quotidiennes qui rappellent celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier sera porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

### 7.3 Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation au sein de l'unité est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces de l'unité permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants. Dans le cas de la création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

### 7.4 Un environnement sécurisé

Compte tenu des troubles du comportement sévères des personnes accueillies dans l'unité d'hébergement renforcée, un soin particulier sera apporté à certains équipements qui peuvent présenter des risques pour la sécurité tels que les radiateurs ou les fenêtres.

### 7.5 Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables

---

<sup>19</sup> Le terme espace est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d'éviter les espaces polyvalents).

## Annexe 15

par leur situation et par leur signalisation.

### 7.6 Les aspects réglementaires

- en matière d'accessibilité : l'unité répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1<sup>er</sup> août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies.
- en matière de sécurité incendie : l'unité répond à la réglementation ERP de type J pour les EHPAD (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) et type U pour les USLD.

### 7.7 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcé.

- L'entrée

Espace de transition, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

- Les espaces privés

Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.

- L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être »

L'UHR dispose d'un espace de soins et de « bien être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.

- Les espaces de convivialité et de vie sociale

L'unité d'hébergement renforcé devra disposer d'espaces collectifs : un espace repas avec office, un espace salon et d'au moins un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe.

Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités.

- Les espaces d'activités et de soins :

L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel.

Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit :

## Annexe 15

- *soit*, d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage,...
- *soit*, d'un espace pour activités de musicothérapie,
- *soit*, d'un espace d'activités physiques,
- *soit*, d'un espace multi-sensoriel,
- *soit*, d'un espace de jeux,
- autre....

### - Les espaces extérieurs

Que l'unité soit située, en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

### - Les espaces de services

L'unité dispose de locaux de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale, un espace de réunion du personnel...



Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer,  
en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville

**DIRECTION GÉNÉRALE**  
**DE LA COHÉSION SOCIALE**

Paris, le 25 février 2010

---

Sous-direction de l'autonomie des personnes  
handicapées et des personnes âgées

Bureau des services et établissements – A3

Personne chargée du dossier : Sophie Bouches  
[sophie.bouches@sante.gouv.fr](mailto:sophie.bouches@sante.gouv.fr)

Le ministre du travail, des relations sociales,  
de la famille, de la solidarité et de la ville

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département  
Directions départementales des affaires sanitaires et  
sociales (pour mise en oeuvre)

**CIRCULAIRE N° DGCS/A3/2010/78** du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1).

Date d'application : immédiate

NOR : M TSA 1005956C

Classement thématique : établissements et services médico-sociaux

**Résumé : Cette circulaire a pour objet de préciser la capacité minimale des accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées, notamment les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et les modalités de mise en œuvre de l'obligation de proposer un dispositif de transport adapté.**

**Mots-clés : accueils de jour, accueil temporaire, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Plan Alzheimer 2008-2012, transports adaptés, capacité minimale.**

Textes de référence :

**Art L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux**

**Art D. 312-8, D. 312-9, D. 313-20, R. 314-161, R. 314-162 et R. 314-207 du CASF**

**Décret n° 2007-661 du 30 avril 2007, art 2 et décret n° 2007-827 du 11 mai 2007 relatifs à l'obligation pour les accueils de jour de proposer une solution de transport adapté en contrepartie du forfait journalier de frais de transport**

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

I./ Etat des lieux de la création et du fonctionnement des accueils de jour en 2008 et en 2009

La mesure 1 du Plan Alzheimer prévoit la création de 2125 places d'accueil de jour en 2008 et en 2009.

I.1 - Les chiffres de l'accueil de jour en 2008/2009

Respectivement 1 446 (dont 424 au titre des enveloppes anticipées) et 1 081 places ont été autorisées et 1 093 et 1 016 places ont été installées - soit 51 % et 48 % de l'objectif fixé par le Plan Alzheimer - en 2008 et en 2009.

32 % des accueils de jour sur un échantillon de 500 établissements ont répondu à l'enquête dite « MAUVE » réalisée par la CNSA et la DREES en 2009

60 % des accueils de jour ont moins de 5 places

I.2 - Les analyses qualificatives menées en 2009 concernant l'accueil de jour

1) Concernant les indicateurs de suivi de création de places AJ-HT (T2), les données établies ont permis de constater des difficultés de développement des accueils de jour (création de 2 125 places d'accueil de jour prévue en 2009) dans le cadre de la mesure 1 du plan Alzheimer.

2) L'enquête d'activité dite « MAUVE » réalisée en 2009 par la CNSA et la DREES a permis d'opérer un recensement de l'activité des structures disposant d'une offre d'accueil de jour (AJ) et/ou d'hébergement temporaire (HT).

Cette enquête a révélé des difficultés de fonctionnement des places autorisées dans les accueils de jour, en particulier celles de structures adossées à un EHPAD.

3) Une étude relative aux freins et aux conditions de succès du développement des accueils de jour réalisée en 2009 par le prestataire Géroto-clef a mis en évidence les points suivants:

- Le modèle actuel, en ce qui concerne la capacité minimale de l'accueil de jour, est inadapté,
- L'obligation d'organiser les transports n'est pas respectée par certains accueils de jour,
- Une solution unique d'organisation des transports ne cadre pas avec les besoins réels des usagers,
- Une revalorisation du forfait journalier de frais de transport doit être définie.

L'ensemble de ces conclusions démontre la nécessité d'une redéfinition de l'accueil de jour et des précisions quant aux différentes modalités possibles de mise en oeuvre de l'obligation de l'organisation d'une solution de transport adapté qui est un facteur majeur du développement des accueils de jour.

## II./ Les évolutions nécessaires

### II.1 - Définition de la capacité minimale des accueils de jour

**La définition de la capacité minimale des accueils de jour** concerne uniquement les accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées.

Dorénavant, et contrairement aux instructions qui ont pu prévaloir lors des plans antérieurs, vous veillerez à ce que la capacité minimale ne soit pas inférieure à **six places** lorsque l'accueil de jour adossé à un EHPAD et à **dix places pour un accueil de jour autonome**.

#### 1) Concernant les accueils de jours existants

Vous veillerez à ce que la taille critique requise pour les accueils de jour soit atteinte dans un délai raisonnable, compatible avec la programmation des tranches annuelles du PRIAC, si possible au **31 décembre 2010**.

#### 2) Concernant les demandes d'autorisation d'accueils de jour

Sauf pour les opérations de mise à niveau de l'existant, aucune nouvelle autorisation ne sera délivrée pour des projets de création où le promoteur prévoit une capacité inférieure au seuil de **six places pour un accueil de jour adossé à un EHPAD** et de **dix places pour un accueil autonome**.

3) Dans le cas où le territoire d'intervention aurait une faible densité démographique, en zone rurale ou enclavée, l'accueil de jour devra justifier que les besoins de la zone desservie sont inférieurs à la capacité minimale requise. Vous vous assurerez, préalablement à toute autorisation, que les besoins de la zone desservie justifient l'incapacité de l'accueil de jour à atteindre la capacité minimale définie.

### II.2 - Recensement et suivi de l'activité des accueils de jour

Plusieurs documents permettent de suivre l'évolution de la capacité des accueils de jour :

D'une part, conformément à l'article R. 314-50 du CASF, le rapport d'activité joint au compte administratif réalisé à la clôture de l'exercice de l'établissement disposant d'un accueil de jour, d'autre part la réponse des accueils de jour à l'enquête d'activité dite « MAUVE » réalisée par la CNSA et la DREES qui sera renouvelée et généralisée en 2010 à l'ensemble des structures d'accueil de jour doivent vous permettre de suivre l'évolution de l'offre d'accueil et des capacités.

Vous veillerez à ce que les accueils de jour puissent vous transmettre l'enquête « MAUVE » dûment renseignée : la réponse à cette enquête conditionnera dans le futur, dès 2011 au regard de l'enquête 2010, le maintien et la poursuite des financements de l'assurance maladie.

## III./ Organisation et financement des transports

### III. 1 - Modalités d'organisation des transports

Sont considérés comme respectant les décrets n° 2007-661 du 30 avril 2007 et 2007-827 du 11 mai 2007 relatifs à l'obligation d'organiser un dispositif de transport adapté en contrepartie de la perception du forfait journalier de frais de transport, les accueils de jour organisant les transports selon les modalités suivantes :

- par une organisation interne du transport avec un personnel et un véhicule adaptés aux transports des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées,
- par une convention avec un transporteur disposant d'un personnel formé et garantissant la qualité de la prise en charge du transport,
- par atténuation, pour les familles qui assurent elles mêmes le transport, du tarif à leur charge du montant du forfait journalier de frais de transport perçu par l'établissement ou par le versement dudit forfait par l'établissement directement aux familles qui assurent elles mêmes le transport.

Pour l'ensemble des modalités décrites, la durée de transport et les conditions doivent être adaptées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

Les accueils de jour ont jusqu'au 30 juin 2010 pour justifier et/ou mettre en place l'une ou plusieurs des modalités de transport décrites ci-dessus, faute de quoi vous mettrez fin au versement du forfait journalier de frais de transport perçu jusque là.

Conformément aux dispositions du décret n° 2007-661 du 30 avril 2007, il appartient aux DDASS de vérifier qu'une solution de transport est bien organisée par l'accueil de jour, en cohérence avec les besoins de la zone géographique desservie.

Ainsi, vous vous assurerez que l'une ou plusieurs de ces modalités d'organisation du transport sont mises en place par les accueils de jour et correspondent aux besoins des usagers.

### III.2 - Financement

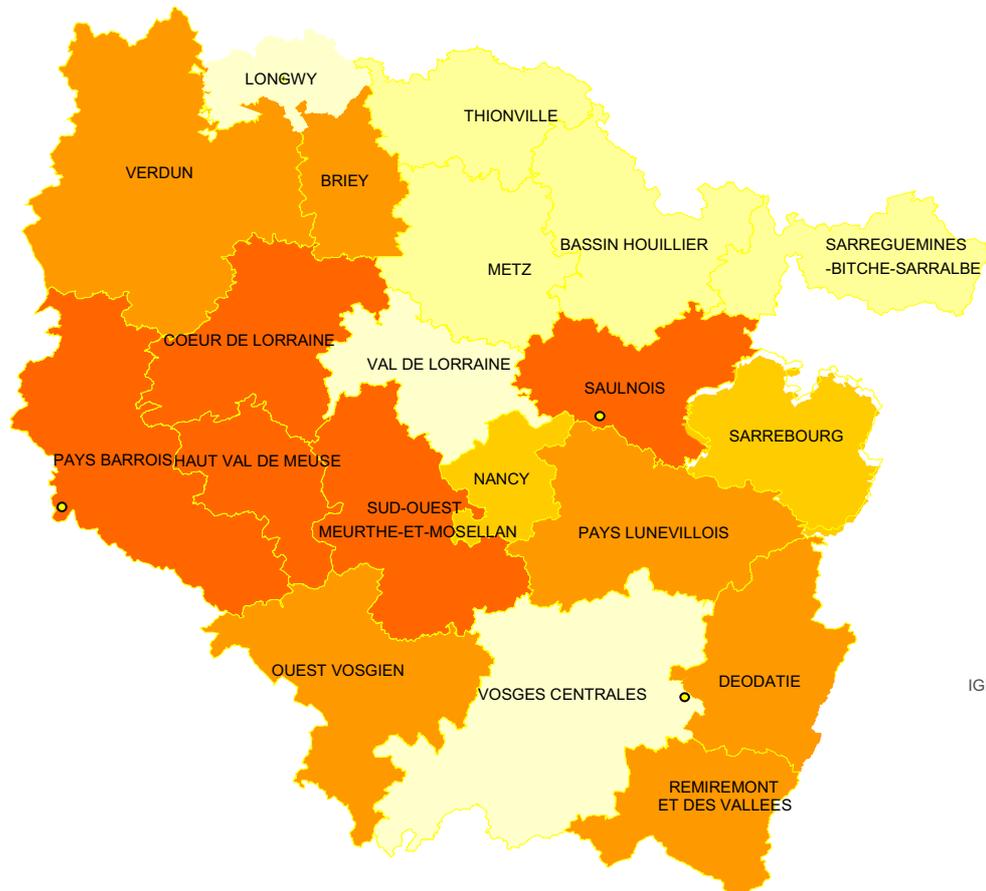
Au titre des mesures nouvelles 2010, l'ONDAM médico-social personnes âgées a prévu une enveloppe de 7 millions d'euros destinée à la revalorisation du forfait journalier de frais de transport des accueils de jour existants et à créer en 2010 de 30 %. Sa valeur est portée à 13,41 euros par place et par jour sur une durée de 300 jours par an (soit 4 023 €/an/place).

Il vous appartient de me faire connaître, sous le présent timbre, toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ces dispositions nouvelles qui ont pour objectif d'améliorer l'effectivité et la qualité du service rendu aux malades et à leurs familles.

Le directeur général de la cohésion sociale,

Fabrice HEYRIES

# Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées



IGN@DRASS de Lorraine

**Tx équipement pour 1000 PA de 75 ans et + en 2010**



**Taux d'équipement moyen lorrain : 18,6**

Source : FINESS au 1/11/2010 - INSEE - Projections de population au 1/01/2010



**Agence Régionale de Santé de Lorraine**

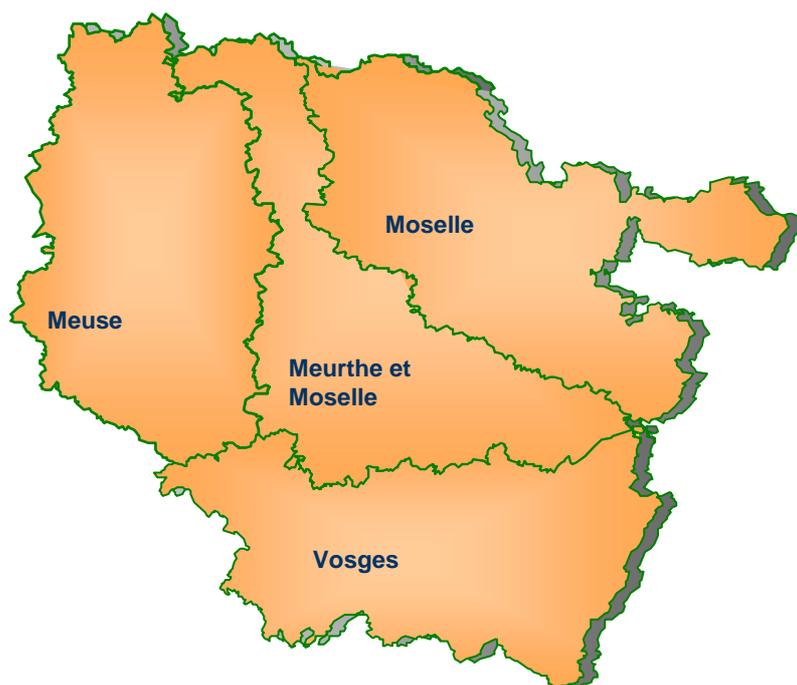
| Immeuble "Les Thiers" | 4 rue Piroux |  
| CO 80071 | 54036 NANCY CEDEX |

| Standard | 03 83 39 79 79 |

Courriel | [ars-lorraine-departement-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-departement-medico-social@ars.sante.fr) |

| [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr) |

# Le Programme Régional de Gestion du Risque 2010-2013



Arrêté par le Directeur Général de l'ARS le 04 octobre 2011

Arrêté N2011/375

## Préface

Le programme régional de gestion du risque (PRDGR) est la première expression visible de la politique ambitieuse de GDR que je souhaite mener en Lorraine, en partenariat avec l'assurance maladie.

En permettant aux acteurs régionaux de la santé d'agir conjointement sur les trois champs du secteur médico-social, sanitaire et de la médecine de ville, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires a consacré le principe d'un décloisonnement favorable à une démarche stratégique, opérationnelle et partenariale.

Vecteur de synergie entre les 10 priorités nationales de gestion du risque, les objectifs du contrat Etat-UNCAM et les actions complémentaires régionales, ce document forge l'action de l'ARS et de l'Assurance Maladie pour les quatre années à venir.

En corrélation avec le Plan Stratégique régional en santé (PSRS), le PRGDR marque notre volonté de garantir aux Lorrains les meilleurs soins possibles dans une enveloppe financière de plus en plus contrainte.

Compte tenu d'indicateurs de santé relativement défavorables en Lorraine, j'ai souhaité développer, en sus des dix priorités nationales de gestion du risque, légitimes et incontestables, deux programmes régionaux complémentaires axés sur :

- le dépistage et la prise en charge de l'obésité du jeune enfant,
- la prévention de la dégradation de l'état bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD,

Gageons que nos actions communes, Assurance Maladie et Agence Régionale de Santé, permettront de :

- Garantir l'égal accès à des soins de qualité pour tous les Lorrains,
- Améliorer la qualité des prises en charge tout en réduisant les coûts
- Et au final participer à la réduction des inégalités de santé

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine

  
Jean François BENEVISE

## **Sommaire**

### **1. Introduction**

1.1	Le nouveau cadre institutionnel.....	4
1.2	Le cadre législatif et réglementaire.....	4
1.3	Définition de la gestion du risque .....	5
1.4	Les acteurs de la gestion du risque .....	6
1.5	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque .....	6

### **2. Etat des lieux**

2	Contexte régional	Annexe 1 et fiche actions
---	-------------------	---------------------------

### **3. Organisation et méthodologie**

<b>3.1</b>	<b>Organisation au sein de la région .....</b>	<b>8</b>
3.1.1	La Commission Régionale de Gestion du Risque et la contractualisation.....	8
<b>3.2</b>	<b>Les dix programmes prioritaires de gestion du risque.....</b>	<b>11</b>
3.2.1	Le programme Transports sanitaires .....	12
3.2.2	Le programme Prise en Charge de l'Insuffisance Rénale Chronique .....	18
3.2.3	Le programme Liste en sus .....	25
3.2.4	Le programme Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville .....	28
3.2.5	Le programme Imagerie médicale .....	31
3.2.6	Le programme Chirurgie Ambulatoire .....	36
3.2.7	Le programme EHPAD Efficience .....	41
3.2.8	Le programme EHPAD Prescriptions .....	41
3.2.9	Le programme Service de Soins et Réadaptation .....	45
3.2.10	Le programme Permanence des Soins ambulatoires et urgences hospitalières .....	50
<b>3.3</b>	<b>La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie .....</b>	<b>58</b>
3.3.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville.....	58
3.3.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé .....	59
3.3.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients .....	60
<b>4</b>	<b><u>Les actions régionales complémentaires spécifiques.....</u></b>	<b>61</b>
4.1	Présentation des objectifs des programmes spécifiques .....	61

### **Annexes à compter de la page 62**

<b>Annexe 1</b>	<b>Etats des lieux succinct ARS/Assurance Maladie réalisés en 2010.....</b>	
<b>Annexe 2</b>	<b>Les fiches actions ARS/Assurance Maladie des 10 priorités de GDR et des deux actions régionales complémentaires .....</b>	
<b>Annexe 3</b>	<b>Corrélation SROS PRS et GDR.....</b>	
<b>Annexe 4</b>	<b>Les chefs projets ARS/Assurance Maladie désignés.....</b>	

# 1 Introduction

## 1.1 Le nouveau cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1<sup>er</sup> avril 2010, confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoires, médicosocial et hospitalier.

*« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. »<sup>1</sup>*

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé .

Le contrat 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charges plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

## 1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.
- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.
- Ce programme est intégré au projet régional de santé.
- Ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...).

---

<sup>1</sup> Art. L. 1431-2, 2° g du code de la santé publique.

▪ **Le PRGDR est composé de deux parties :**

- 1° Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS ;
- 2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1° de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PRGDR »

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de **quatre ans**. Il est intégré **au projet régional de santé**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme. Le contrat établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'assurance maladie précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

### 1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie *comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût (2) »*.

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait **les trois dimensions de la gestion du risque** :

- **Optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, pour un égal accès à la santé et/ou aux soins**
- **Inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins**
- **Amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement (champ de ville, médico-social et hospitalier).**

Dans son rapport de juillet 2008, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

- *« connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution – d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;*
- *prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;*
- *limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;*
- *réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;*
- *fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »*

De manière plus générale, la gestion du risque peut être définie comme *« l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »*.

## 1.4 Les acteurs de la gestion du risque

**La coordination de la GDR entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée au sein de la commission régionale de gestion du risque** associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

▪ Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son Président, le Directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.

▪ Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.

Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »<sup>2</sup>.

## 1.5 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Le Conseil national de pilotage des ARS a arrêté lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011. Elles s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies.

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences

## Les référentiels

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>1</sup> Rapport IGAS RM2010-163P « Mission sur la gestion du risque », décembre 2010.

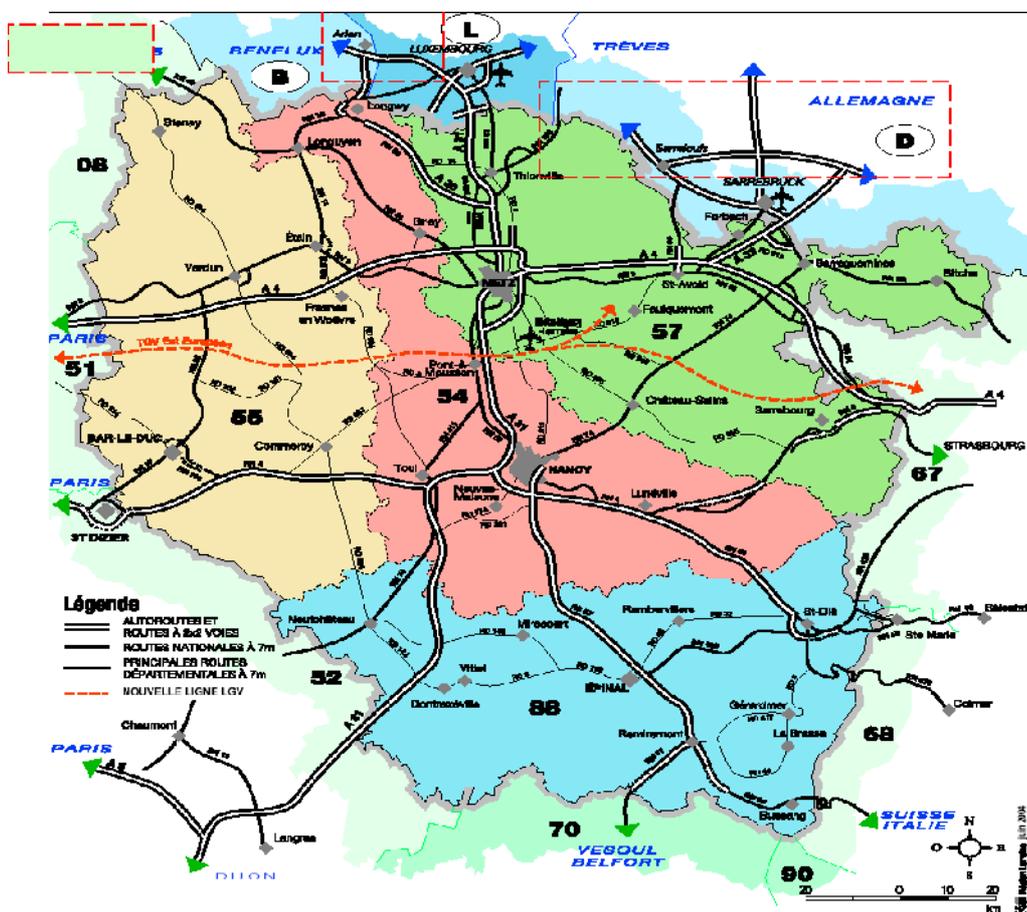
<sup>1</sup> Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque.

<sup>1</sup> Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010 (instruction validée par le CNP le 9 juillet 2010).

<sup>2</sup> Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

## 2. Contexte régional : Réf Annexe 1 et éléments dans chaque priorité de GDR

La circonscription de l'ARS Lorraine : 4 départements Meurthe et Moselle / (54), Meuse (55), Moselle (57) et Vosges (88) à la frontière des trois pays Européens que sont le Luxembourg, la Belgique et l'Allemagne



Avec 2 336 500 habitants (STATISS 2009), la région lorraine représente 3,86% de la population française. Sa densité démographique est de 99 hab/km<sup>2</sup> (France : 114).

Les densités varient fortement d'un département à l'autre avec 167 hab/km<sup>2</sup> pour la Moselle contre 31 hab/km<sup>2</sup> pour la Meuse.

Démographie générale (Source : INSEE)	Meurthe et Moselle					Lorraine	France
	Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine		
Superficie en km <sup>2</sup>	5 246	6 211	6 216	5 874	23 547	543 965	
Population	726 000	193 500	1 037 500	379 500	2 336 500	61 771 000	
Densité au 1 <sup>er</sup> janvier 2007 en hab./km <sup>2</sup>	138	31	167	65	99	114	

## 3. Organisation et méthodologie

## 3. 1 Organisation au sein de la région

### 3.1.1 La Commission Régionale de Gestion du Risque et la contractualisation (réf. page 6)

Le Décret n°2010-515, paru au Journal officiel du 20 mai 2010, relatif au PRGDR précise que :

- Le DGARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque.
- Il en organise et en suit l'exécution.
- Il en évalue les résultats

#### La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière : elle rassemble tous les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie signataires du contrat prévu à l'art. L 1434-14 du Code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PRGDR
- soit en formation restreinte : elle se compose du Directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du Directeur régional de la MSA, du Directeur du RSI pour préparer les actions régionales complémentaires ; Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission.

**La contractualisation entre l'ARS et l'Assurance Maladie** : la Loi HPST dispose que le PRS fait l'objet d'une contractualisation entre le Directeur Général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM (article L.1434-14 du Code de Santé Publique).

↳ En Lorraine, le Directeur Général de l'ARS contractualise avec :

#### **Pour le Régime Général** : six signataires

- Directeur régional du service médical : deux signataires en région ARS Lorraine : DRSM Nord Est pour les départements de Meurthe et Moselle, Meuse, Vosges et DRSM Alsace Moselle pour la Moselle
- Quatre directeurs de CPAM : Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et Vosges

#### **Pour la Mutualité Sociale Agricole** : deux signataires

- Directeur MSA Lorraine : pour les départements de la Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges
- Directeur MSA Ardennes, Meuse et Marne : pour le département de la Meuse

**Pour le Régime Social des Indépendants** : un signataire : le Directeur régional du RSI

**Une convention pourrait être signée avec les organismes complémentaires, membres de la Commission de GDR.**

## **Mode de fonctionnement de la Commission de GDR en Lorraine**

La Commission de Gestion du Risque a été installée le 25 juin 2010. Son secrétariat est assuré par le service GDR de l'ARS (convocations, documents, relevé de décisions...). La Commission se réunit en formation plénière a minima trois fois par an et en formation restreinte en cas de besoin. Son règlement intérieur et sa composition ont été adoptés en décembre 2010.

En Lorraine, le choix politique ne s'est pas porté sur une équipe « projet régional GDR » mais sur un Comité Technique Régional Paritaire ARS/Assurance Maladie, qui n'a pas de pouvoir de décisions, mais qui est force de propositions pour la Commission. Il se réunit régulièrement et est composé de six membres :

- **ARS** : 3 membres dont le Conseiller Médical du DGARS, le Directeur de la Performance et de la GDR et le Directeur de Projet GDR (siègent avec voix consultative dans les deux formations de la Commission de GDR). Le Conseiller Médical est aussi Président de la Commission de Contrôle T2A.

- **Assurance Maladie** : 3 membres dont le Directeur Coordonnateur de la GDR (membre avec voix délibérative de la Commission de GDR), l'agent de Direction, en charge de la coordination de la GDR auprès du DCGDR et enfin un cadre placé auprès du DCGDR.

La déclinaison en région des 10 priorités de GDR est assurée en mode « Conduite de projet », portée en binôme par deux chefs projets : ARS, Assurance Maladie (*avec la précision que chacun œuvre sur son champ de compétences*). Un séminaire regroupant les chefs projets issus des deux collèges est réalisé à minima chaque semestre.

Au total, pour la région Lorraine, ce sont donc 20 chefs projets ARS/Assurance Maladie qui partagent leurs efforts sur les 10 thématiques retenues.

### □ Le chef de projet est chargé

- de constituer son équipe projet, avec appel à des compétences externes selon le besoin
- de participer et d'animer les travaux du groupe (organisation des réunions, orientation de la réflexion du groupe, rédaction des comptes-rendus, fixation d'un calendrier de travail, diffusion de l'information et participation à l'évaluation...)
- de veiller au respect des objectifs fixés et des contraintes calendaires, ou de signaler tout problème ou dysfonctionnement préjudiciables aux résultats
- de transmettre systématiquement tel que demandé les documents jugés utiles dans les boîtes générales créées à cet effet
- de communiquer sur l'avancement des travaux avant chaque réunion du Comité Technique Régional.

### □ L'équipe projet

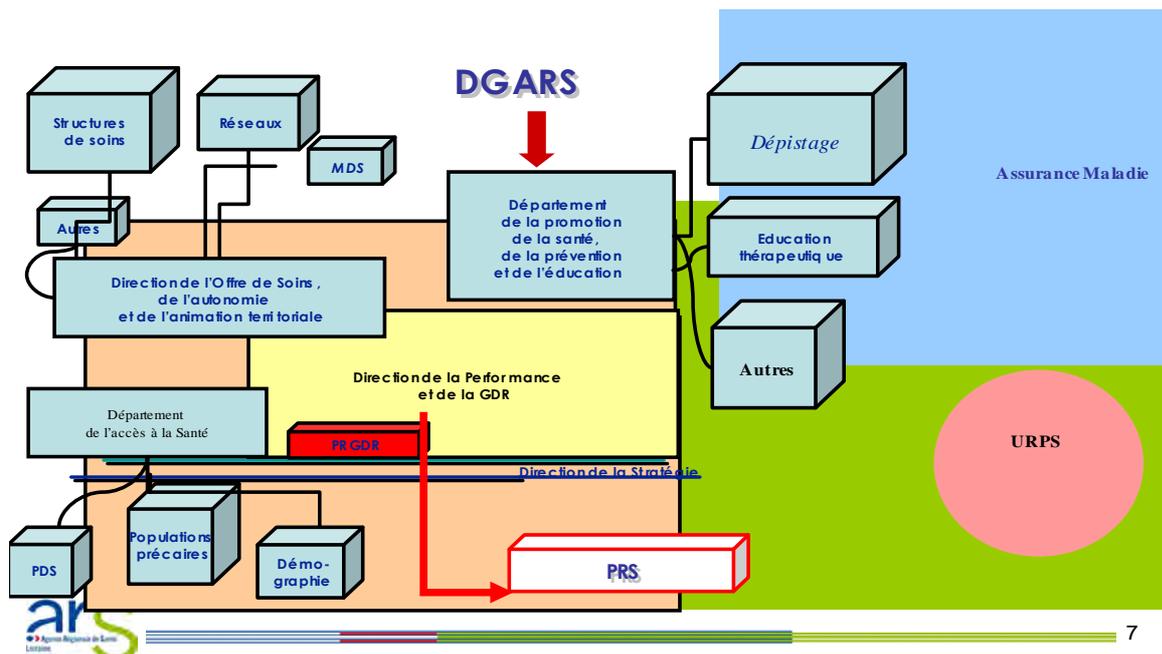
- Complète la fiche opérationnelle
  - Acteur à part entière ou seulement initiateur de l'action, chacun de ses membres contribue à la réussite de la mission, sur son champ de compétences
  - Participe à la définition des étapes de mises en œuvre et à l'évaluation de l'action
  - Est chargée de construire un rapport annuel pour l'action qui la concerne
- La cellule GDR utilise ces retours pour réaliser les différents documents de réflexion ainsi qu'à terme, la synthèse annuelle et l'évaluation des actions.

### □ Les outils

- **Lettre de mission** : le choix en Lorraine s'est porté sur une lettre généraliste adressée à chaque binôme ARS/Assurance Maladie et signée conjointement par le DG de l'ARS et le DCGDR pour l'Assurance Maladie.
- **Fiche de cadrage de chaque priorité** : s'enrichit à chaque évolution réglementaire ou opérationnelle par la GDR, en lien avec le chef projet
- **Fiche Programme Régional de Travail** ou action, enrichie régulièrement par le chef projet (à terme devrait permettre de chiffrer le coût en moyens humains et en temps d'un projet)
- **Tableau de suivi des dépenses** (livrable attendu : agrémenté par les dépenses de l'Assurance Maladie et de l'ARS pour le suivi des thématiques de gestion du risque).
- **Tableau de bord partagé et interactif du PRDGR** :
  - Stratégique avec indicateurs de résultats et indicateurs de suivi,

- **Opérationnel** avec suivi de l'état d'avancement des actions et diagramme de Gantt pour chaque thématique,
  - **Bilan annuel du PRGDR** (synthèse et évaluation des actions de gestion du risque) pour évaluation par la Commission de GDR (synthèse des bilans annuels remontés par chaque chef projet).
  - **Rétro-planning par action** (prise en charge par l'équipe projet).
- **Un espace collaboratif** appelé à évoluer depuis le portail intranet régional : ARS/Commun/tous / GDR, accessible à TOUS, en interne comme aux Délégations Territoriales.
  - **Des boîtes pour les échanges électroniques** : ARS-LORRAINE-GDR et DCGDR pour les deux collèges ARS et Assurance Maladie.
  - **Un site dédié** pour le partage des gros fichiers (partenaires extérieurs).

□ **En conclusion : la Gestion du Risque au sein de l'ARS Lorraine est une activité transversale des Directions, la coordination étant assurée par la Direction de la Performance et de la GDR**



## 3.2 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies.

### Rappel des objectifs GDR 2010-2011 des 10 priorités fixées aux ARS (circulaire du 19/07/2010)

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
<b>Transports sanitaires (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contractualisation ARS avec les établissements de santé</li> <li>- Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires</li> </ul>	90 <sup>3</sup> M€	<b>90M€</b>
<b>Prise en charge IRC (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage de l'IRC</li> <li>- Développement de la Dialyse péritonéale</li> <li>- Développement des greffes</li> </ul>	30M€	<b>100M€</b>
<b>Liste en sus (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés</li> </ul>	90M€	<b>90M€</b>
<b>Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des prescripteurs hospitaliers</li> <li>- Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés</li> </ul>	20M€	<b>60M€</b>
<b>Imagerie médicale (UNCAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle</li> <li>- Favoriser un développement soutenable des équipements lourds</li> </ul>	100 M€ <sup>4</sup>	<b>100M€</b>
<b>Chirurgie ambulatoire (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs</li> <li>- Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive</li> </ul>	30M€	<b>50M€</b>
<b>Efficience des EHPAD (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD</li> <li>- Diffuser les bonnes pratiques</li> <li>- Développer les SI</li> <li>- Construire un dispositif d'évaluation</li> </ul>	<b>Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD</b>	
<b>Prescription dans les EHPAD (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ;</li> <li>- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD</li> </ul>	<b>Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD</b>	
<b>SSR (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint</li> <li>- Mise en œuvre d'une politique efficace et maîtrisée du SSR</li> </ul>	<b>Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM</b>	
<b>PDS ambulatoire et urgences (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une permanence des soins accessible et efficace</li> <li>- Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières</li> </ul>	<b>Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (&lt;3%/an)</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>360M€</b>	<b>490M€</b>

<sup>3</sup> Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

<sup>4</sup> Dont baisse tarifaire

### 3.2.1 Le programme Transports sanitaires

Le programme Transports a pour objectif national, d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malades (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

#### 1. Rappel des objectifs du programme<sup>5</sup>

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confiée aux ARS.

**Quelques chiffres repères au niveau national :**

- **L'enjeu financier** : plus de 3,6 milliards d'euros de transports sanitaires remboursés en France en 2009.
- 67 millions de transports prescrits chaque année (37% par des médecins libéraux et 63% par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus) répartis comme suit (**en dépenses remboursables**) :
  - Ambulances : 42%
  - VSL : 23%
  - Taxis 31%
  - Autres modes de transports : 4%
- Avec une augmentation de 7,2% en valeur de ces dépenses pour l'année 2009, s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume
- Avec, sur les 10 dernières années, un taux moyen de croissance de près de 8 % par an.
  
- **L'objectif financier**

Compte tenu de ces éléments, un objectif d'économies de 90 millions d'euros a été fixé au niveau national (objectif commun avec le plan d'action UNCAM) pour ce type de dépenses.

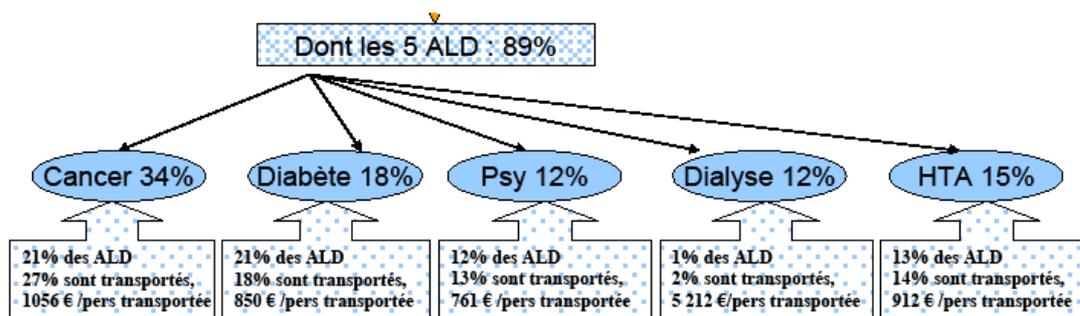
- **Les objectifs opérationnels** : le programme de gestion du risque « transports » comporte trois objectifs :
  1. une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades avec le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs,
  2. une démarche contractuelle de régulation des dépenses avec les Etablissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
  3. le développement de nouveaux modes d'organisation des transports,

---

<sup>5</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

## 2. Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

En 2008, une étude CNAMTS démontrait la concentration des dépenses de transports sur les personnes en ALD 30



### Grands profils des personnes transportées :

#### Sans ALD et hospitalisés

- Malades Alzheimer
- Personnes âgées hospitalisées pour insuffisance respiratoire ou affection cardiaque grave

#### Avec ALD et non hospitalisés

- les enfants en ALD Affection psychiatrique

#### Avec ALD et hospitalisés

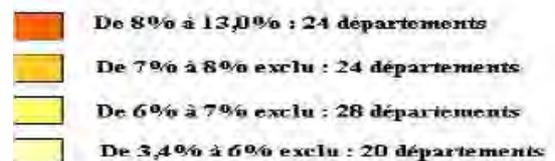
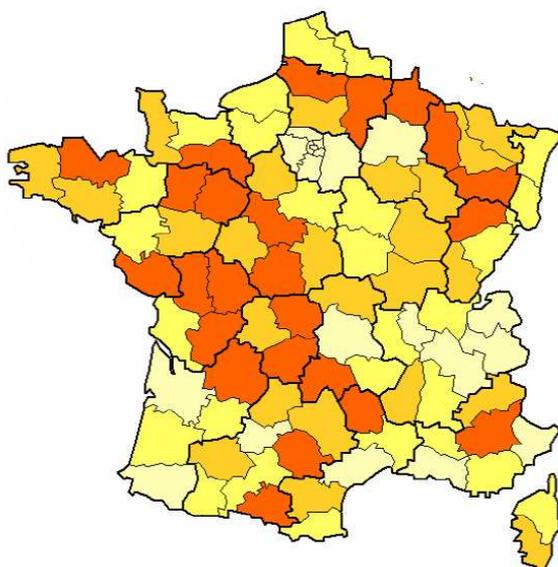
- Séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie
- Affections cardiaques graves (cardiopathie, valvulopathie, coronaropathie)
- Personnes âgées en ALD Aff. cardiaques I (AVC, infarctus,...) ou Alzheimer
- Enfants en kinésithérapie : asthme, mucoviscidose, épilepsie, ALD Aff. Cardio I

Les autres groupes de transportés ont des taux de recours faibles ou de faibles effectifs (amputation, ALD, paraplégie...)

En complément, une étude menée par l'URCAM Lorraine montrait que la part des prescriptions hospitalières (médecins salariés) dans les dépenses totales de transports variait de 62% (régime agricole) à 77% pour le régime général, celle du RSI étant proche des 70%.

A noter enfin que la part en Lorraine des prescriptions hospitalières (médecins salariés) dans les dépenses totales de transports variait de 62% (régime agricole) à 77% pour le régime général, celle du RSI étant proche des 70%.

### Disparités géographiques : taux de recours standardisés sur l'ALD et l'âge (étude CNAMTS 2008-URCAM)



Minimum : Paris

Maximum : Creuse

Guadeloupe : 4,2%

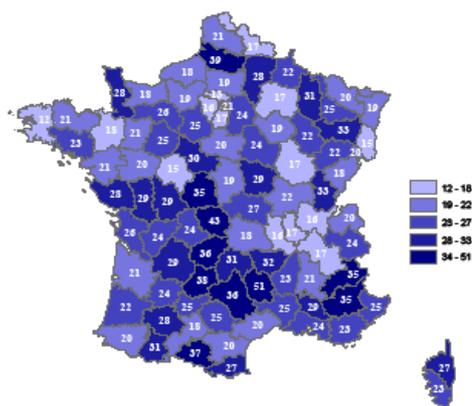
Martinique : 4,0%

Guyane : 7,9%

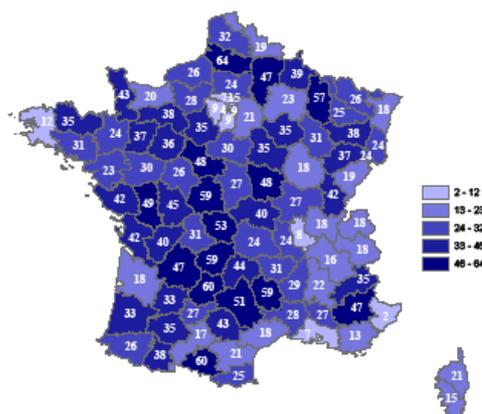
Reunion : 7,0%

## Disparités géographiques sur l'offre sanitaire en 2008 (URCAM-CNAMTS) : ambulances VSL

Nombre d'ambulances pour 100 000 habitants



Nombre de vsl pour 100 000 habitants



Le nombre d'ambulances varie entre 12 et 51 pour 100 000 habitants, alors que pour le vsl il est de 2 à près de 64 suivant le département.

### Coût du transport 2009 par personne protégée (SLM+RG) :

Type de transports	France métropolitaine	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Ambulance	20,04	20,29	17,87	22,44	20,08	24,55
V. S. L.	10,71	16,77	12,44	24,46	15,96	23,80
Taxi	14,92	17,40	11,84	31,18	19,16	16,92
Franchises	1,92	2,72	1,83	3,74	2,64	4,16
Autres	47,20	57,18	43,98	81,82	57,85	69,44
CBP transporteurs	-0,29	-0,38	-0,32	-0,42	-0,39	-0,45
<b>TOTAL</b>	<b>46,91</b>	<b>56,80</b>	<b>43,66</b>	<b>81,40</b>	<b>57,46</b>	<b>68,99</b>

A noter que ce coût du transport est à rapprocher de la densité et de la structure de l'offre et des distances kilométriques parcourues.

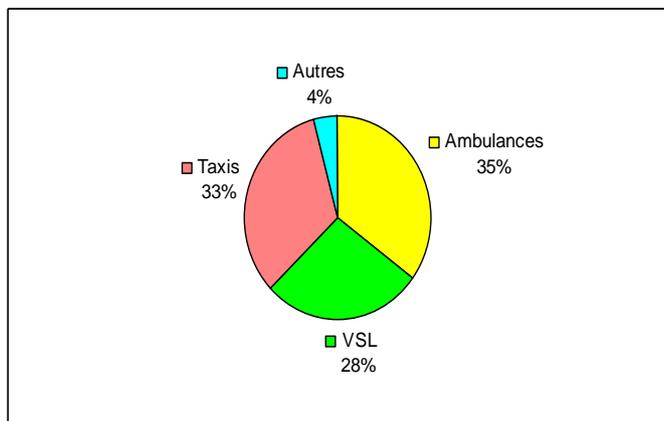
### 2010 :

	54	55	57	88
Population départementale	739 839	200 290	1 060 339	394 100
Nombre de secteurs de garde	6	4	8 (11 ambulances)	8
Nombre d'entreprises	55	23	80	39
Nombre de véhicules autorisés	360	174	499	237
<b>Nombre théorique de véhicules</b>	<b>296</b>	<b>88</b>	<b>408</b>	<b>174</b>

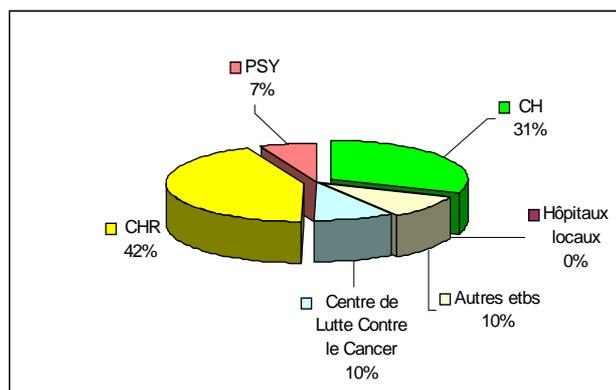
## Données chiffrées + récentes

Les prescriptions des médecins salariés des hôpitaux lorrains génèrent entre mars 2010 et avril 2011 une augmentation de 5,7% des montants remboursés au titre des transports sanitaires exécutés en ville (RG+SLM+SLI+MSA) soit 71 788 077 € (France : 1 646 666 265€ ; évolution : + 6,5%).

### Répartition par modes de transports :



### Répartition par type d'établissements :



### Comparaison des évolutions Lorraine– France par modes de transports (Données PCAP : 1<sup>er</sup> avril au 31 mars)

	LORRAINE			France		
	04/2009-03/2010	04/2010-03/2011	%	04/2009-03/2010	04/2010-03/2011	%
<b>Ambulances</b>	24 063 614	25 103 673	4,3%	584 446 200	619 028 112	5,9%
<b>VSL</b>	19 418 421	19 794 446	1,9%	358 656 061	361 679 956	0,8%
<b>Taxis</b>	21 401 740	23 877 100	11,6%	541 455 161	603 299 064	11,4%
<b>Autres</b>	3 037 720	3 012 858	-0,8%	61 158 382	62 659 133	2,5%

### Evolution des montants remboursés : focus sur 6 ALD :

Focus sur les ALD (Régime Général + SLM) : évolution des montants remboursés entre 2009 et 2010 (années pleines), tous modes de transports confondus, pour les patients appartenant aux 6 grandes ALD : **Alzheimer, cancer, diabète, affections cardio-vasculaires, affections psychiatriques de longue durée, néphropathie chronique grave** (Régime Général seul + SLM)

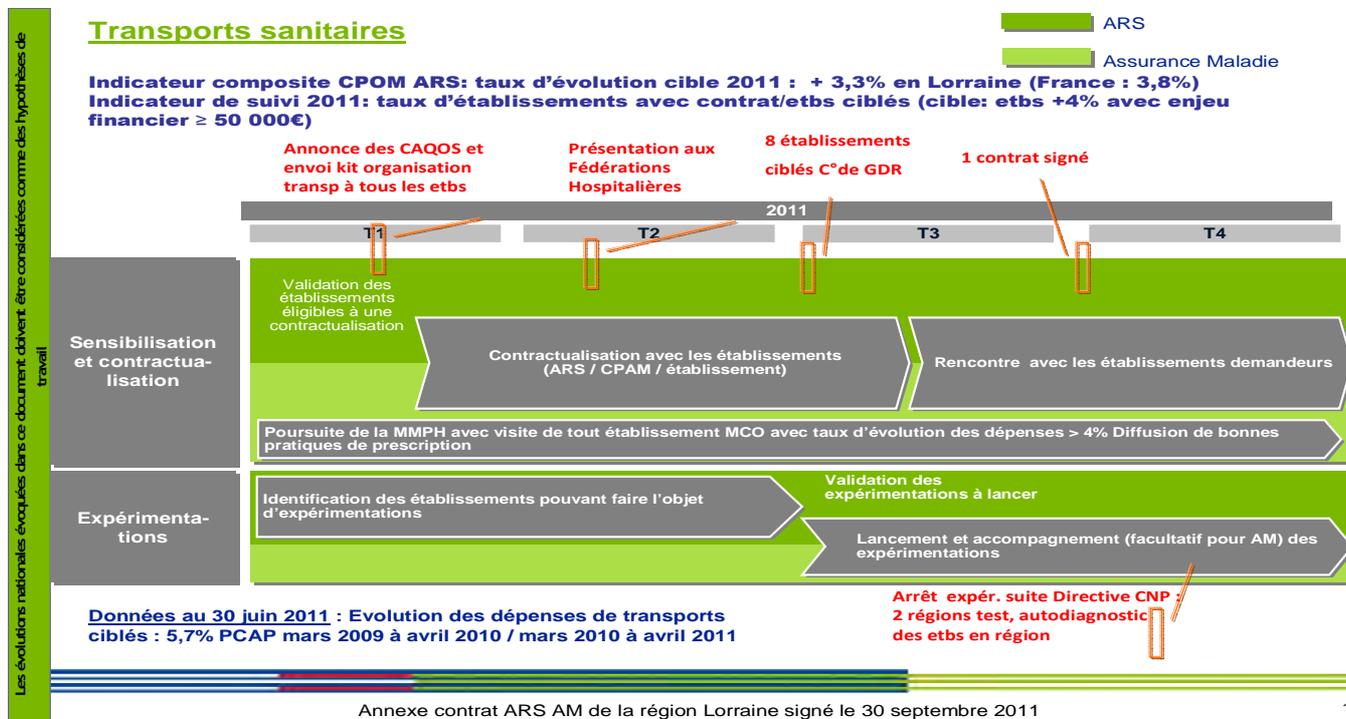
	LORRAINE			France		
	2009	2010	%	2009	2010	%
	42 854 888	45 692 936	6,6%	929 804 928	1 006 841 642	8,3%

Personnes âgées : évolution des montants remboursés entre 2009 et 2010 par grandes catégories, tous modes de transports confondus, pour les patients ayant plus de 70 ans (Régime Général seul + SLM)

	LORRAINE			France		
	2009	2010	%	2009	2010	%
	20 730 525	22 504 078	8,6%	434 287 052	478 518 099	10,2%

### 3. Calendrier et suivi de l'avancement des travaux :

Pour 2011, les données essentielles sont reprises page suivante.



### 4. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital ».

Pour 2011, l'objectif est **+ 3,3% en région** contre **+ 4% en France**.

Les indicateurs de suivi sont mentionnés dans le tableau récapitulatif de la page suivante.

## Calendrier et suivi de l'avancement des actions 2011 : Maîtriser les dépenses de transports sanitaires

**Objectif : contractualisation ARS avec les hôpitaux et expérimentation de plate-forme de transports sanitaires . Objectif d'économies : 90 M€**

**Chefs projets : Assurance Maladie :** Dr Michel ORDENER -

**ARS :** Véronique FERRAND

Réalisé

**Personnes ressources :** ARS : Michèle HERIAT (planification entreprises de transports sanitaires ARS)

Vigilance

A faire

Indicateur de suivi de l'action : nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l' ARS / nombre d'établissements ciblés

Indicateur composite : Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital = 3,3% en 2011

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR ( fiche actions)	Nature des interventions	Intervenant	Intervenant	Etat	Calendrier	
				ARS	AM			
1. Transports sanitaires	1. Cibler les établissements atypiques	Effectuer le ciblage des établissements sur prescripteurs sur la base des informations transmises par la CNAMTS	ciblage définitif validé en C° de GDR du 25 mars 2011	X	X	R	Date butoir : 31 mars 2011	
	2. Informer	Organiser une réunion préalable d'informations générale sur le dispositif de contractualisation ( Ets publics)	Préparation de la réunion, diaporama et interventions AM et ARS ( transports et médicaments), logistique		X	Annulé	Courrier du 31 mars 2011	
		Proposer une contractualisation avec des objectifs ciblés	Rédaction des courriers	X		R	30 avril 2011	
		Rencontrer les établissements pour étudier les données de remboursements des prescriptions de transports	Préparer le contenu des visites et plan d'actions , animation		X	R	Fin 2010	
		Rencontre avec les Fédérations Hospitalières	Préparation de la réunion, diaporamas .../...				21 juin 2011	
	3. Contractualiser	Dénoncer les contrats (ex AIL) Contractualiser avec les établissements ciblés	Préparer le contenu des contrats contrat tripartite AM/ARS/ETS	X	X		Date butoir : 31 juillet 2011	
	4. Accompagner	Assurer les visites MMPH	En prévision de la signature des contrats pour les établissements forts prescripteurs		X		3 et 4 trimestre 2011	
	5 Lancer l'expérimentation des centres de régulation	Rencontre avec le CHU de Nancy	Réorganiser le transport	X	X	R	14 avril 2011	
		Elaboration d'une base régionale de transporteurs	Fourniture entreprises de transports conventionnées avec Assurance Maladie		X		R	
		Adresser questionnaire sur organisation interne transports	Autodiagnostic	X				2 <sup>ème</sup> semestre 2011
6. Respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL.	A chaque autorisation	Elaboration base régionale partagée avec DT	X			Toute l'année		
7. Suivre l'évolution de la situation	Suivre les contrats et les dépenses de transports « toutes »	Tableau CNAMTS et profils établissements)	X	X		Toute l'année		

## **3.2 2. Le programme Prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique**

Ce programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement Dialyse Péritonéale et (3) le développement de la greffe rénale.

### **1. Exposé des motifs <sup>6</sup>**

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale\* et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France : 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de FranceOCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008 ; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque ; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en France). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

### **Les objectifs du programme sont**

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS
- L'analyse et la levée des freins organisationnels eu développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale
- Le développement de la greffe rénale

---

<sup>6</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

## 2. Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse régionale)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une altération de la fonction des reins définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire. Elle est secondaire à une maladie rénale. A son stade terminal, l'IRC nécessite la mise en œuvre d'un traitement de suppléance pour assurer la survie du patient. La suppléance peut se faire soit par greffe rénale soit par traitement d'épuration extra-rénale dont les principales techniques sont l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. La greffe peut également être envisagée avant le passage au stade terminal de l'IRC, il s'agit alors de greffe préemptive.

L'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra-rénale est une activité de soins soumise à autorisation. Elle est exercée selon 4 modalités :

- 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. L'offre des soins en Lorraine

#### 1) Les structures de soins

En région Lorraine, l'activité d'hémodialyse en centre est assurée par 9 établissements de santé.

54 : Meurthe et Moselle	55 : Meuse	57 : Moselle	88 : Vosges
CHU de Nancy <i>Brabois enfants</i> <i>Brabois adultes</i>	Centre hospitalier Verdun	CHR de Metz-Thionville - <i>Hôpital Bonsecours, Metz</i> - <i>Hôpital Bel Air, Thionville</i>	Polyclinique Ligne Bleue, Epinal
Polyclinique de Gentilly - , Nancy		Hôpitaux privés de Metz	
Polyclinique Pasteur – Essey les Nancy		Hôpital de Freyming Merlebach	
Alpha Santé, Mont-Saint-Martin			

#### 2) Répartition des sites alternatifs à la dialyse en centre

		Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse
54	Essey les Nancy	ALTIR*	ALTIR
	Maxéville	ALTIR	ALTIR
	Mont-Saint-Martin	ALTIR*	ALTIR*
	Vandoeuvre les Nancy	ALTIR	
55	Bar le Duc		ALTIR
	Verdun	ALTIR	ALTIR
57	Freyming-Merlebach	ASA	ASA
	Metz	ALTIR et ASA	ALTIR et ASA
	Moulins les Metz	ASA	ASA
	Sarrebourg		ALTIR
	Thionville	ALTIR	ALTIR*
88	Epinal	ALTIR	ALTIR
	Gérardmer, Saint-Dié et Vittel		ALTIR

**Les activités alternatives** sont assurées par 2 associations (ALTIR et ASA) avec des unités autorisées.

Fin 2010, 2 unités de dialyse médicalisée et 2 unités d'autodialyse de l'ALTIR n'étaient pas installées.

Au regard des objectifs d'implantation du volet « Prise en charge de l'IRC » du SROS 3, une autorisation d'unité d'autodialyse sur le territoire de Sarreguemines est encore possible. Par ailleurs, il a été reconnu un besoin exceptionnel d'implantation d'une nouvelle unité de dialyse médicalisée sur le territoire de Bar le Duc pour laquelle ALTIR a déposé une demande d'unité télésurveillée.

### 3) Réseau NEPHROLOR

La région lorraine compte aussi un réseau hospitalier, le réseau NEPHROLOR créée en 2002, auquel adhèrent toutes les structures de dialyse de la région. Afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des patients, Néphrolor a mis en place un outil de coordination entre les spécialistes transplantateurs, néphrologues, les médecins et le malade. Ce système de télémédecine (Transplantelic) est opérationnel en Lorraine depuis fin 2006. Le réseau a également développé deux programmes d'éducation thérapeutique du patient :

- l'un à destination du patient transplanté (éduGreffe),
- l'autre à destination du patient insuffisant rénal chronique (E'dire).

Ce dernier programme mis en place sur l'agglomération nancéienne devrait permettre de ralentir la progression de la maladie rénale chronique, de diminuer ses conséquences en termes de morbi-mortalité en particulier cardiovasculaire et de diminuer le nombre de patients arrivant à la dialyse en urgence. Il a vocation à être développé sur l'ensemble de la Lorraine

### 4) Néphrologues

La Lorraine comptait fin 2010, 41 néphrologues compétents ou qualifiés exerçant dans des services de néphrologie et dialyse (source ADELI). En région Lorraine, la densité en néphrologues (18 par million d'habitants) est inférieure à la moyenne française (22 p/mh) avec une disparité entre les 4 départements. 10 praticiens ont 55 ans ou plus.

Néphrologues en Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Nombre	19	3	17	2	41
Densité	26,2	15,4	16,4	5,3	17,5

## 2. Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont fournies par le registre REIN, Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie. Son objectif général est de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, les caractéristiques de la population traitée, la mortalité et les modalités de traitement au moyen d'un enregistrement exhaustif et continu d'informations sur les patients. Le registre a été créé en 2002 dans 4 régions pilotes dont la Lorraine, puis a concerné 23 régions en 2009.

### 1) Nouveaux patients en 2009

En 2009, 407 lorrains ont débuté un traitement de suppléance par dialyse ou greffe. La majorité d'entre eux étaient traités en Lorraine. A noter que l'augmentation du nombre de nouveaux patients est régulière depuis 2005 avec un taux standardisé de 173,9 par million d'habitant (p/mh).

La région fait partie des régions ayant un taux significativement plus élevé que la moyenne nationale (taux d'incidence national 150 p/mh).

Après un décrochage en 2005, il est relevé une reprise de l'augmentation de l'incidence avec un accroissement annuel de 1,5 %, cette tendance concerne principalement les patients les plus âgés ou avec un diabète. Il existe par ailleurs toujours une grande variabilité des taux d'incidence selon le département du résident. En région, l'incidence varie de 159,8 en Meuse à 186,8 dans les Vosges.

Il existe une nette prédominance masculine et l'âge moyen des patients au début de leur traitement était de 68 ans avec un âge médian de 71 ans en augmentation régulière, ce qui résulte peut être des effets bénéfiques de la prise en charge chez les moins de 65 ans permettant de ralentir la progression de l'IRC.

L'hypertension artérielle et le diabète représentent 35% des causes de néphropathies.

### Parmi les patients débutant leur traitement en Lorraine :

- 48% sont diabétiques (moyenne nationale 41%) alors que le taux de prévalence du diabète traité dans la population générale est de 4,1% en Lorraine pour une moyenne de 3,6 en France. La proportion de patients diabétiques est toujours plus élevée d'année en année,
- 65% ont au moins une maladie cardio-vasculaire associée à leur IRCT (France = 57%),
- 32% ont une obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) (France 20%)
- La lorraine se caractérise par une fréquence plus importante des patients présentant une insuffisance respiratoire (17,8% vs 11,1%).

La greffe préemptive et la dialyse péritonéale représentaient respectivement 4% et 11% des premiers traitements de l'insuffisance rénale terminale chez l'ensemble des patients incidents en Lorraine (3% et 10% au niveau national), la part de la dialyse péritonéale comme premier traitement de suppléance variant de 5% dans la région Midi-Pyrénées à 28% en Alsace et la part de la greffe préemptive variant de 1% en Alsace à 8,5% en Pays de Loire.

### Modalités de premier traitement des patients incidents

Modalité	Centre	UDM	Entraînement	Dialyse Péritonéale
%	83,6	5	1,3	10

A noter que certaines régions, telles que le Limousin ou la Bourgogne utilisaient plus souvent la dialyse péritonéale pour les patients de plus de 75 ans, à l'inverse, d'autres régions, telles que Rhône-Alpes ou l'Auvergne utilisaient plus souvent la dialyse péritonéale chez les patients de moins de 60 ans.

Pour la deuxième année consécutive il est observé une baisse de la part de premières dialyses en urgence (19%) alors que les taux observés depuis 2001 étaient proches voire supérieurs à 50%.

#### **2) Patients pris en charge au 1<sup>er</sup> janvier 2010**

Le nombre de lorrains ayant un traitement de suppléance continue d'augmenter. 2586 lorrains en IRCT étaient recensés, mais comme pour les données d'incidence, il existe certainement une sous estimation du nombre compte tenu d'un défaut de repérage des patients pris en charge dans les pays limitrophes (Belgique-Luxembourg et Allemagne).

Il n'existe pas de différence significative du taux de prévalence brute entre la région lorraine (1104 pmh) et l'ensemble de la France (1094 pmh)

#### **Taux de fuite :**

La Lorraine est la région ayant le plus fort taux de fuite pour la dialyse. Sur 1358 lorrains dialysés au 31 décembre 2009, 150 sont dialysés hors lorraine (11%). Les fuites à l'étranger ne sont probablement pas toutes identifiées. Par contre 27 patients résidant hors région, essentiellement en région Champagne-Ardenne, sont dialysés en Lorraine.

Sur les 1228 patients porteurs d'un greffon rénal fonctionnel, 10% sont suivis en dehors de la région Lorraine et une part identique de patients non lorrain fait l'objet d'un suivi par un centre lorrain.

#### **Evolution du poids de la patientèle en région :**

Il existe une augmentation régulière du nombre de patients dialysés en Lorraine qui est passé de 1023 en 2001 à 1235 en 2009 avec une augmentation régulière pour la classe d'âge 85-95 ans et en 2009 une augmentation pour les classe 55-65 ans et 65-75 ans qui jusqu'alors étaient relativement stables.

**L'âge moyen est de 60,2 ans avec un âge moyen des patients dialysés supérieur de 15 ans à celui des greffés. Il existe une prédominance masculine (sex ratio H/F = 1.6).** L'âge moyen des dialysés qui a augmenté de 4 ans depuis 2001 semble se stabiliser. Les patients pris en charge sont souvent polyopathologiques avec augmentation de la proportion de patients diabétiques ou porteurs d'au moins une maladie cardio-vasculaire.

Cependant depuis 2 ans la proportion de patients ayant 4 comorbidités ou plus semble diminuer, phénomène méritant d'être étudié avant de conclure à un éventuel changement de pratique.

### Caractéristiques socio- démographiques et cliniques des patients traités en Lorraine

Modalité	Effectif	Sex ratio	Age moyen	diabétiques	Maladies cardio-vasculaires
Dialyse	1 235	1.46	67.9	40,1%	58,9%
Greffe	1 233	166	52.5	7,3%	29,1%

### Modalités de traitement par dialysés des patients pris en charge en Lorraine

Modalité	Centre	UDM	entraînement	autodialyse	HD à domicile	DP
%	60,2	19,2	2,2	9,5	0,9	8,0

Depuis 2005 la part de patients dialysés en centre reste stable autour de 60%, alors que l'on observe une augmentation importante de la part d'UDM et une diminution de la dialyse péritonéale. Après une diminution jusqu'en 2007, le nombre de patients autodialysés augmente à nouveau, cette évolution est peut être à rattacher à la possibilité de prise en charge en autodialyse assistée pour des personnes n'étant pas complètement autonomes pour la dialyse.

### Evolution de la répartition entre les modalités de traitement des patients dialysés en Lorraine

Modalité	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nb	%								
Centre	658	60,5	671	60,3	672	58,5	726	61,7	743	60,2
DM	166	15,3	186	16,7	220	19,1	214	18,2	237	19,2
Entraînement	25	2,3	20	1,8	24	2,1	21	1,8	27	2,2
Autodialyse	99	9,1	93	8,4	90	7,8	105	8,9	117	9,5
Hémodialyse à Dom	25	2,3	26	2,1	17	1,5	12	1,0	11	0,9
Dialyse péritonéale	115	10,6	120	10,8	126	11,0	99	8,4	99	8,0

En France, le taux de dialyse péritonéale est en moyenne de 7,2%. Il varie de 2% à 18,8%.

### **3. Activité de prélèvement et de greffe**

Comme pour l'ensemble de la France, il est relevé que dans la région, l'activité de prélèvement et de greffe a augmenté régulièrement jusqu'en 2008. En 2009, est observé un recul du nombre de recensement de sujets en état de mort encéphalique et du nombre de prélèvement. Le taux d'opposition au prélèvement est toujours élevé dans la région (60,6%). Si 5 sites sont autorisés au prélèvement d'organes (Nancy, Metz, Verdun Sarreguemines et Forbach), les prélèvements ont essentiellement lieu sur Nancy (36/41).

2 prélèvements ont également été effectués à Nancy sur donneurs décédés après arrêt cardiaque.

L'activité de greffe rénale, après avoir atteint un pic en 2007 avec 106 greffes, est en nette diminution en 2008 et 2009 avec 88 greffes chaque année.

La région Lorraine est une des régions où le taux de greffe de rein à partir de donneur vivant est le plus important (18 greffes en 2008 et 19 en 2009). Pour 2010, la tendance est à la diminution du nombre de greffe avec en particulier des refus de greffon non pas en raison d'un manque de greffon mais d'un manque de disponibilité de médecins transplantateurs sur la région.

## 4. Conclusion

L'analyse des causes d'insuffisance rénale chronique terminale montre l'enjeu en termes de prévention des actions à mener sur les professionnels et les patients en ce qui concerne le diabète et les maladies cardiovasculaires. Les écarts constatés en termes d'incidence selon les départements peuvent évoquer des disparités dans l'accès au soin. La comparaison des répartitions des modes de prise en charge avec les autres régions françaises indique un bon positionnement global de la Lorraine pour la dialyse médicalisée et des potentiels de développement pour la dialyse péritonéale.

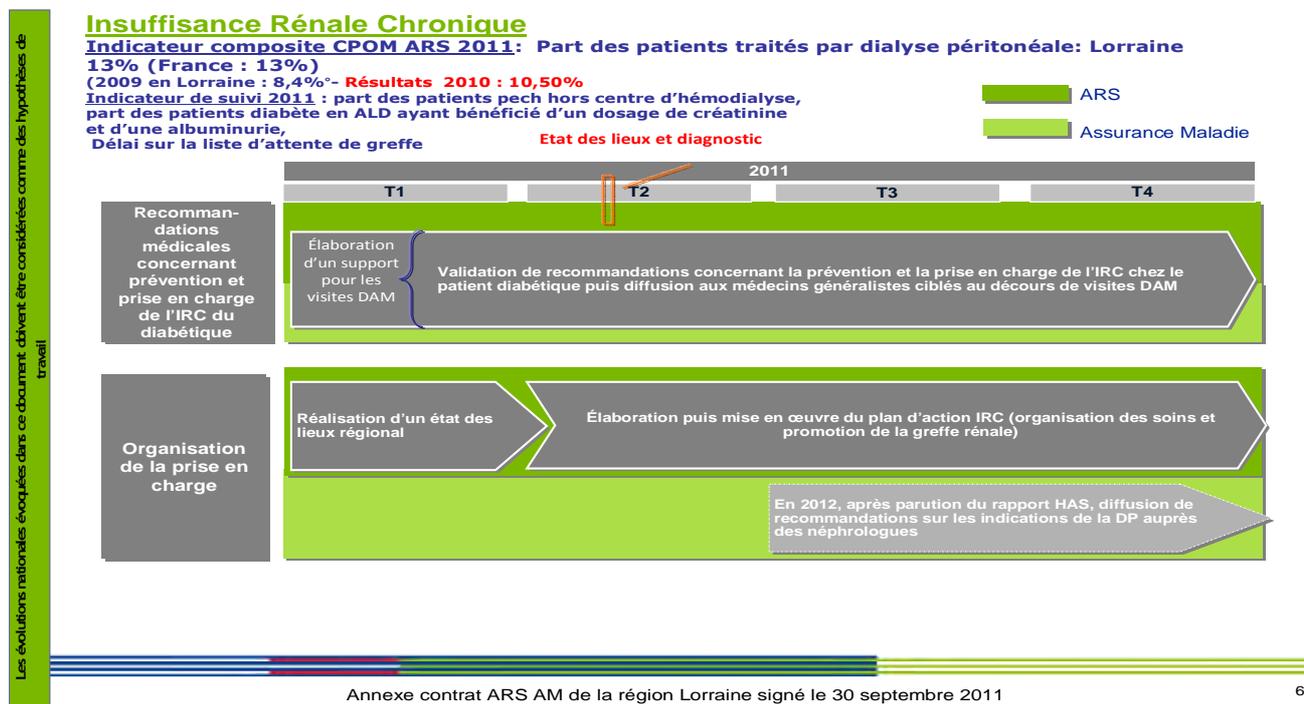
Cependant il existe au sein de la région des problèmes d'accessibilité à toutes les modalités de traitement par dialyse en particulier sur le nord de la région et des interrogations sur le devenir des patients suivis à l'étranger et en particulier leur possibilité d'accès à toutes les modalités de traitement y compris la greffe.

Il existe une densité de néphrologues plus faible que la moyenne française associée à une répartition inégale des professionnels entraînant des difficultés de fonctionnement pour certaines structures et augmentant les délais pour une consultation de néphrologie.

Il sera nécessaire de renforcer des équipes de prélèvement et de greffe pour que la région puisse conserver une accessibilité suffisante à la greffe rénale.

La région bénéficie d'un réseau NEPHROLOR actif dans différents domaines tels : la coordination et la formation des acteurs hospitaliers, le recueil d'information au travers de REIN, l'utilisation d'outil de télémédecine (Transplantélic pour le suivi des greffés), les activités de dépistage et d'éducation thérapeutique (EDIRE, Edugreffe)

## 3. Calendrier et suivi de l'avancement 2011



## 4. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS. L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».

Les indicateurs de suivi sont mentionnés dans le tableau récapitulatif de la page suivante. Le plan d'action ARS/Assurance Maladie et sa progression

## Calendrier et suivi de l'avancement 2011 : l'insuffisance rénale chronique

<b>Objectifs : Dépistage de l'IRC, Développement de la dialyse péritonéale, Développement des greffes</b>					<b>Objectif d'économies 2011 : 100 M€</b>		
<b>Chefs projets : ARS : Dr Alain COUVAL</b>		<b>Assurance Maladie : Dr Dominique FRANCOIS</b>		<b>Réalisé</b>			
<b>Personnes ressources : Groupe experts et Groupe SROS</b>		<b>Vigilance</b>		<b>A faire</b>			
<u>Indicateur de suivi de l'action</u> : Nombre de patients pris en charge en dehors des centres d'hémodialyse/ nombre total dialysés – Nombre de patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie/ nombre de patients en ALD diabète – Délai moyen entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe( somme des délais écoulés entre l'inscription sur liste d'attente et la greffe rénale/ nombre total de patients greffés)		<u>Indicateur composite</u> : Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés (indicateur déjà identifié dans le CPOM)					
Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR ( fiche actions)	Nature des interventions	Intervenant	Intervenant	Etat	Calendrier
				ARS	AM		
<b>2. IRC</b>	1. Identifier les pratiques régionales	Réaliser un état des lieux de la prise en charge en IRC( concertation avec les néphrologues). A l'aide des données épidémiologiques REIN, identifier la pratique régionale et la pratique des établissements, notamment en termes de case mix sur l'IRCT greffe/dialyse à domicile/hémodialyse en centre	Etat des lieux et diagnostic partagé en région	X	X	R	Fin mars 2011
		Elaborer une note de synthèse présentant les atouts et les voies possibles d'amélioration	Rédaction et transmission note de synthèse	X		R	15/04/2011
	2. Elaborer un plan d'action régional visant à favoriser la prise en charge la plus efficiente (greffe ou dialyse à domicile)	Définir un plan d'action « IRCT » visant à promouvoir l'organisation des soins la plus efficiente en matière de prise en charge compte tenu de l'organisation régionale	LE SROS doit s'appuyer sur l'état des lieux réalisé dans le cadre de la GDR	X			
	3. Diffuser et accompagner les acteurs du soin et les assurés sur cette thématique	Dans l'attente de la validation des recommandations de HAS (néphrologues) : - les recommandations scientifiques en termes de stratégie de dépistage. - les données épidémiologiques disponibles (REIN), notamment en termes de greffe ; - l'information sur le don d'organes via les médecins généralistes	Sensibiliser les généralistes sur la prévention de l' IRC chez le sujet diabétique	X	pour les établissements de santé	X	Médecins libéraux et assurés

### 3.2.3 Le programme Liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de (1) favoriser un usage efficient des dispositifs concernés et (2) prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'INCA et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

#### 1 Rappel des objectifs du programme<sup>9</sup>

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé –spécialités pharmaceutiques, produits et prestations – financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments. En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie. Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), propose des modalités de mise en France du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en place en France en 2009, il comporte une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

Cette régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

Elle repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions. La mise en œuvre de l'article L.162-22-7-2 s'effectue selon le schéma suivant :

#### Les objectifs du programme sont

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

<sup>9</sup> Instruction relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de la liste en sus du 12.11.2010

## 2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

L'analyse des dépenses des produits facturés en sus des GHS pour les 6 premiers mois de l'année 2010 montrait que 13 établissements avaient une évolution de leurs dépenses supérieure à 8%.

A noter que 10% des établissements de la région représentent 20% de la dépense de médicaments et de DMI en sus pour la région. Six établissements (minimum) pour la Lorraine sont à cibler pour un contrôle des prescriptions de ces produits en regard aux Référentiels de Bon usage (RBU).

Compte tenu de l'évolution en dépenses de produits en sus (médicaments + DMI), et de l'utilisation des molécules ciblées dans les régions, huit établissements ont été contrôlés début 2011.

Les produits traceurs ciblés pour la Lorraine par l'OMEDIT à partir des consommations régionales (comparativement aux autres régions) pour contrôle des prescriptions sur site et sur pièces étaient : MABTHERA – rituximab, AVASTIN - bevacizumab, HERCEPTIN - trastuzumab, TAXOTERE – docétaxel, ALIMTA – pémétrexed, TYSABRI – natalizumab.

Les outils nécessaires à la sélection puis au contrôle ont été réalisés par l'OMEDIT (Méthodologie, Grilles de recueil adaptées à chaque molécule, Référentiels de bon usage en vigueur remaniés pour en faciliter l'assimilation par les médecins contrôleurs, etc). A la suite des contrôles des 7 établissements ciblés définitivement, une première analyse des dossiers montrait :

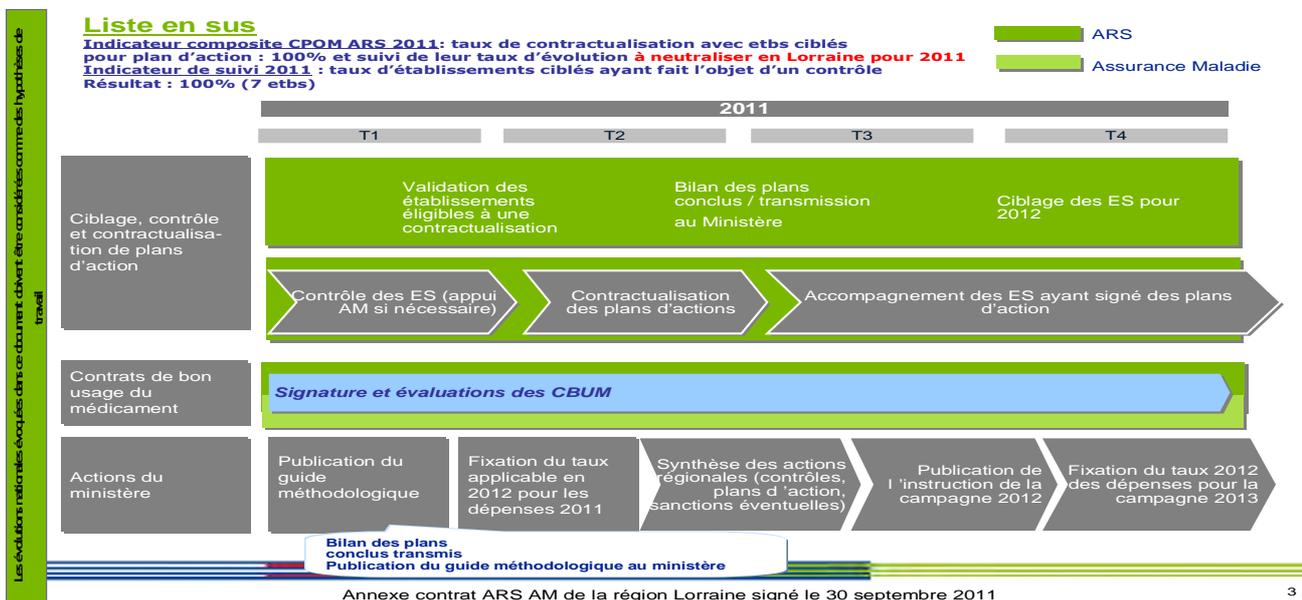
- une « situation non acceptable » au regard des référentiels de Bon Usage qui pouvait faire l'objet d'une récupération d'indus,
- un certain nombre de situations classées « hors référentiels » ou en « Insuffisance de données » sans justification écrite dans le dossier,
- et enfin certains dossiers pour lesquels l'analyse nécessitait un avis d'experts et devait être soumis à la commission spécialisée des anticancéreux.

### Conclusion au 10 juin 2011 (CTR)

Pour ces mêmes situations HR, dans la majorité des cas, aucun argument n'a été retrouvé dans le dossier patient contrairement à ce qui est prévu dans les CBUMPP.

Compte tenu du fait que des avenants au CBU sont signés en juin, des mesures correctives y sont incluses, avec évaluation lors d'un prochain contrôle. Aucun plan d'actions n'a été souhaité pour ces établissements qui ne répondaient pas aux critères nationaux le justifiant. Néanmoins, des objectifs ont été ajoutés dans les avenants aux contrats de bon usage du médicament.

### Calendrier et suivi de l'avancement :



**Calendrier et suivi de l'avancement 2011 : Liste en sus**

Objectifs : Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements ciblés				Objectif d'économies 2011 : 90 M€				
Chefs projets : ARS : Dr Christel PIERRAT (Pharmacienne) Assurance Maladie : Dr Claudine DIF (Pharmacien Conseil)				Vigilance	Réalisé			
Personnes ressources : OMEDIT pharmaciens et médecins contrôleurs				Vigilance	A faire			
<u>Indicateur de suivi de l'action</u> : Nombre d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle / nombre d'établissements ciblés par l' ARS			<u>Indicateur composite</u> : Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation					
Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR (fiche actions)	Nature des interventions	Intervenant	Intervenant	Etat	Calendrier	
				ARS	AM			
<b>3. Liste en sus</b>	1. Evaluer l'impact des actions 2009	Etablir le bilan régional via le tableau de bord	Présenter à l'OMEDIT et transmis au Ministère avec argumentaires.	X		R	Décembre 2010	
		Identifier les établissements gros prescripteurs ayant dépassé 10% en 2009 ;	Présenter le travail fait par l' OMEDIT :pré ciblage, 10% Des Etablissements représentant au minimum 20% des dépenses	X	X	R	Décembre 2010	
		Mettre en place un mode opératoire de contrôle défini dans le guide méthodologique : ciblage des éta, préparer le contrôle, contrôler :vérifier l'application des recommandations de bon usage par audit dossier patient	Définition des paramètres de sélection, Ciblage, courriers, Préparation du contrôle (fiche contrôle) ; Désignation des médecins contrôleur AM et ARS et échéances, analyse, contrôle sur sites et sur pièces	X	X	R	1 <sup>er</sup> trimestre 2011	
	29 Cibler les établissements atypiques ../.. selon les nouveaux critères	Effectuer un rapport de contrôle : phase contradictoire et synthèse des conclusions	Décision de conclure un plan d'actions ou courrier de mise en garde	x	x			24juin 2011
		Notifier à l'établissement la décision : conclure un plan d'actions sous forme de contrat si l'évolution des dépenses résulte d'une non application des recommandations ;	Rédaction du plan d'actions pour fin juin 2011 (à voir pour indicateurs) ou à adapter à notre région compte tenu de l'absence d'établissements répondant aux critères légitimant un plan d'actions	X	X			30/04/2011 Report au 30/06/2011 CNP du 11 04 2011)
		Assurer un suivi particulier de ces établissements et établir le bilan définitif des actions de ciblage/contrôle conduites et le transmettre au ministère.		X				30-juin-11

### **3.2.4 Le programme Prescriptions hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville**

L'objectif du programme PHMEV est l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

#### **1 Exposé des motifs**<sup>7</sup>

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie. Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A eux seuls, ils représentent 68% de la croissance du poste.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés, (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les anti-agrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les antidiabétiques, 17 % et les anti-asthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des anti-psychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des anti-hypertenseurs.

---

<sup>7</sup> Instruction relative à la relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du XX/XX/2010

## Objectifs

La disparité des données de remboursements d'une classe de médicaments (ou de produits LPP) peut être un bon indicateur de la pertinence de choix du thème d'accompagnement dans les régions à forte consommation.

**Le programme, portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions qui représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions.**

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données
- Favoriser la diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP)

## 2. Etat des lieux régional

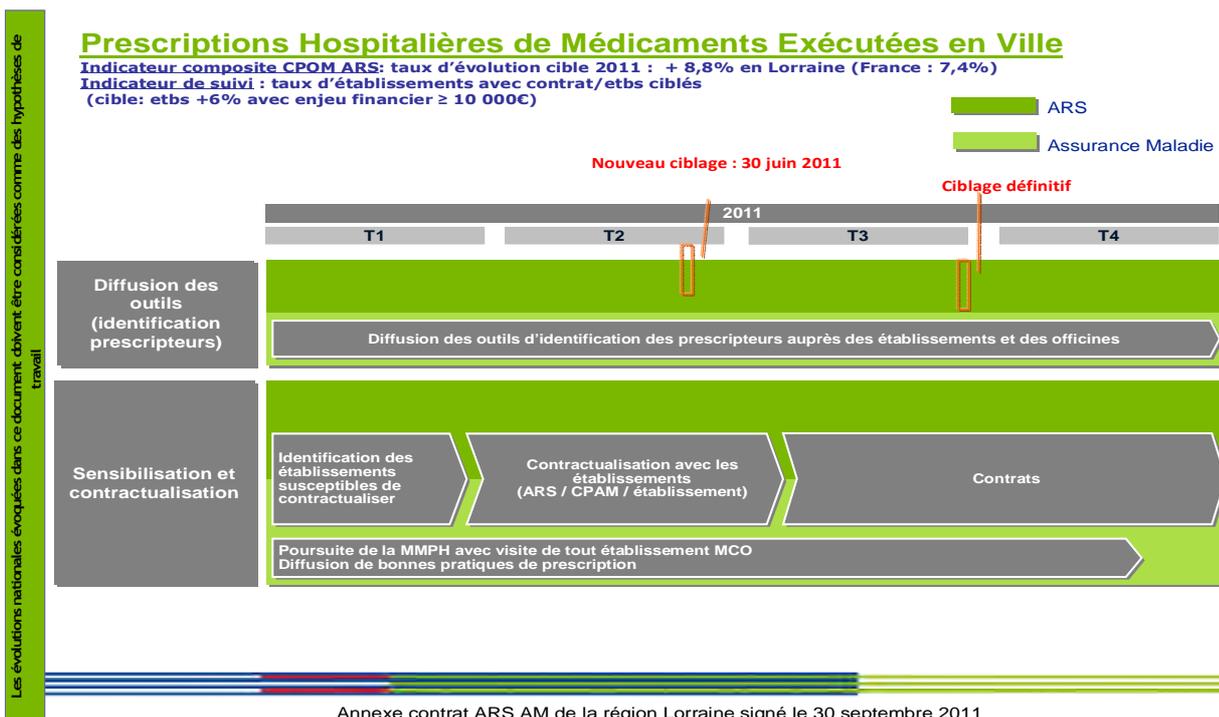
Le Pré ciblage a été effectué et validé en Commission de GDR : les critères de sélection sont :

- une évolution annuelle  $\geq + 6\%$
- et un enjeu financier  $\geq 10\,000\text{€}$ .

L'identification définitive des établissements susceptibles de faire l'objet d'une contractualisation est en cours.

## 3. Calendrier et suivi de l'avancement : voir page suivante

Situation 1er semestre 2011 : voir page suivante



**Calendrier et suivi de l'avancement 2011 : Prescriptions médicamenteuses exécutées en ville**

<b>Objectifs : Maîtrise des volumes de médicaments prescrits par les médecins salariés et délivrés par les officines de ville au travers une contractualisation avec les établissements ciblés</b>							
<b>Objectif d'économies 2011 : 60 M€</b>							
<b>Chefs projets : ARS : Dr Christel PIERRAT (Pharmacienne) Assurance Maladie : Dr Jean-Luc SIMONIN (Médecin Conseil)</b>					Réalisé		
<b>Personnes ressources : Virginie CHOPARD (ARS) Véronique FERRAND (ARS)</b>					Vigilance	A faire	
<u>Indicateur de suivi de l'action</u> : nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l' ARS / nombre d'établissements ciblés par l' ARS			<u>Indicateur composite</u> : Taux d'évolution des dépenses PHMEV				
Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR ( fiche actions)	Nature des interventions	Intervenant	Intervenant	Etat	Calendrier
				ARS	AM		
<b>4. Prescriptions médicamenteuses exécutées en ville</b>	Informer les établissements	Effectuer le ciblage des établissements sur prescripteurs (informations transmises par la CNAMTS)	Pré -Ciblage	X	X	R	Commission de GDR de mars 2011
	Contractualiser avec les établissements	Organiser une réunion préalable d'informations générale sur le dispositif de contractualisation ( Ets publics)	Préparation de la réunion, diaporama et interventions AM et ARS (transports et médicaments), logistique	X			24 juin 2011 Fédérations Hospitalières
		Proposer des établissements à la contractualisation	Ciblage définitif et courriers d'annonce	X	X		24 juin 2011
	Accompagner les établissements	Rencontrer les directions des etBs et pharmaciens pour étudier les remboursements des prescriptions de médicaments et négocier les objectifs cibles du contrat	Préparer le contenu des visites et animation	X	X		A près le 24 juin 2011
		Signature contrats avec objectifs	Préparer profils et annexe contrat	X	X		Reporté au 2 <sup>ème</sup> semestre
		Assurer les visites MMPH	Signature des contrats		X		2 <sup>ème</sup> semestre 2011
	Suivre l'évolution des dépenses	Suivre l'évolution des données en lien avec l'Assurance Maladie	Tableau CNAMTS et profils établissements ( point en CTR et CRGDR )	X	X		Toute l'année

## **3.2.5 Le programme Imagerie médicale**

### **1 Exposé des motifs** <sup>8</sup>

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance maladie et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé et est l'un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

#### **Rappel des objectifs du programme**

#### **Axe 1 : favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.**

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, **afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS définissent les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.**

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de radiographie sur des appareils plus efficaces pour ces indications. Les IRM plus efficaces sont des IRM, qui pour des topographies d'examen données (ostéoarticulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications ostéoarticulaires et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région

**Axe 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants** par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- **déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,**
- **informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;**

---

<sup>8</sup> Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés seront effectuées en concertation entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

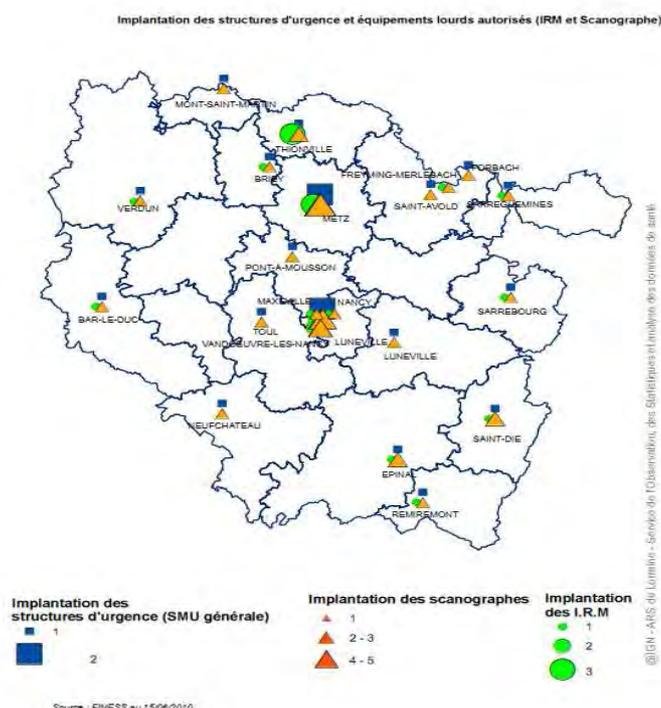
## 2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

En Lorraine, le chef projet GDR « Imagerie Médicale » est en appui médical du volet SROS-PRS « Imagerie et Télémédecine ». Ce dernier axe qui consiste à développer une permanence des soins en Téléradiologie, impulsé dès 2008 par le Directeur Général de l'ARS, répond au problème de l'interprétation des images. En effet, partant du constat d'une démographie médicale en radiologie déficitaire, le projet lorrain de téléradiologie a été initié avec l'ensemble des professionnels, sur la base d'un partenariat public-privé. L'objectif est d'assurer la continuité d'interprétation des images acquises en tous points du territoire pour les situations d'urgence rencontrées dans le cadre de la permanence des soins, en appui des équipes assurant actuellement cette prise en charge, et en améliorant les conditions générales d'exercice des professionnels.

Cette action est totalement en lien avec cette priorité GDR d'accès aux soins, dans un cadre d'efficience du parc « imagerie ». A noter que le projet de l'ARS Lorraine est retenu par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) dans le cadre de son volet 2 de l'appel à projets de Télémédecine.

Une étude sur l'accessibilité aux soins démontre dans le SROS 3 que la répartition géographique des EML permet une couverture satisfaisante en termes d'offre (# délais d'accès). Les IRM jugées urgentes sont réalisées de suite sur tous les sites. Et tous les services d'urgences ont accès à l'IRM H 24 notamment pour la gestion des AVC thrombotiques, soit in situ, soit sur transfert court.

### Les implantations en région Lorraine : structures d'urgences et équipements lourds autorisés (IRM et scanographie) :



Le renouvellement régulier des matériels a permis une rénovation du parc des scanners lorrains avec des performances d'acquisition accrues (quasi disparition des 1-2-8 barrettes) ;

La plupart des IRM installées en Lorraine ont un aimant de 1,5 Tesla, configuration adaptée à une grande majorité d'indications cliniques, cependant certaines IRM à champ ouvert ou à bas champ pourraient permettre – à moindre coût d'installation- la réalisation d'IRM plus spécifiques (obstétrique –mère/enfant) ou en grand nombre afin de réduire la file d'attente (indications ostéo-articulaires par ex). Il n'existe pas d'IRM 3 Teslas dans la région pour permettre le développement des activités de recherche, en neuro-vasculaire, ou la réalisation d'exams fonctionnels pour des pathologies comme la maladie d'Alzheimer

#### **Les délais recensés dans le cadre du SROS 3 démontraient :**

- 2 à 55 jours pour les patients hospitalisés
- 8 à 75 jours pour les ambulants (déclaratif « état des lieux »)

Certaines études classaient la Lorraine avant-dernière en matière de délais mais le chef projet demandait déjà de moduler ce propos pour les urgences qui elles, sont prises en charge en temps réel.

#### **Des délais d'accès trop longs pour les scintigraphies à visée cardiaque et osseuse**

Les urgences pulmonaires emboliques sont prises en charge en temps réel, sauf les samedis et dimanches sur certains sites où la scintigraphie est remplacée par le scanner (de moins bonne sensibilité 85 % contre 98 % selon certaines études)

Ces délais empêchent la diminution prévue au SROS III des examens irradiants et perpétuent le recours non médicalement justifié à ces derniers

Une des solutions citée réside dans l'augmentation programmée du nombre d'EML

La planification de l'offre en imagerie doit être cohérente avec le développement opérationnel, du plan Alzheimer (IRM fonctionnelles), du plan Cancer (accéder à l'imagerie adéquate – souvent IRM – en 15 jours), de la prise en charge des AVC avec la création des UNV , des urgences (IRM haut champ 3 Teslas au CHU, Accessibilité H24, décision de thrombolyse AVC dans les 3 heures au plus ), de la télé-imagerie => les autorisations d'EML doivent être assujetties obligatoirement d'un équipement de système d'archivage des images et des comptes rendus, d'un système de transmission des images inter-établissements puis aux professionnels prescripteurs libéraux, en utilisant des normes standardisées internationales (PACS/RIS/Normes DICOM, HIE)

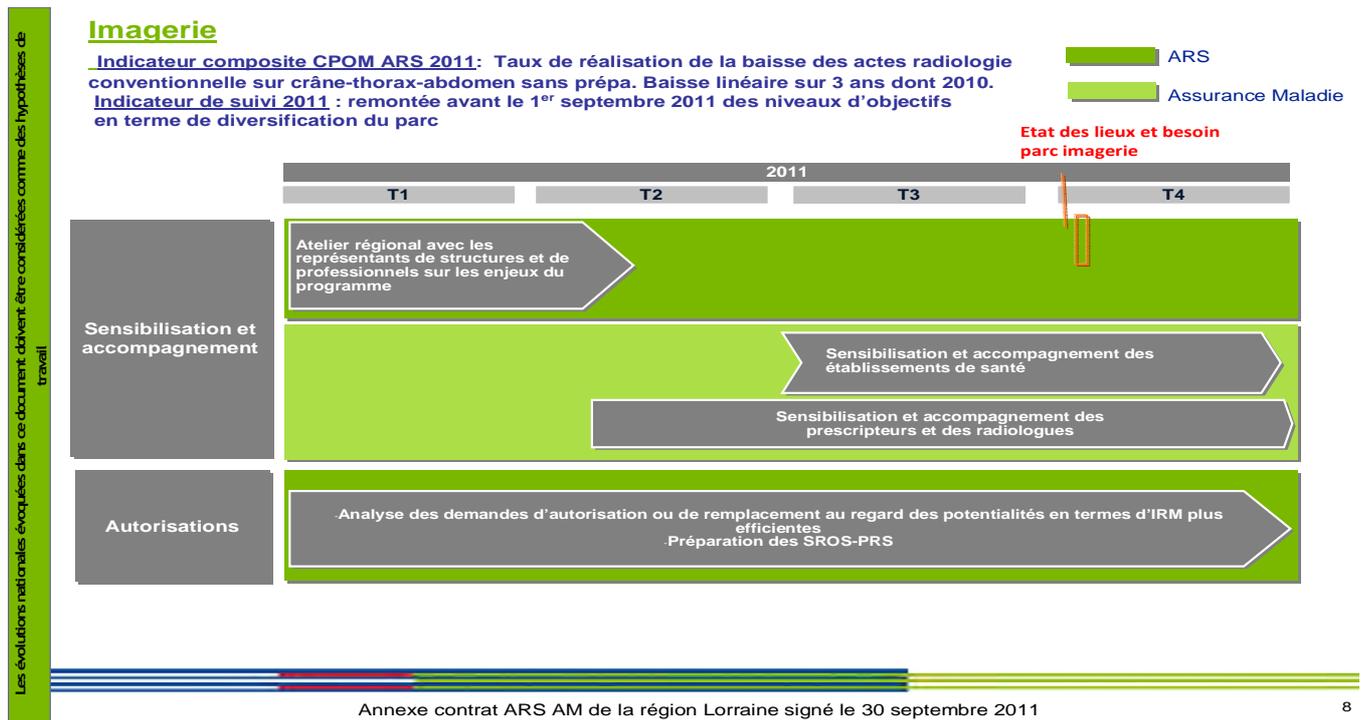
Pour conclure, et parce que les recommandations du SROS 3 restent toujours d'actualité, la pénurie annoncée et effective en MER et la démographie prévisionnelle des radiologues en Lorraine, ainsi que la proximité frontalière, incitent à poursuivre le développement des coopérations sous forme de GIE pour le regroupement des libéraux, sous forme de CGS pour le rapprochement des structures (privé + public, privé + privé, public + public).

Toute nouvelle autorisation d'EML doit s'inscrire dans un projet coopératif avec les structures environnantes, si possible formalisé par des conventions.

Les partenaires doivent pouvoir échanger leurs images, confronter leurs lectures et communiquer leurs résultats, y compris dans les groupes de concertations pluridisciplinaires.

### 3. Calendrier et suivi de l'avancement :

Situation 1<sup>er</sup> semestre 2011 : voir page suivante



### 4. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

Il a été jugé souhaitable au niveau de la région de répertorier les radiologues n'ayant pas accès à l'imagerie en coupe en Lorraine et de développer l'indicateur

Nombre de radiologues publics + privés travaillant sur des EML

Nombre total de radiologues (au besoin par territoire de santé)

## Calendrier et suivi de l'avancement 2011 : Imagerie médicale

**Objectifs : Réguler les dépenses non justifiées et favoriser un développement soutenable des équipements lourds et promouvoir les IRM à bas champs**  
**Objectif d'économies : 100 M€**

**Chefs projets : ARS : Dr Denis MASSON Assurance Maladie : Dr Pascale JEUNEHOMME** Réalisé  
**Personnes ressources : Equipe SROS et experts** A faire Vigilance

Indicateur de suivi de l'action : Remontée avant le 15 juin des niveaux d'objectifs \* en terme de diversification du France inscription de ces objectifs dans le SROS/PRS  
Indicateur composite : Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes ( crâne, abdomen, thorax)

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR ( fiche actions)	Nature des interventions	Etat		Calendrier	
				ARS	AM		
<b>5. Imagerie médicale</b>	1. Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle et identifier les pratiques des établissements	Réaliser une enquête sur le bilan du parc en région	Etat des lieux réalisé.	X		<b>R</b> 31 mai 2011	
		Etablir une évaluation des objectifs de diversification de l'offre des IRM dans le cadre du plan GDR et inscription au SROS	Dans le cadre des travaux SROS	X		Pts d'étapes : 30 juin 30 juillet 25 août <b>Repoussé au 1<sup>er</sup> septembre</b>	
	2- Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants	Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS. Diffuser les référentiels de la HAS et des sociétés savantes.	Accompagnement des médecins libéraux en cabinet de ville( calendrier à prévoir et proposition en CRGDR *)		X		à partir du 3 <sup>ème</sup> trimestre 2011
		Accompagner les praticiens libéraux et les Ets de santé	Accompagnement auprès des établissements de santé publics ciblés services urgences et radiologie (? Ets) (calendrier à prévoir proposition en CRGDR *)	X	X		à partir du 3 <sup>ème</sup> trimestre 2011
	3 – Gestion efficiente des autorisations	Veiller à autoriser les équipements au regard des potentialités en termes d'IRM plus efficientes .	En lien avec le SROS/PRS	X		Toute l'année	

repoussé au 1<sup>er</sup> septembre 2011

### **3.2. 6 Le programme Chirurgie ambulatoire**

Le programme Chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

#### **1 Rappel des objectifs du programme<sup>9</sup>**

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète. Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

#### **Les objectifs du programme au niveau régional sont**

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants qu'avec les structures d'aval.

Cette démarche est appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

#### **2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)**

L'offre de soins est importante mais singulièrement hétérogène selon les départements et les territoires. Le sillon nord/sud est marqué et concentre une part majeure de cette offre.

Dans le cadre de la Loi HPST, la Lorraine a redéfini son découpage en situant ses 4 territoires de santé à l'échelle de chacun de ses départements. L'état des lieux est un extrait du support adressé au Ministère à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2011. Les données suivies depuis le CPOM 2010 ont été enrichies et complétées à partir des chiffres fournis par l'ATIH, PMSI et études internes ARS.

<sup>9</sup> Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010

### Consommation de soins :

le recours populationnel à la chirurgie (hébergement et ambulatoire) présente des atypies :

- National : 79,6
- Lorraine : 82,1

Sur les 26 régions, la Lorraine se classe en 9<sup>ème</sup> position pour le recours à la chirurgie, soit 3 points supérieurs au taux de recours national (79,6) avec un recours à la chirurgie quasi égal à celui des deux régions limitrophes que sont la Champagne –Ardennes et l'Alsace (82,6 et 81,9).

- Taux le + fort : Corse avec 88 ,1
- Taux le + faible : Martinique avec 57,8

NB : si le taux de recours à la chirurgie en Lorraine est supérieur au taux national, la part des séjours en chirurgie ambulatoire est proche de la moyenne nationale.

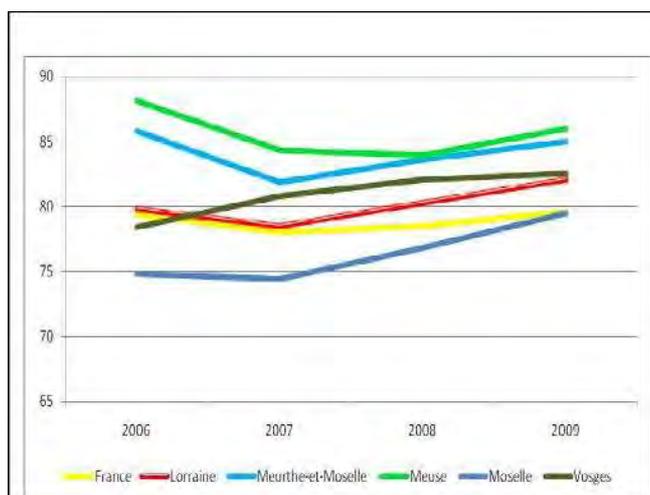
Le taux de recours en chirurgie totale pour 1 000 habitants évolue à la hausse (Lorraine : + 3,6, France : +1,6), avec des disparités dans ce recours à la chirurgie et dans le rythme de progression selon les territoires lorrains entre 2007 et 2009

Zone géographique	2006 (*)		2007		2008		2009	
	Les taux bruts et standardisés							
	brut	Stand.	Brut	stand.	Brut	stand.	Brut	stand.
France	79,4	79,4	78,0	78,0	78,5	78,5	79,6	79,6
Lorraine	79,9	79,8	78,6	78,5	80,3	80,3	82,3	<b>82,1</b>
Meurthe-et-Moselle	84,7	85,8	80,6	81,9	82,3	83,6	83,7	85,0
Meuse	90,3	88,1	86,7	84,3	86,0	83,9	88,2	86,0
Moselle	74,2	74,8	73,7	74,4	76,0	76,8	78,8	79,5
Vosges	81,3	78,4	83,8	80,8	85,2	82,1	85,9	82,5

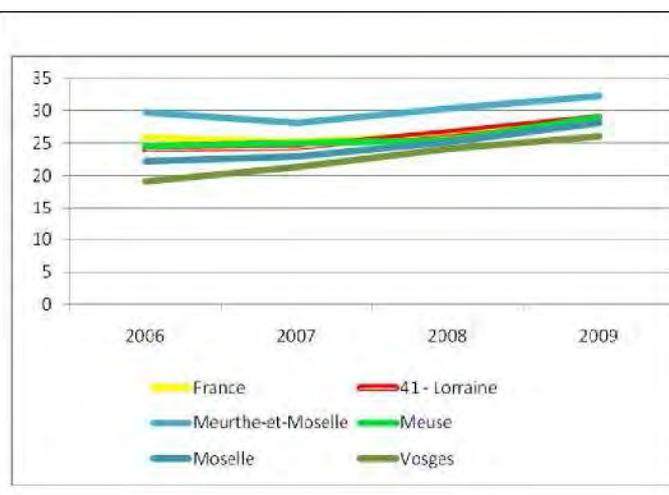
Sur la période 2006-2009, le taux de recours à la chirurgie totale passe de 79,8 à 82,1 pour 1000 habitants, sans corrélation avec celui de la chirurgie ambulatoire qui progresse aussi, mais plus rapidement soit + 5 points (24,2 en 2006 contre 29,1 en 2009). La chirurgie ambulatoire n'est donc pas totalement substitutive de la chirurgie complète qui ne régresse pas lorsque la chirurgie ambulatoire évolue. Ce sont dans les départements où l'offre de soins de chirurgie est la plus importante que la consommation est la plus forte.

### Evolution du taux de recours :

Chirurgie



Chirurgie ambulatoire



Pour le taux de recours à la chirurgie ambulatoire, l'observation est identique à celle relative au recours de la chirurgie totale, avec une consommation légèrement supérieure en Lorraine, par rapport à la France en 2009, alors qu'elle était inférieure à 2007 (-1) Son rythme de progression plus rapide : + 5 (+3 versus France) pour ces trois dernières années lui a permis de rattraper ce léger retard.

Chaque année, c'est en Meurthe et Moselle que le recours à la chirurgie ambulatoire (tous actes et données standardisées) est le plus important : + 4 points par rapport au chiffre national.

Mais la dynamique de progression est supérieure dans les autres départements qui accusaient, depuis plusieurs années pour certains, un net retard par rapport à ce département, exemple les Vosges avec 7 points d'écart en 2007 par rapport à la Meurthe et Moselle. Malgré cette dynamique, les Vosgiens sont toujours en deçà de la consommation nationale et régionale, contrairement aux Meusiens qui affichent en 2009 un des deux meilleurs taux de recours en ambulatoire en Lorraine.

Le recours à la chirurgie ambulatoire varie fortement selon l'âge de la population :

- Plus faible que la moyenne nationale pour :
  - Les 0 à 3 ans : 28,1/39,4
  - Les plus de 75 ans : 64,5/68,2
- Proche de la moyenne nationale pour :
  - Les 4 à 17 ans : 14,5/16
- Plus élevé que la moyenne nationale pour :
  - 18 à 74 ans : 28,6/26,5

### Production de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes :

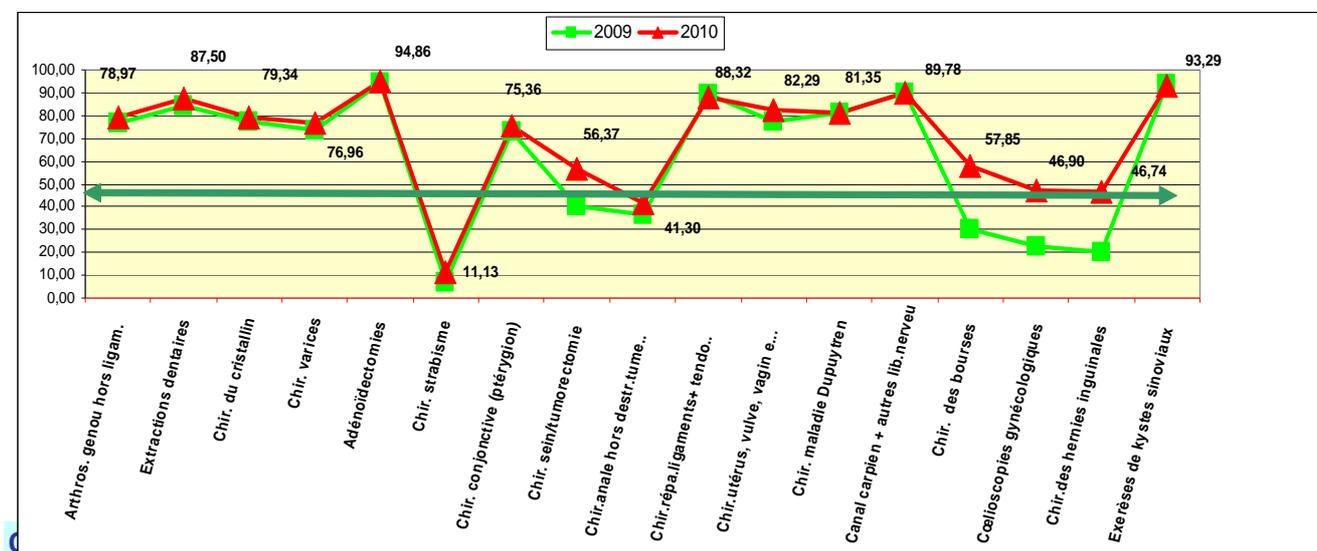
Nettement en retard sur la moyenne nationale et bien loin derrière le CHR de Metz, le CHU de Nancy, à la forte attractivité sur différentes disciplines, fait l'objet d'un accompagnement particulier de la part de l'ARS. Un contrat performance a été récemment signé (ARS/CHU/ANAP).

☞ Selon les données PMS1 2009, la Lorraine obtient des taux significatifs sur :

la chirurgie du cristallin, la chirurgie du canal carpien, les extractions dentaires, les arthroscopies,

☞ A contrario, la part de chacun des autres gestes reste très faible : hernies inguinales, coelioscopies gynécologiques, Chirurgie des bourses et Cœlioscopie gynécologiques.

### Evolution de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs entre 2009-2010 )



### Offre de soins :

Les structures MCO se concentrent sur le sillon lorrain, dans l'axe Nord/Sud avec la surreprésentation au nord de la région, du CHR de Metz Thionville et au sud, du CHU de Nancy dont l'attractivité est forte sur toute la région. Mais ces aires de recrutement (toute chirurgie) se situent essentiellement à l'intérieur de la région. La Champagne Ardenne et la Franche-Comté, deux régions limitrophes sont les deux pourvoyeurs essentiels de patients qui viennent en Lorraine. Néanmoins, les entrées sont nettement inférieures aux sorties, notamment vers l'Alsace, autre région limitrophe.

### La Lorraine accuse un solde négatif de – 4785 séjours.

Départements	Etablissements géographiques	Lits	Places
Meurthe et Moselle	17	1627	132 pour 13 établissements autorisés
Meuse	2	180	22 pour 2 établissements autorisés
Moselle	16	1540	153 pour 16 établissements autorisés
Vosges	5	570	37 pour 3 établissements autorisés
Total	40	3917	44 places pour 34 établissements géo

**Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut être dissocié de la qualité de la prise en charge** (L'indicateur SURVIS() rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.)

Il a été convenu de parfaire le suivi qualitatif de la chirurgie ambulatoire en suivant les marqueurs de qualité : Délai d'envoi du courrier, réunion de concertation pluridisciplinaire, Tenue du dossier anesthésique, Dépistage des troubles nutritionnels, Traçabilité de la douleur ...

Les freins organisationnels semblent être les plus nombreux : inadéquation des locaux et des matériels à la pratique de la chirurgie ambulatoire, manque d'outils de pilotage et de planification des files actives de patients, réticences du patient ou de la famille, réticences sur la qualité de l'intervention de chirurgie ambulatoire perçue comme de moindre technicité, interrogations sur la prise en charge de la douleur et des suites postopératoires, situation d'isolement du patient qui le priverait d'un recours à une aide, l'insuffisante organisation des filières d'aval, nécessaire poursuite de l'organisation de l'aval au travers de conventions de repli entre établissements et coordination entre établissements et structures de maintien à domicile doit être amplifiée afin de garantir au patient une continuité des soins optimale.

Des pistes d'actions avec le groupe d'experts ont été actées dans le support remonté au Ministère le 31 mars 2011.

En effet, l'articulation du thème chirurgie ambulatoire se fait avec le SROS-PRS Chirurgie par la nomination d'un pilote régional commun aux deux axes de travail. A noter qu'un groupe de travail spécialisé sur le thème précis du développement de la chirurgie ambulatoire en région est constitué avec des professionnels intéressés.

Le concept du centre exclusif de chirurgie ambulatoire tel qu'envisagé dans les textes nationaux ne rencontre pas pour l'heure une pleine adhésion des professionnels interrogés qui lui préféreraient un focus sur les centres déjà existants, en particulier le CHU de Nancy qui focalise aujourd'hui les attentions de l'ARS Lorraine.

### **Une étude particulière sur la prévalence de la chirurgie du canal carpien en Lorraine**

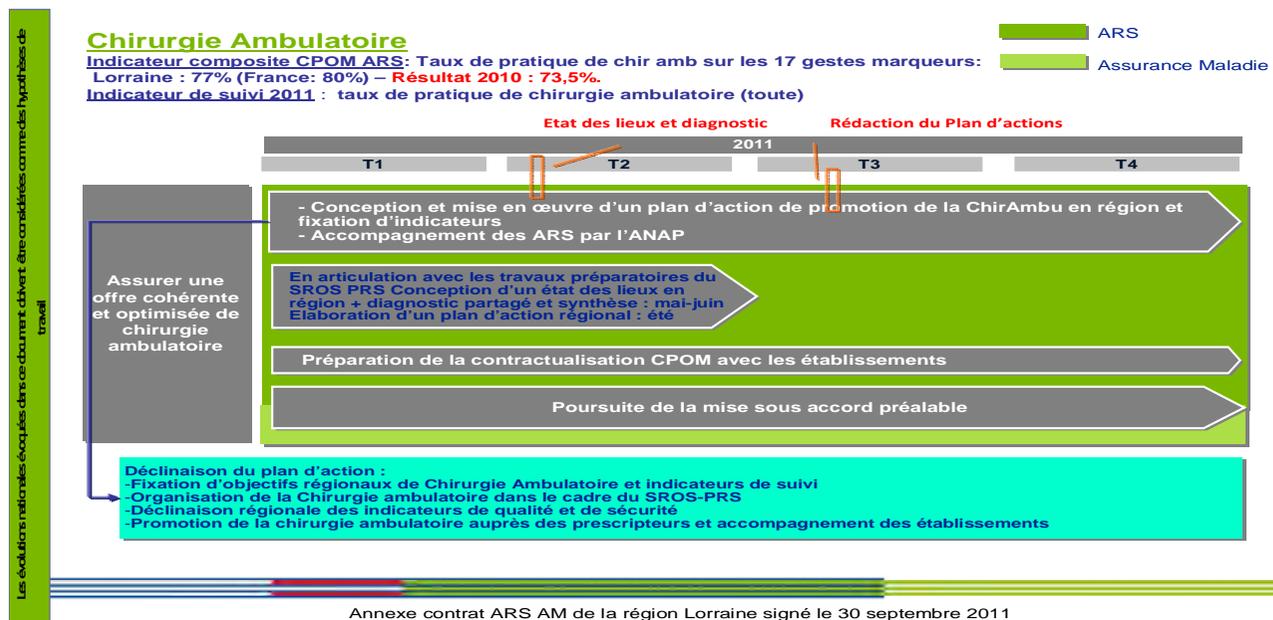
Parce que le recours populationnel à la chirurgie (hospitalisation et ambulatoire) est supérieure de + 5% à la moyenne nationale, (données standardisées sur l'âge), et que la Lorraine se situe parmi les dix plus gros producteurs d'actes de chirurgie pour 6 actes, avec un excès de plus de 10% (taux d'actes/ 100 000 habitants) comparé à la moyenne nationale :

- + 40 % pour l'anévrisme de l'aorte abdominale, (3ème place)
- + 30% pour la prothèse du genou (2ème place)
- + 27% pour le canal carpien : (7ème place)
- + 23% pour le pontage coronarien : (6ème place)
- + 15% pour la thyroïdectomie : (10ème place)
- + 15% varices : (8ème place),

L'ARS et l'Assurance Maladie ont recherché les explications à ces atypies. La chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale et les pontages coronaires reflètent la prévalence élevée des affections cardiovasculaires, le plan d'action principal réside à long terme dans la prévention primaire et secondaire. A noter que la seule normalisation (retour au taux moyen national) de la chirurgie du canal carpien qui est aussi l'un des 17 gestes marqueurs ciblés dans l'action de gestion du risque chirurgie ambulatoire, ramènerait la consommation totale chirurgicale de la Lorraine de +1% à -1,5% par rapport à la moyenne nationale. Fort de constat, une action régionale complémentaire de GDR ambitionne de cibler les établissements dans lesquels cette intervention est fréquente pour analyser le dossier patient et détecter éventuellement des atypies.

## 2 Calendrier et suivi de l'avancement 2011 : Développement de la Chirurgie ambulatoire

Objectif : Développement de la chirurgie sur 17 actes marqueurs, développement de centre de chirurgie exclusive.				Objectif d'économies : 50 M€			
Chefs projets : ARS : Patrick MARX Assurance Maladie : Dr Jean Christophe GUARDIOLLE				Réalisé			
Personnes ressources : Equipe GDR SROS et experts				Vigilance		A faire	
Indicateur de suivi de l'action : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire ( toute chirurgie)				Indicateur composite : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire ( 17 gestes marqueurs)			
Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PRGDR ( fiche actions)	Nature des interventions			Etat	Calendrier
				ARS	AM		
7 Chirurgie ambulatoire	1. Développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé et poursuivre la MSAP ( 17 gestes marqueurs)	Bilan MSAP 2010	Etat des lieux réalisé.	X		R	
		Poursuivre la MSAP en 2011	8 établissements pour le 1 <sup>er</sup> semestre 2011	X	X	R	Dernière MSAP effective : 20 juin 2011 Opération close
	-Mettre en place un plan d'action pour promouvoir la chirurgie ambulatoire	Etablir un état des lieux quantitatif et qualitatif selon les dernières directives Et synthèse	Etat des lieux et synthèse réalisés	X		R	31 mars 2011



### **3.2.7 et 8 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescriptions**

#### **1. Exposé des motifs**

En France, les personnes de  $\geq 65$  ans représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

Par ailleurs, ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisations de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds pour renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions (1) **Efficience des EHPAD** et (2) **Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD**.

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

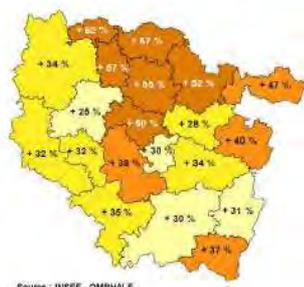
#### **Les objectifs sont :**

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace

Ces actions sont menées par l'ARS qui organise notamment des réunions infra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles en soins avec les EHPAD. Elle mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficience dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

#### **2 . Etat des lieux régional (source extrait état des lieux 2009-2010/DPGDR/GDR 2010) :**

Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus 1999 - 2010

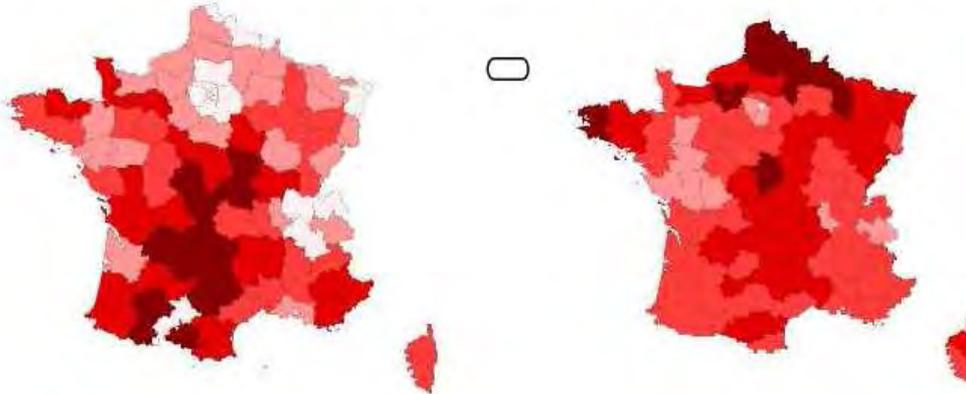
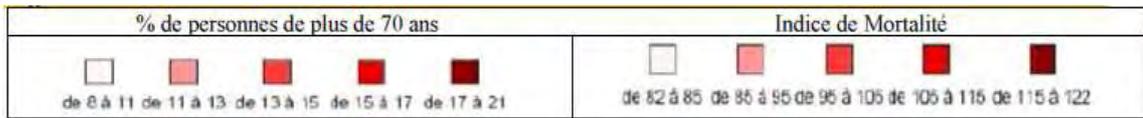


Source : INSEE - OMPHALE

S'il ne fallait retenir qu'un seul indicateur sociodémographique pour caractériser la Lorraine, ce serait certainement celui du vieillissement de sa population, car il conditionne pour partie les besoins de santé des Lorrains pour les années à venir. Ce phénomène sera d'autant plus marquant que la Lorraine a longtemps été une des régions les plus jeunes de France.

Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus 1999 - 2010  
Source : INSEE - OMPHALE

Indicateurs démographiques (Source INSEE-DRASS STATISS 2009)	Meurthe et Moselle-54	Meuse-55	Moselle-57	Vosges-88	Lorraine	France
Indice de vieillissement au 1/01/2007	64,4	71,3	66,4	76,3	67,8	66,8



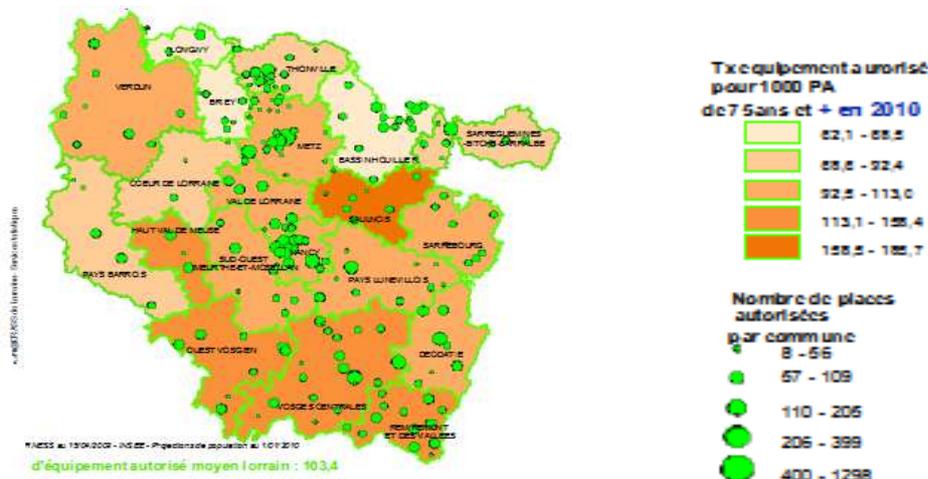
**Répartition des personnes de plus de 65 ans (Régime général et sections locales mutualistes : source RNIAM : au 1<sup>er</sup> janvier 2010)**

[A c/de 65 ans](#)

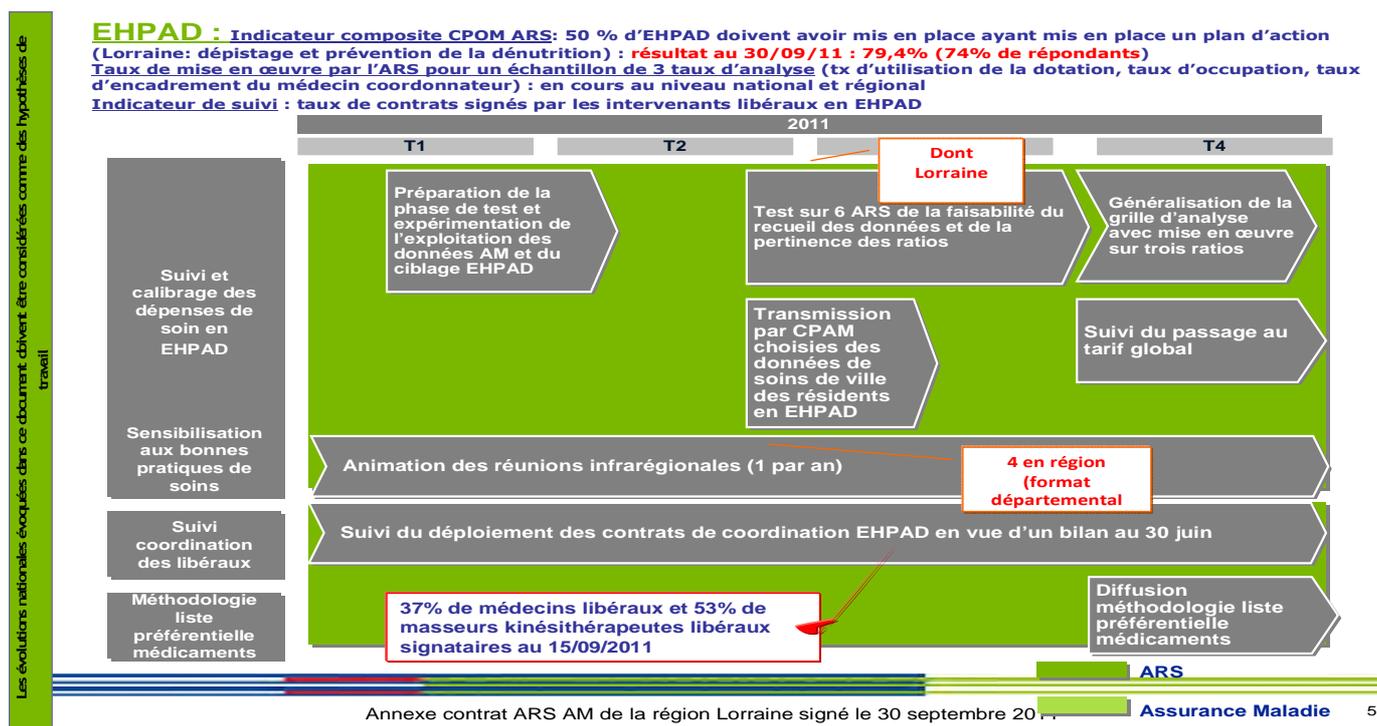
	Hommes						Femmes					
	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 ans et plus	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 ans et plus
Meurthe et Moselle	10 613	10 324	8 597	5 591	2 656	669	12 630	13 452	13 070	10 314	6 818	2 573
Meuse	2 562	2 603	2 079	1 365	698	156	3 061	3 312	3 357	2 692	1 754	676
Moselle	15 647	14 652	11 008	6 229	2 767	691	18 190	18 111	15 971	11 781	7 174	2 625
Vosges	6 093	6 205	4 621	3 079	1 530	474	6 971	8 021	7 750	6 192	4 132	1 713
<b>Lorraine</b>	<b>34 915</b>	<b>33 784</b>	<b>26 305</b>	<b>16 264</b>	<b>7 651</b>	<b>1 990</b>	<b>40 852</b>	<b>42 896</b>	<b>40 148</b>	<b>30 979</b>	<b>19 878</b>	<b>7 587</b>

**Le champ "EHPAD" en Lorraine :** En région, sur les 4 départements lorrains, ce sont dans les départements ruraux des Vosges et de la Meuse, au processus de vieillissement déjà ancien, que les structures sont le plus développées. La dépense d'assurance maladie y est la plus élevée. Les départements de Meurthe et Moselle et Moselle connaissent actuellement ce phénomène de vieillissement, avec des évolutions marquées pour certains de leurs territoires de proximité. 78% des moyens nouveaux (de 2006 à 2009) leur ont été alloués. Mais les délais d'installation des places ainsi financées, supérieurs parfois à 3 ans, retardent la traduction des efforts de rééquilibrage des dépenses effectives.(source : fiche CPOM régionale ARS).

**EHPAD : taux d'équipement par commune**



## Calendrier et suivi de l'avancement 2011 :



## 4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Pour mémoire, ce programme répond à deux enjeux : santé publique et financiers :

**Santé Publique** : Dès la fin 2010, l'action novatrice qui consiste à valoriser et à présenter aux EHPAD les recommandations de bonnes pratiques liées aux soins sur les priorités de GDR : Dénutrition, Alzheimer et benzodiazépines est annoncée aux Conseils Généraux, URPS, Ordres, EHPAD et Assurance Maladie.

Les premières rencontres qui ont vocation à se multiplier, se déroulent, en partenariat avec l'Assurance Maladie, dans un format départemental, au cours du second trimestre 2011.

Les interventions de l'ARS, MOBIQUAL, et l'Assurance Maladie sont complétées de celles d'EHPAD volontaires, invités à présenter les expériences mises en place au sein de leur établissement sur l'un des trois thèmes de santé publique, ou sur un sujet d'actualité tel le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD (avec le sujet des nouveaux contrats des médecins libéraux intervenant en EHPAD).

Sur les 256 EHPAD invités, 73,% d'entre eux assistent aux réunions locales.

Département	Nombre d'EHPAD participants	Nombre d'EHPAD installés	Taux de participation
54 Meurthe et Moselle	48	59	81,4 %
55 Meuse	14	21	66,7 %
57 Moselle	74	110	67,3 %
88 Vosges	52	65	80 %

### Les indicateurs retenus EHPAD pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Prescription : « 50% des EHPAD ciblés doivent avoir mis en œuvre un plan d'actions à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS »
- Pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »

Pour la 1<sup>ère</sup> année, l'indicateur retenu par la Lorraine concerne la mise en place d'un plan d'actions relatif au dépistage de la dénutrition et ce par tous les EHPAD de Lorraine, qu'ils aient ou non assisté aux réunions.

- Le suivi de la montée en charge des contrats des intervenants libéraux au 30 juin 2011 (*décret du 30 décembre 2010 et Arrêté du 30 décembre 2010*)

La prise en charge des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut se caractériser par une multiplicité d'intervenants, ce qui renforce la nécessité d'organiser une coordination entre l'établissement, le médecin coordonnateur de l'EHPAD et les professionnels de santé libéraux choisis par le résident ou son représentant légal. Les engagements prévus dans les contrats sont souvent déjà mis en œuvre par les établissements et les professionnels de santé libéraux. A noter que l'objectif de cette démarche vise à formaliser dans un cadre national ces modalités de coordination afin, d'une part, d'harmoniser les prises en charge des résidents au sein de chaque EHPAD et, d'autre part, d'éviter que les EHPAD n'aient des exigences différentes vis-à-vis des professionnels de santé libéraux en termes de coordination des soins.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011 : 37% de médecins libéraux et 68% de Masseurs Kinésithérapeutes libéraux intervenant en EHPAD ont signé le contrat (données des EHPAD répondants).

### **3.2.9 Le programme Services de Soins et Réadaptation**

#### **1 Exposé des motifs**

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses augmentent de 4,1%.

Sur ce secteur, **les enjeux sont multiples** : il s'agit de (1) Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, (2) Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social), (3) Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

Ce programme poursuit ainsi **plusieurs objectifs** :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM,
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS décline notamment des indicateurs d'efficience des SSR, des indicateurs de suivi des dépenses, déploie l'outil Trajectoire (outil d'aide à l'orientation en SSR), promeut le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social. L'ARS et l'assurance maladie mettent en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR, pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville : dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. Un accompagnement des établissements MCO et SSR est réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

#### **2 Etat des lieux régional et diagnostic**

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Au sein de l'offre de soins, les SSR occupent ainsi, de par leur activité, une place particulière entre les services de médecine et de chirurgie (court séjour) et le domicile, l'EHPAD ou l'USLD (long séjour). Ils peuvent être « généralistes » ou spécialisés. Mais le secteur des SSR connaît un développement lié à plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, la croissance des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps, la diminution des durées moyennes de séjour en MCO.

L'hétérogénéité des structures de SSR (diversité des types de prises en charge, notamment) et le manque de coordination peut conduire à un manque de lisibilité globale de l'offre et à un manque de fluidité dans le parcours de soins. Tous les Services de Soins et Réadaptation doivent garantir les missions d'accessibilité et de proximité sur leur territoire. Les décrets du 17 avril 2008 fixant un nouveau cadre réglementaire pour l'organisation des soins SSR, ont conduit à la révision du SROS III en octobre 2009.

Auparavant, le régime d'autorisation prévoyait un mode d'autorisation double (soins de suite et / ou rééducation et réadaptation fonctionnelle). Désormais, le nouveau cadre ne prévoit plus qu'une autorisation unique (Soins de suite et de réadaptation), socle de l'activité réalisée « a minima » par tout établissement qui en bénéficie. Mais cette autorisation peut être assortie d'une ou plusieurs mentions complémentaires visant

l'exercice d'activités spécialisées (9 spécialités prévues) et une mention concernant la prise en charge des enfants et / ou adolescents.

Pour mémoire, les 9 spécialités : Appareil locomoteur / Système nerveux / Affections cardiovasculaires / Affections respiratoires/ des systèmes digestif, métabolique et endocrinien / onco-hématologiques / Affections des brûlés / liées aux conduites addictives / des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance./

En conséquence, l'activité de soins de suite et de réadaptation n'est plus une simple structure d'aval du court séjour, mais devient une entité sanitaire apportant de réels bénéfices aux patients, en vue d'une orientation adaptée à l'issue du séjour. Les objectifs sont désormais :

- La recherche d'une prise en charge globale du patient
- Une graduation des soins entre SSR non spécialisés (de premier niveau de recours) et SSR spécialisés (niveau d'expertise pour les pathologies plus complexes, les cas plus lourds dans les spécialités concernées).
- Un maillage cohérent des territoires de santé, selon la spécialité visée.

A noter aussi que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un modèle transitoire de tarification à l'activité a été mis en œuvre. Dans ce contexte, l'efficacité de l'existant est une priorité en termes de plateau technique et de personnel soignant.

### La filière de soins

Sans remettre en cause ni l'autorisation initiale donnée et qui a une seule **valeur réglementaire**, ni la **mission de** proximité dévolue à l'ensemble des SSR, l'inscription de chaque SSR dans une filière de soins devrait permettre d'apporter la lisibilité sur l'offre de soins lorraine. Ce problème est très prégnant dans notre région d'autant que les établissements hospitaliers travaillent toujours avec les mêmes SSR.

Aussi, et afin d'améliorer cette lisibilité, un outil régional a été élaboré et testé.

Il est à noter que la pertinence des établissements pour l'inscription dans telle ou telle filière est discutée avec l'établissement (données PMSI à l'appui etc) lors de la négociation des CPOM. Le travail pédagogique est relayé sur le terrain par les animateurs.

### Diagnostic issu d'une étude réalisée pour le SROS SSR

- Prise en charge Enfants/Adolescents : les établissements (HC) uniquement dans le territoire SUD.
- Disparités importantes entre les structures Adultes
  - Pour les capacités (de 10 à 150 lits)
  - Pour le personnel médical (majorité de gériatres au NORD, de médecins MPR au SUD) le personnel soignant (concentration des paramédicaux sur Nancy et Metz).
  - Pour les locaux et les Plateaux techniques.

### Taux d'occupation des lits :

1/3 des Etablissement connaissent un taux d'occupation inférieur à 80 %, ceci correspondant à 30 % des lits (soit près de 1000 lits).

### Difficultés d'aval du SSR :

Une enquête, un jour donné, montrait que 22 % des patients présents dans les structures du NORD étaient médicalement sortants, contre 17% dans celles du SUD.

En 2009, le taux d'équipement SSR en Lorraine est de 1,60 lits et places autorisés pour 1 000 habitants pour un taux national de 1,69.

Taux d'équipement en lits et places pour 1000 habitants	Lorraine	France
Réadaptation fonctionnelle	0,53	0,58
Equipement global SSR	1,60	1,69

Au sein même de la région, on constate des disparités entre les territoires Nord Et Sud.

### L'activité :

Elle s'exprime en nombre de journées pour l'hospitalisation complète et en nombre de venues pour l'hospitalisation à temps partiel. Un Objectif Quantifié désormais individualisé différencie l'activité correspondant à la prise en charge de la population enfants et adolescents. C'est pour cette raison que les 153 lits et 34 places (2008) destinés aux soins de cette population (activité estimée à 549000 en 2011), et répartie entre NORD (303150) et SUD (245850), ont été écartés du calcul de la progression de l'activité lorraine des structures pour ADULTES.

Pour le reste, dans l'attente d'un cadrage national préalable et spécifique aux objectifs stratégiques et d'accompagnement, les Objectifs Quantifiés de l'Organisation de Soins, arrêtés à fin 2011, (durée prévue pour le SROS III), avaient été fixés ainsi :

Adultes	Activité 2008	OQOS 2011 (borne basse)	Evolution	OQOS 2011 (borne haute)	Evolution
Nord	488 300	567 000	16%	604 000	24%
Sud	567 700	584 000	3%	626 000	10%
LORRAINE	1 056 000	1 151 000	9%	1 230 000	16%

**OQOS « Adultes »** : recherche d'un resserrement des niveaux d'équipement respectifs Nord et Sud.

Enfants/ Adolescents	Activité 2008	OQOS 2011 (borne basse)	Evolution	OQOS 2011 (borne haute)	Evolution
LORRAINE	44 300	56 000	26%	66 000	49%

**OQOS « Enfants et adolescents »** : progression significative du volume d'activité attendue, et notamment en HJ, liée aux recommandations sur le développement de la FILIERE INFANTILE sur le NORD

Au total, tous objectifs confondus, et sur la période 2009 / 2011, le taux moyen annuel de progression de l'OQOS en LORRAINE a été estimé, par la Mission d'évaluation des SROS SSR à 5% (borne haute) situant la LORRAINE au 21<sup>ème</sup> rang des 26 régions.

**2010/2011** : Les OQOS sont limités en volume à l'activité produite en 2009 à l'échelle de la région, suite à la parution de la directive DGOS du 19 mai 2010. Cette dernière s'appuyait sur le double constat fait par la Mission d'évaluation des SROS SSR :

- Une croissance générale des volumes et des implantations dans les volets révisés, y compris dans les régions les mieux dotées, pas forcément corrélée à l'analyse des besoins ;
- Une forte dynamique des dépenses du champ SSR, depuis 2006, pour les Etablissements financés sous OQN (+ 9% contre + 3% pour le champ MCO).

A cette limitation, s'ajoutent d'autres contraintes : juridique et budgétaire (respect des limites fixées par l'ONDAM 2010 et 2011).

En Lorraine, la règle générale est donc la reconduction de l'activité 2009, sans extension ou création d'activité nouvelle. Le resserrement infra régional des niveaux de desserte NORD et SUD est repoussé. Une exception est néanmoins accordée pour une activité supplémentaire si elle est justifiée au regard de l'unique priorité régionale : aménagement ou réorganisation de FILIERES de SOINS SSR. Cette extension exceptionnelle est compensée par une égale réduction d'activité à l'échelle du TSP, du TS ou de la Région.

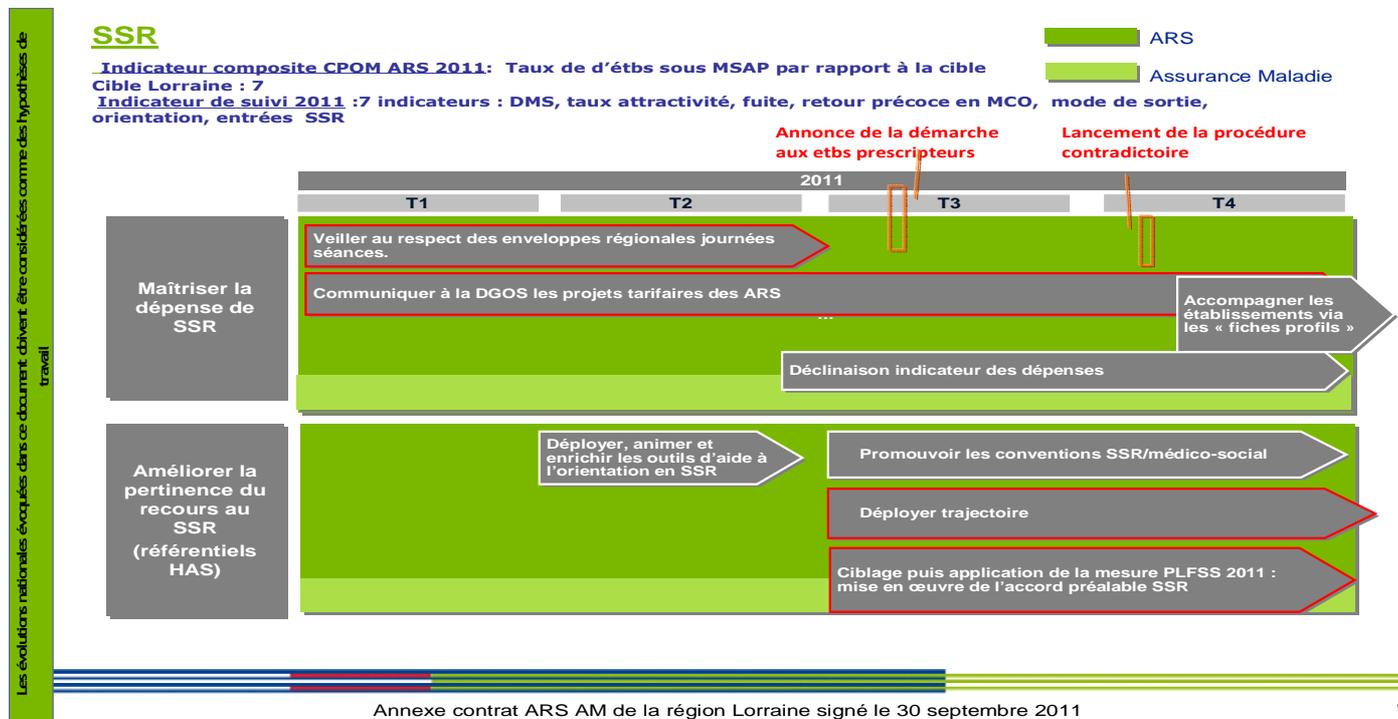
### Les marges de redéploiement d'activités :

A titre indicatif, les volumes d'activité référence (PMSI 2009) pour le SSR ADULTES sont les suivants : NORD (442 000 journées et 79 500 venues) et SUD (531 400 journées et 56 600 venues).

### Les travaux :

- o Revenir au niveau d'activité des OQOS antérieurs (signés en mars 2007) lorsque le volume d'activité réalisé en 2009 les dépasse.
  - ☞ A noter que la seule application de cette règle permettrait de constituer une marge d'environ 22 000 journées (soit l'équivalent de 70 lits, en année pleine).
- o Anticiper certaines réductions d'activité à inscrire dans des opérations de recomposition hospitalière à venir
- o Autofinancer par redéploiement de moyens dans l'établissement toute augmentation de volume d'activité
- o Réserver un financement exceptionnel ARS (aide conjoncturelle au démarrage 2011) à quelques priorités régionales, au regard de leur dimension restructurante dans l'organisation de la filière (priorités régionales ou semi régionales)

## 3 Le plan d'action ARS/Assurance Maladie et sa progression



## 4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

Dans la perspective d'un meilleur recours aux SSR, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a modifié l'article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale, afin de permettre la mise sous accord préalable (MSAP) de prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation. La Lorraine s'engage dans cette démarche, après un ciblage réalisé par l'Assurance Maladie et concernant 4 gestes pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de l'isolement social.

(1) Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou, (2) Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs, (3) Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, (4) Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche.

Cela implique que toute admission dans un SSR, pour ces 4 actes, doit être subordonnée à l'avis médical de l'Assurance Maladie.

Pour accompagner ce dispositif, les établissements hospitaliers prescripteurs, disposant d'un service orthopédique font l'objet d'une information préalable, de l'ARS, avant les visites de présentation de la procédure MSAP par l'Assurance Maladie.

En Lorraine, pour la 1<sup>ère</sup> année (2011), ce sont 7 établissements SSR concernés par le dispositif MSAP.

### 3.2.10 . La permanence des soins ambulatoires et les urgences hospitalières

**L'objectif général** de ce programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées durant les heures de Permanence Des Soins Ambulatoires.

#### **1 Rappel des objectifs du programme**<sup>10</sup>

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont :

- Le renforcement de la régulation médicale : orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande, en s'appuyant sur une sectorisation efficace,
  - L'adaptation des modalités d'effectation – notamment la coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit,
  - La modification des règles de rémunération de la PDSA
- ↳ L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation)
- ↳ Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi
- ↳ La rémunération est différente selon les fonctions (effectation – régulation) et modulée selon les sujétions.

☞ Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

#### **2 Région Lorraine : état des lieux et diagnostic**

*Rappel des missions et organisation graduée de la permanence des soins :*

- **Mission de service public assurée par des médecins libéraux volontaires, la permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés, en fonction des besoins évalués.** Elle s'adapte au profil de chacun des 4 départements lorrains, et répond aux besoins de soins non programmés, chaque jour de 20h à 8h, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h et en fonction des besoins, les jours précédents ou suivants les jours fériés.

---

<sup>10</sup>Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

Si la permanence des soins est bien du ressort des médecins généralistes Libéraux, les évolutions récentes ont mis en évidence le rôle complémentaire voire substitutif de l'hôpital pour la patientèle (passage aux urgences, notamment en seconde partie de nuit). L'ARS Lorraine s'est engagée dans une approche globale du problème.

- **La régulation des appels pendant les heures de permanence des soins** : une nécessité pour adapter le type d'intervention nécessaire et limiter les interventions des médecins de garde aux patients dont l'état le justifie.

En Lorraine, l'accès au médecin généraliste libéral de permanence fait l'objet d'une régulation préalable, par un numéro de téléphone unique pour la Lorraine : MEDIGARDE, différent du « 15 » réservé aux urgences vitales (SAMU).

**Quatre centres de régulation départementaux, interconnectés avec le centre 15** hiérarchisent la réponse donnée à ces appels (nuit, week-end et jours fériés).

### Les secteurs de permanence des soins

En 2010, la permanence des soins s'organise dans 123 secteurs :

	MEURTHE ET MOSELLE *AP N° 2008-102 du 04/09/2009	MEUSE AP N° 2008-1127 du 5/11/2008	MOSELLE APN°2006-85 du 20/01/2006	VOSGES Ap DASS/OSS/N°169 du 16/04/2007
<b>Nombre de secteurs :</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>32</b>
1ère partie Nuit : 20 h – 0 h	26/25	19	46	32
2ème partie Nuit : 0 h – 8 h	26/25	19	46	32
Sam Dim JF 23 17 47 30	23	17	46	30

\*AP= Arrêté Préfectoral

### Les forces et faiblesses de la PDSA Lorraine en 2010

#### **Des points forts qu'il faut préserver :**

**1 Une bonne participation, sur la base du volontariat, des médecins généralistes au dispositif** (en cas de carence, le Préfet peut réquisitionner les médecins).

**Observation** : SOS Médecins 54, particularité de la Meurthe et Moselle, participe largement aux gardes de certains secteurs de ce département.

	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES	LORRAINE
Nombre de généralistes installés	728	155	906	352	2141
Nombre de généralistes participant aux gardes	300	147	554	301	1302
Taux de participation	41,2%	94,8%	61,1%	85,5%	60,8%

En Meuse et dans les Vosges la participation est supérieure à 85% (des disparités « rural / urbain » classiques entre les départements et à l'intérieur de chaque département)

*Globalement* en 2010, toutes les périodes de PDS ont été prises en charge, il n'y a pas eu de réquisition.

## 2 La régulation des appels : une action centrale, la porte d'entrée.

En Lorraine, l'accès au médecin généraliste libéral de permanence fait l'objet d'une régulation préalable, par un numéro de téléphone unique pour la Lorraine : MEDIGARDE : différent du « 15 » réserve aux urgences vitales (SAMU).

Quatre centres de régulation départementaux, interconnectés avec le centre 15 hiérarchisent la réponse donnée à ces appels (nuit, week-end et jours fériés).

Le médecin régulateur **décide** de la réponse adaptée à la demande de soins, en fonction de l'état de santé du patient :

- conseil/prescription **téléphonique**
- orientation vers un **médecin de garde**
- orientation vers l'**AMU**
- et la **téléprescription par le régulateur**

## 3 Des projets de terrain bien implantés en 2010 avec :

- **Trois maisons médicales de garde**: créées dans des secteurs géographiques déterminés, après identification du besoin, elles ne fonctionnent qu'aux heures de permanence des soins et assurent une activité de consultation médicale non programmée. Elles fonctionnent sur la base d'un cahier de charges contractualisé précédemment avec la Mission Régionale de Santé (URCAM/ARH).

☞ La Maison Médicale de Garde des bains douche de Nancy est le lieu de :

- 12 % des actes réalisés en Meurthe et Moselle sur la période de 20h à 00h de l'année 2010
- 17,7 % des actes réalisés en Meurthe et Moselle sur la période des week-ends et jours fériés de l'année 2010

☞ La Maison Médicale de Garde APSAM de Metz est le lieu de :

- 6,7 % des actes réalisés en Moselle sur la période de 20h à 00h de l'année 2010
- 17,1 % des actes réalisés en Moselle sur la période des week-ends et jours fériés de l'année 2010

☞ La Maison Médicale de Garde FOES à Moyeuve dont l'activité 2010 n'a pu être mesurée.

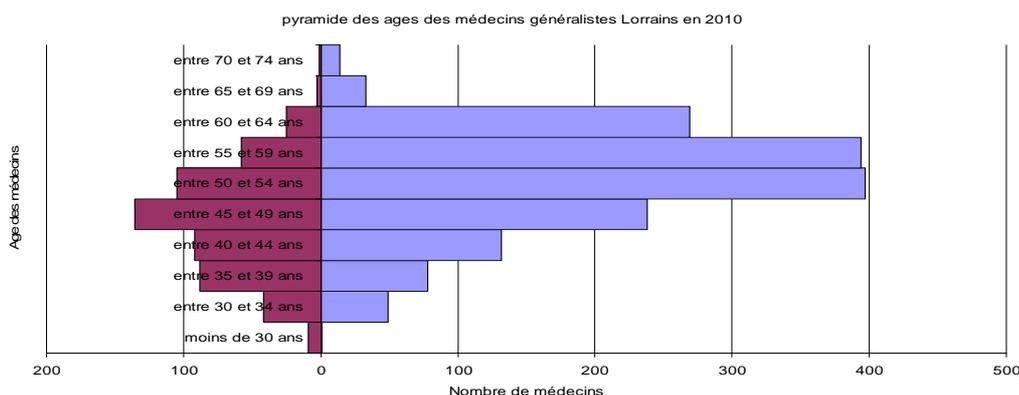
- **Des dynamiques locales ville/hôpital intéressantes :**

Les Points fixes de garde de Lunéville et Toul situés aux portes des urgences des hôpitaux locaux, ouverts sur la période des week-ends et jours fériés en complément de visites ont recueillis en 2010 des retours positifs des médecins libéraux et des urgentistes.

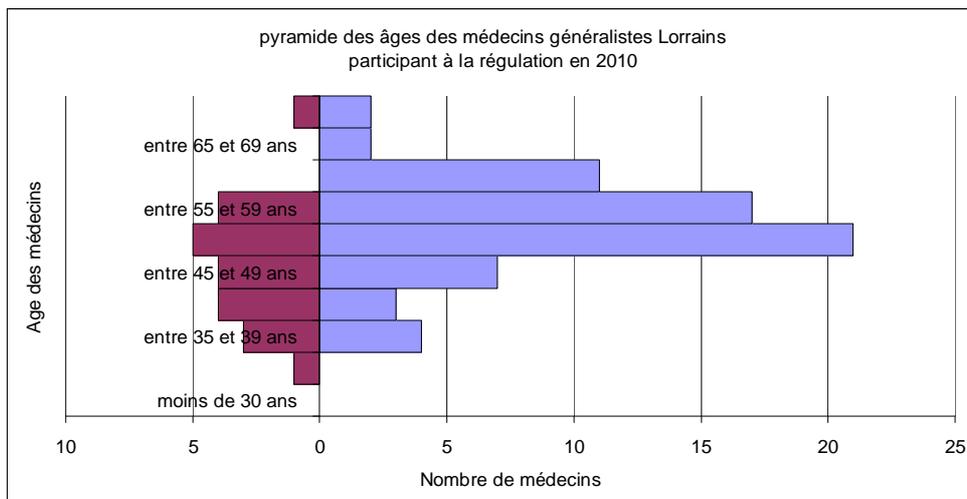
### Les points faibles en 2010 :

- **1 Pyramide des âges et exemptions**

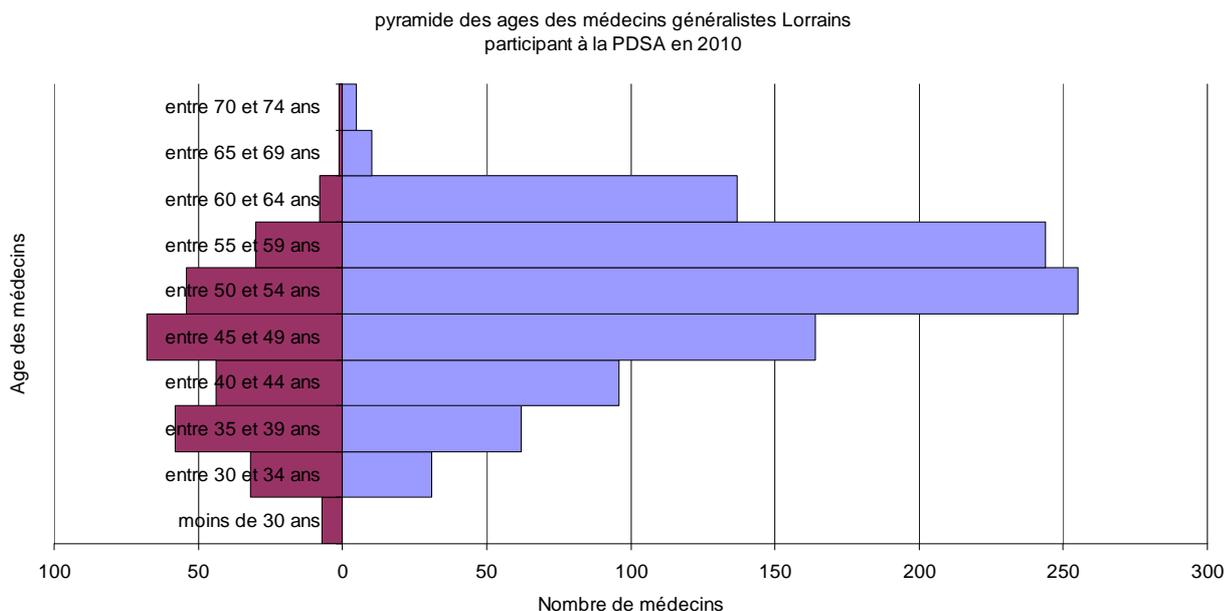
La pyramide des âges des médecins généralistes tend à rendre les exemptions potentielles de plus en plus nombreuses. Localement, la moyenne d'âge peut être bien plus élevée et le réservoir des médecins de garde réduit (peu/pas d'installations de jeunes médecins).



La pyramide des âges des médecins régulateurs souligne une moyenne d'âge plus élevée.



La pyramide des âges des acteurs de la PDSA, assez proche de celle de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.



Les difficultés de démographie médicale des médecins généralistes sont transposées et parfois amplifiées lorsqu'il s'agit de permanence des soins.

**2. une activité PDSA disparate :** L'activité en seconde partie de nuit est particulièrement faible, 20 actes par jour dans toute la région (moyenne).

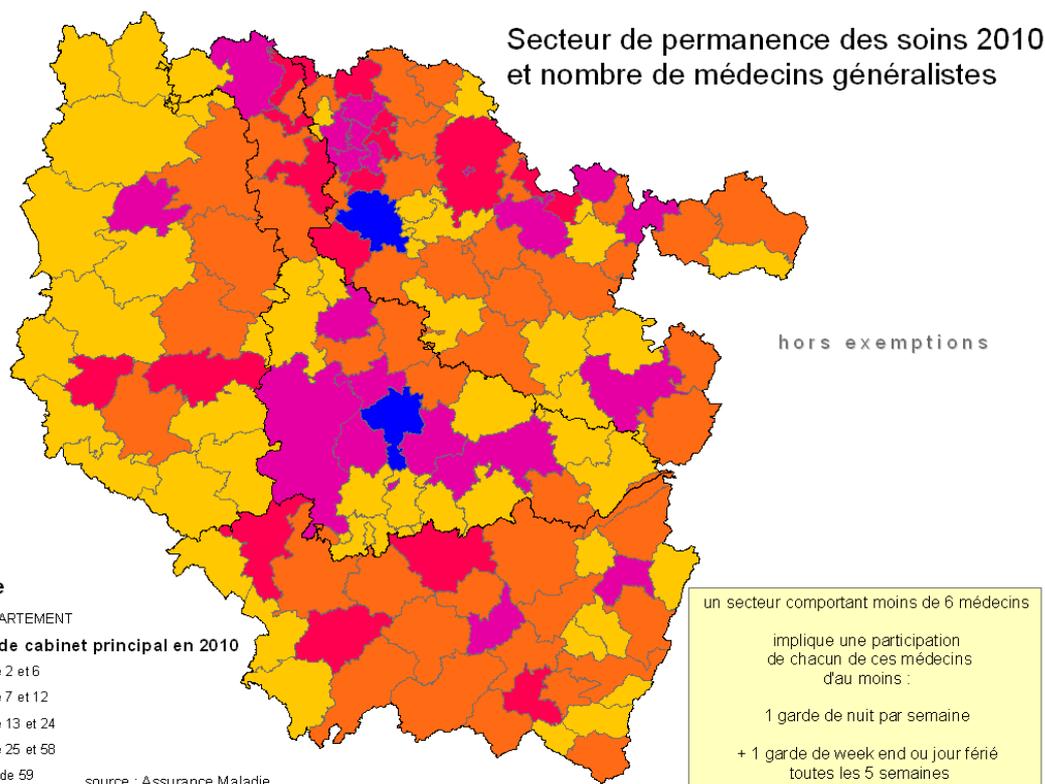
	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES	LORRAINE
<b>Activité total 2010 :</b>	<b>43 270</b>	<b>6 090</b>	<b>29 310</b>	<b>10 867</b>	<b>89 537</b>
Part activité régulé	84,0%	83,7%	55,9%	79,3%	74,2%
Activité 2010 1ère partie Nuit	14 867	1 776	11 909	1 933	30 485
Part activité régulé	80,9%	74,0%	42,7%	81,1%	65,6%

Nombre d'actes (régulé ou non) moyens par astreintes théoriques	1,43	0,26	0,69	0,17	0,66
Activité 2010 2ème partie Nuit :	4 963	255	1 496	505	7 219
Part activité régulé	93,0%	96,1%	54,5%	97,8%	85,5%
Nombre d'actes (régulé ou non) moyens par astreintes théoriques	0,48	0,04	0,09	0,04	0,16
Activité 2010 S-D-JF :	23 440	4 059	15 905	8 429	51 833
Part activité régulé	84,1%	87,2%	65,9%	77,8%	77,8%
Nombre d'actes (régulé ou non) moyens par astreintes théoriques	14,31	3,79	5,37	4,46	6,86

*Pour rappel : actes réalisés au bénéfice des assurés du régime général (hors MSA, RSI, Mines). Pas de prise en compte des actes MCS + médecine légale.*

### 3 Des secteurs en difficulté

La faiblesse du nombre de médecins dans certains secteurs, entraîne un turn over fréquent pour certains d'entre



eux.

### Un nécessaire cahier des charges à rédiger :

#### **Les principales dispositions du futur cahier des charges de la PDSA (décret n° 2010-809 du 13/07/10) :**

- Le nouveau dispositif relève d'un pilotage par l'ARS, en concertation avec Préfets et CODAMU
- Les modalités organisationnelles : le DGARS arrête le cahier des charges régional qui définit les principes d'organisation et prévoit des déclinaisons locales.
- Les modalités de rémunération : le DGARS devient compétent pour déterminer la rémunération spécifique des médecins participant à la permanence de soins (y compris les médecins salariés des centres de santé) dans le cadre d'une enveloppe fermée.

A noter que le cahier des charges régional décrit les principes d'organisation de la PDS, dans le respect des dispositions du SROS (exigences réglementaires).

## Les partenaires à l'échelon départemental

- l'échelon de concertation - **CODAMUPS-TS**
- l'échelon fonctionnel des conseils départementaux **de l'ordre des médecins**
- le cadre habituel de régulation **association de régulation / SAMU**
- l'échelon fonctionnel des **services d'incendie et de secours**

## Restent inchangés

- Définition de la PDSA et des horaires
- Règles d'élaboration du tableau de garde en lien avec les **CDOM**
- Principe du volontariat des **médecins libéraux** assorti de la possibilité de réquisition par le **Préfet**
- Les modalités de rémunérations liées au champ conventionnel (actes et majoration aux heures de PDS) par **l'assurance maladie**.

Le cahier des charges de la PDSA doit prendre en compte les forces et faiblesses des dispositifs actuels pour :

- Utiliser de façon efficace la ressource médicale (limiter la charge des gardes dans l'activité des médecins du secteur, passe par un agrandissement des secteurs et donc un plus grand réservoir de médecins).
- Une PDSA lisible pour la population et qui s'intègre dans la gradation des soins (Choisir la meilleure option en fonction de l'état de santé du patient (garde, visite, SAU))

## Aspects financiers de la PDSA

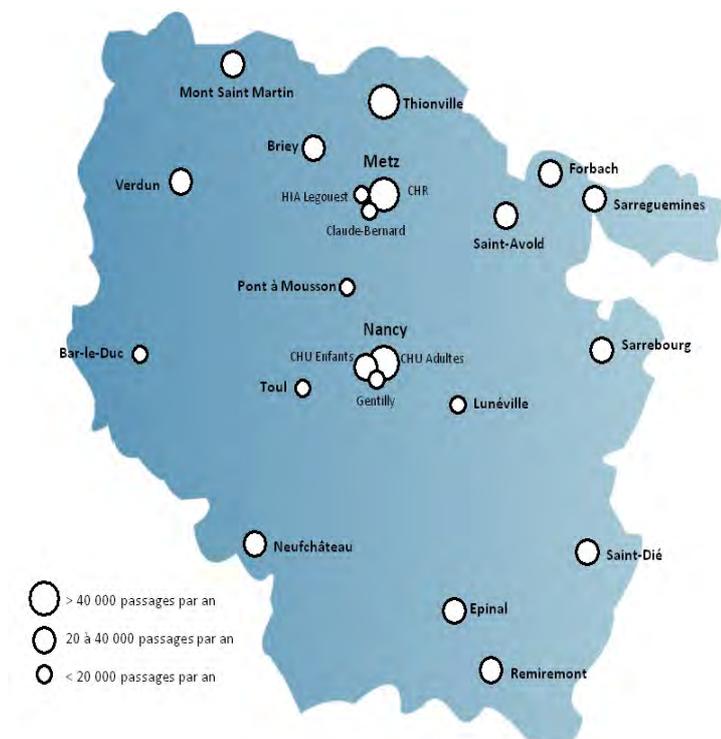
Coûts de la PDSA 2010	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES	LORRAINE
<b>Coût total des astreintes</b>	<b><u>1 763 750 €</u></b>	<b><u>1 053 350 €</u></b>	<b><u>2 843 800 €</u></b>	<b><u>1 726 950 €</u></b>	<b><u>7 387 850 €</u></b>
1ère partie Nuit	503 550 €	312 150 €	755 500 €	513 300 €	2 084 500 €
2ème partie Nuit	879 600 €	594 200 €	1 489 000 €	967 500 €	3 930 300 €
Sam Dim JF	380 600 €	147 000 €	599 300 €	246 150 €	1 373 050 €
<b>Cout total activité (Régime général seul )</b>	<b><u>2 456 517 €</u></b>	<b><u>322 901 €</u></b>	<b><u>1 575 286 €</u></b>	<b><u>553 490 €</u></b>	<b><u>4 908 194 €</u></b>
1ère partie Nuit	959 316 €	111 579 €	727 496 €	123 813 €	1 922 203 €
2ème partie Nuit	371 485 €	18 870 €	103 591 €	37 942 €	531 888 €
Sam Dim JF	1 125 717 €	192 452 €	744 199 €	391 736 €	2 454 104 €
<b>Coût total de la garde ambulancière</b>	<b><u>2 214 315 €</u></b>	<b><u>1 038 592 €</u></b>	<b><u>3 938 778 €</u></b>	<b><u>1 940 279 €</u></b>	<b><u>9 131 963 €</u></b>
Nuits semaine	970 733 €	540 867 €	1 917 013 €	1 014 374 €	4 442 988 €
S D JF	1 243 582 €	497 725 €	2 021 765 €	925 905 €	4 688 976 €
Coût total de la garde pharmaceutique (indemnité d'astreinte toutes périodes)	<b>430 350 €</b>	<b>195 975 €</b>	<b>380 475 €</b>	<b>427 950 €</b>	<b>1 434 750 €</b>
Coût total régulation	<b>277 944 €</b>	<b>76 874 €</b>	<b>385 050 €</b>	<b>261 196 €</b>	<b>1 001 064 €</b>
Médecins régulateurs	262 944 €	45 144 €	331 650 €	218 196 €	857 934 €
Fonctionnement	15 000 €	31 730 €	53 400 €	43 000 €	143 130 €
Cout Maison s Médicales de gardes (fonctionnement , communication)	<b>42 854 €</b>		<b>36 000 €</b>		<b>78 854 €</b>
<b>Coût total</b>	<b>7 185 730 €</b>	<b>2 687 691 €</b>	<b>9 159 389 €</b>	<b>4 909 865 €</b>	<b>23 942 676 €</b>

Source : Assurance Maladie / ARS

Dans le cadre du cahier des charges, l'ARS détermine les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDS dans le cadre d'une **enveloppe prédéfinie**, qui concerne les forfaits de régulation et d'astreinte

Dans un arrêté du 20 avril 2011, les forfaits sont définis selon chaque fonction (régulation/ organisation de la garde), les forfaits peuvent être modulés selon les sujétions et contraintes géographiques. En Lorraine, le montant de l'enveloppe est de 8,2 M €.

## 2. Les urgences hospitalières en Lorraine



**Jun 2011** : Lancé en 2008 par l'ARH Lorraine, cofinancé par celle-ci et le GCS Télé Santé Lorraine, le projet « ORULOR », ou Observatoire Régional des Urgences hospitalières est en phase de généralisation (Réf.PRS).

19 sites hospitaliers sont désormais connectés à une plateforme régionale, qui permet en temps réel d'avoir une parfaite lisibilité des passages aux urgences. Si l'année 2010 a été consacrée à la connexion des structures d'urgences à ORULOR et à la création d'un Comité Régional, composé de l'ARS Lorraine, du Réseau Lorraine Urgences, des représentants des Fédérations et de la CIRE (Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région) de Lorraine-Alsace, l'année 2011 permettra d'exploiter les données pour dégager des axes de travail sur la prise en charge des patients aux urgences afin de rendre le système plus performant en premier recours

**A noter que 9% des passages aux urgences en Lorraine ne donnent pas lieu à facturation d'acte et que 27% seulement sont suivies d'hospitalisations.**

## 3 Calendrier et suivi de l'avancement

En corrélation avec la publication du « cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire » et du volet « médecine d'urgence et permanence des soins ambulatoire » du SROS\_PRS (fiche de cadrage en annexe 2)

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

**L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des actes régulés » soit :**

77% pour 2011 en Lorraine (France : 68%)

. Mise à jour 2010	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
<b>Activité totale 2009 :</b>	<b>47 197</b>	<b>7 376</b>	<b>36 815</b>	<b>11 701</b>	<b>103 089</b>
Part activité régulé	79,5%	84,0%	56,2%	74,5%	70,9%
<b>Activité totale 2010 :</b>	<b>43 270</b>	<b>6 090</b>	<b>29 310</b>	<b>10 867</b>	<b>89 537</b>
Part activité régulé	84,0%	83,7%	55,9%	79,3%	74,2%

## 4 Le plan d'action ARS/Assurance Maladie et sa progression

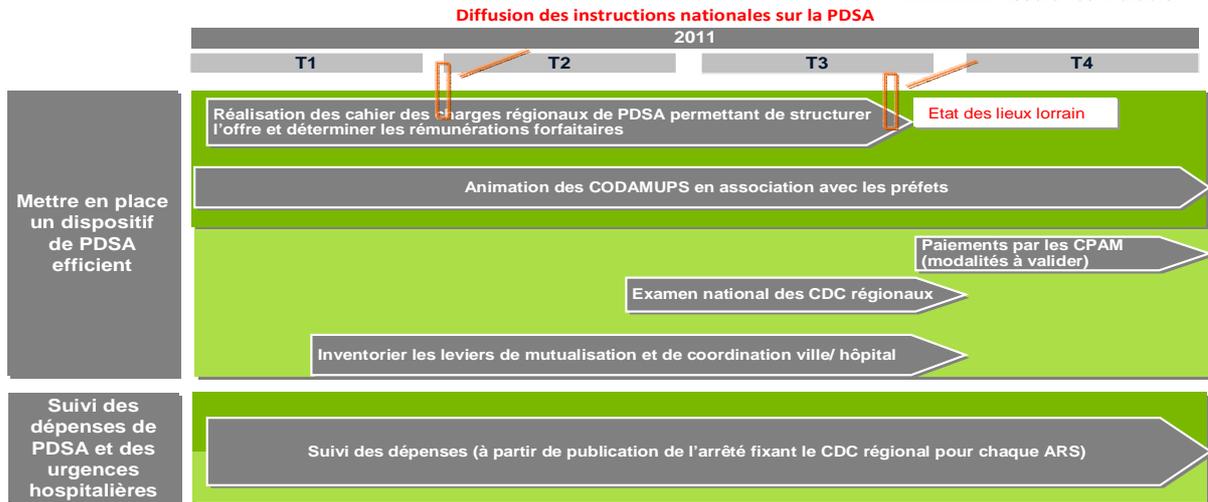
### Permanence Des Soins Ambulatoires et urgences hospitalières

Indicateur composite CPOM ARS: part des actes régulés 2011 : 77% (France : 68%)

Indicateur de suivi : taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA

ARS

Assurance Maladie



Les évolutions nationales évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Annexe contrat ARS AM de la région Lorraine signé le 30 septembre 2011

9

### 3.3 La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes :

#### 3. 3.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des médecins et sur la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

La Caisse et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense. A ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- **Antiagrégants plaquettaires** : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.
- **Antibiotiques** : l'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- **Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs** : s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en œuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

- **des indemnités journalières** : de nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.
- **des frais de transports** : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.
- **de l'ordonnancier bi zone** : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- **des actes de masso-kinésithérapie** : l'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

De nouvelles actions d'accompagnement prévues en 2011 concernent les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations, la Pression Positive continue.

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning devra tenir compte des actions diligentées pour mettre en œuvre les dix priorités de gestion du risque.

### 3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé

Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GdR ARS développées sur ces thèmes.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire**. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire<sup>11</sup>**. L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie.
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

### 3.3.3. Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

Les régimes d'assurance maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposés, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

<sup>11</sup> cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

## ▪ **Actions de prévention**

### ○ **Prévention bucco-dentaire**

Les régimes poursuivront leurs actions tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées.

### ○ **Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)**

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

### ○ **Vaccinations**

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

### ○ **Prise en charge et prévention de l'obésité**

Sur cet axe, l'assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'Etat (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

## 4 Les actions régionales complémentaires spécifiques

### 4.1 Présentation des objectifs des programmes spécifiques

En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM, peuvent être définies des actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe des ARS. Ces actions sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales.

« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PRGDR font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »<sup>12</sup>

Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte<sup>13</sup> les éléments suivants:

- « la nécessaire complémentarité avec les programmes nationaux
- une définition fondée sur des référentiels scientifiquement validés (ex : recommandations de la Haute Autorité de santé notamment)

La contribution de l'AM à ces actions est arrêtée par le DCGDR en fonction de l'opportunité et des ressources disponibles au niveau de l'AM.

En Lorraine, trois axes ont été définis en accord avec l'Assurance Maladie :

- **EHPAD** : la prise en charge de l'état bucco-dentaire des personnes âgées placées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec **mise en place d'un programme de prévention d'hygiène bucco-dentaire auprès du personnel soignant des EHPAD selon l'autonomie du patient et présentation à l'équipe de direction, d'un outil de réalisation de l'état des lieux bucco dentaire de la personne âgée lors de son admission en EHPAD. A noter qu'une étude inter-régionale URCAM réalisée en 2008 et portant sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées résidents en EHPAD ont été présentés au cours des réunions inter départementales réunissant les directions et personnels soignants des EHPAD de Lorraine. Les intervenants seront les Chirurgiens dentistes conseils des services médicaux, en inter-régimes de Lorraine, l'objectif étant que tous les établissements volontaires d'ici à fin 2013 aient bénéficié de cette formation.**
- **Par ailleurs, l'ARS Lorraine engage une réflexion visant à améliorer la filière de soins dentaires pour les patients en EHPAD.**
- **Chirurgie ambulatoire** : une étude sur la prévalence de la chirurgie du canal carpien : la Lorraine se distingue par une prévalence élevée de cette chirurgie, qui se traduit par une surconsommation de + 27 % par rapport à la moyenne nationale et un rang de 7 sur les 26 régions. Les actions envisagées sont la réalisation d'un état des lieux sur les causes de cette prévalence avec un regard sur : les spécificités épidémiologiques possibles, les pathologies professionnelles reconnues, les zones en prévalence. Dans un second temps lié à la lecture de cet état des lieux et la diffusion par l'HAS, d'une évaluation des technologies de santé et de recommandations sur la pertinence de l'intervention sur le canal carpien, réalisation d'une enquête sur les spécificités des pratiques Lorraines, et proposition d'un plan d'actions régional.
- **Et le dépistage du diabète et la prévention de l'obésité en particulier de l'enfant, la région lorraine se caractérisant par une forte prévalence des maladies métaboliques et des affections cardiovasculaires**

<sup>12</sup> Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-18 du CSP)

<sup>13</sup> Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

## Les annexes

**Annexe 1      Etat des lieux succinct**

**Annexe 2      Les fiches actions ARS/Assurance Maladie des 10 priorités de GDR et  
des deux actions régionales complémentaires de GDR**

**Annexe 3      Corrélation SROS PRS et GDR**

**Annexe 4      Les chefs projets ARS/Assurance Maladie nommément désignés**

# **ANNEXE 1**

- Extrait de l'état des lieux réalisé par l'ARS en 2010
  
- Enjeux de Gestion des risques couverts par l'Assurance Maladie et réalisé par le Directeur Coordonnateur de la GDR en 2010

**Enjeux de gestion des risques  
Couverts par l'assurance maladie en région Lorraine**

**- Juillet 2010 -**

## I. Rappel : mission des caisses d'assurance maladie et agence régionale de santé

Rôle confirmé de gestionnaire des risques :

« La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

1°) d'assurer sur le plan national, en deux **gestions** distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir **l'équilibre financier** de chacune de ces deux gestions ; »

Le régime général comprend quatre branches : 1° Maladie, maternité, invalidité et décès ; 2° Accidents du travail et maladies professionnelles ; 3° Vieillesse et veuvage ; 4° Famille.

**L'équilibre financier** de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.

« Article L. 311-1 CSS

Les assurances sociales du régime général **couvrent les risques** ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants »...

L'assurance maladie a donc la mission de gérer (notion de gestion) dans un objectif d'équilibre financier et de couverture des risques ou charges qui sont liées à la survenue de l'un de ces risques (assurance) ;

De part sa mission de service public, elle détient des compétences exclusives, notamment celle d'assurer les paiements et remboursements des charges de soins et de prévention, de les suivre, de contrôler le respect des règlements en vigueur. Elle dispose de surcroît du service national du contrôle médical qui a accès à l'ensemble des données médicales associées aux dépenses engagées et qui est susceptible d'intervenir sur les aspects médicaux de toutes natures en jeu dans la gestion des risques.

Dans cette logique de gestion, elle détient quasi exclusivement les relations directes avec les assurés sociaux et au travers les conventions qui les régissent, les relations avec les professionnels de santé.

La loi HPST n'a pas remis en cause ces prérogatives qui fondent son existence même.

En matière de gestion des fonds de l'assurance maladie, l'ARS partage pour autant certaines de ces compétences notamment pour ce qui concerne son rôle d'ordonnateur régulateur de la dépense dans des champs pour lesquels il existe des enveloppes limitatives régionales.

Cette gestion du risque déléguée de crédit de l'assurance maladie entrant dans l'ONDAM concerne l'ONDAM médico-social, les dépenses relatives aux établissements de santé non financés à l'activité (Dotations hospitalières SSR et psychiatrie), MIGAC, FIQCS, FNPEIS, FMESPP, PDS.

L'assurance maladie a quant à elle une délégation de gestion de certains postes de dépenses (dépenses déléguées de l'ONDAM).

Entre les deux domaines de responsabilité concourant chacun à l'équilibre financier, il existe différents champs de régulation ou de transfert d'enveloppes vis à vis desquels une vision globale de la gestion du risque apparaît indispensable.

Certains postes de dépenses « de ville », tel le poste transport, sont en partie liés à l'offre de soins hospitaliers.

Mais surtout, sur le poste des dépenses relatives aux établissements financés à l'activité, la définition même des objectifs quantifiés de l'offre de soins hospitaliers a un impact direct sur le volume de facturation des établissements MCO tarifés à l'activité.

## II. Les données relatives à l'état de santé et à l'offre de soins (diagnostic partagé)

L'état de santé des lorrains tel qu'il a été décrit dans le SROS Lorraine (arrêté de 2006), le PRSP Lorraine (arrêté de 2006), les travaux de l'observatoire régional de la santé (Orsas.fr/diagnostic partagé) et l'Insee (insee.fr/région lorraine) est en grande partie connu et il n'y a probablement pas lieu de rechercher de nouvelles spécificités, hormis peut-être l'accentuation des inégalités sociales de santé et d'égal accès à de soins de qualité au meilleur coût (à proximité, dans des délais raisonnables et au tarif conventionnel de base).

D'autres rapports viennent préciser certaines données relatives à des déterminants de santé ou des comportements :

- Les données du CETAF (données des études tirées des examens de santé des CES, Géographie de la santé dans les CES ;
- Inpes.sante.fr / Agence régionales de santé, les inégalités sociales de santé (2009) ;
- DREES disparités régionales de santé (2008) ;
- DREES L'état de santé de la population en France en 2006 ;
- DREES Comptes nationaux de la santé 2008 (document de travail).

## III. Cadrage macro-économique des dépenses d'assurance maladie en Lorraine

### A. Consommation de soins de ville

**Tableau A : les consommations de soins de ville par région (contrôlées de la structure de demande) en 2007**

Rang	Région	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM (Indicateur comparatif de mortalité)	Consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Sur-dépense de soins de ville en Lorraine
1	Corse	0,17	120	105	1553	285	1268	262	
2	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17	108	101	1315	139	1176	171	
3	Languedoc-Roussillon	0,16	108	104	1243	115	1128	122	
4	Nord-Pas-de-Calais	0,11	98	119	1021	-92	1113	107	
5	Midi-Pyrénées	0,15	100	101	1095	10	1084	78	
6	<b>Lorraine</b>	<b>0,14</b>	<b>92</b>	<b>112</b>	<b>1010</b>	<b>- 49</b>	<b>1059</b>	<b>53</b>	<b>+ 5%</b>
7	Aquitaine	0,16	103	101	1108	84	1023	17	
8	Rhône-Alpes	0,14	97	98	975	-48	1023	17	
9	Picardie	0,13	101	114	996	-19	1015	10	
10	Poitou-Charentes	0,16	90	99	974	-30	1004	-2	
11	Champagne-Ardenne	0,14	96	109	977	-7	984	-21	
12	Limousin	0,18	100	102	1079	96	983	-23	
13	Pays de la Loire	0,14	94	97	866	-112	979	-27	
14	Haute-Normandie	0,14	104	108	956	-19	975	-31	
15	Centre	0,16	96	101	966	-2	968	-38	
16	Basse-Normandie	0,15	95	105	916	-40	956	-50	
17	Alsace	0,14	104	105	1005	50	955	-51	
18	Bretagne	0,15	106	111	988	37	950	-55	
19	Franche-Comté	0,15	98	106	930	-21	950	-56	
20	Ile-de-France	0,12	98	90	873	-72	945	-61	
21	Bourgogne	0,17	104	102	1018	96	922	-84	
22	Auvergne	0,17	117	108	1023	139	884	-121	
	<b>France métro</b>						<b>1006</b>		

La moyenne des consommations en ville s'élevait en France métropolitaine à 1006 € par assuré.

Lecture du tableau A : un assuré de Corse (par exemple) se voit rembourser 1553 € en soins de ville.

Cette somme est supérieure de 547 € à la moyenne nationale. Les caractéristiques de la population de cette région expliquent 285 € d'écart à la moyenne tandis que 262 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par assuré de 1268 € est égale à la consommation brute de 1553 € moins 285 € d'écart expliqués par les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population.

Champ : consommation de soins de ville remboursés par le régime général de l'Assurance maladie, rapportée à la population de bénéficiaires du régime ; année 2007.

Sources : données CNAMTS, SNIIRAM et PMSI ; calculs CNAMTS et DREES.

Selon ce modèle statistique, le lorrain consommerait en moyenne 5% de plus que la moyenne nationale en dépenses de soins de ville (malgré les redressements liés aux caractéristiques démographiques et sanitaires), soit 53 € par personne et par an, ce qui positionne cette région au 6ème rang de classement de la sur-dépense non expliquée en France métropolitaine.

## B. Consommation hospitalière

**Tableau B : les consommations hospitalières par région (contrôlées de la structure de demande) en 2007**

Rang	Région	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM	Indicateur de consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne expliquée par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Sur-dépense hospitalière Lorraine
<b>1</b>	<b>Lorraine</b>	<b>0,14</b>	<b>92</b>	<b>112</b>	<b>692</b>	<b>16</b>	<b>676</b>	<b>44</b>	<b>+ 7%</b>
2	Corse	0,17	120	105	729	60	669	37	
3	Champagne-Ardenne	0,14	96	109	686	18	669	37	
4	Alsace	0,14	104	105	637	-29	666	34	
5	Ile-de-France	0,12	98	90	571	-92	663	31	
6	Bourgogne	0,17	104	102	712	52	660	28	
7	Picardie	0,13	101	114	657	-2	659	27	
8	Nord-Pas-de-Calais	0,11	98	119	643	0	643	10	
9	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17	108	101	665	28	636	4	
10	Languedoc-Roussillon	0,16	108	104	672	38	634	2	
11	Aquitaine	0,16	103	101	666	38	628	-4	
12	Rhône-Alpes	0,14	97	98	598	-27	626	-7	
13	Franche-Comté	0,15	98	106	633	9	624	-8	
14	Haute-Normandie	0,14	104	108	622	-2	624	-8	
15	Basse-Normandie	0,15	95	105	657	34	623	-9	
16	Midi-Pyrénées	0,15	100	101	644	23	622	-11	
17	Poitou-Charentes	0,16	90	99	664	48	616	-17	
18	Limousin	0,18	100	102	706	95	610	-22	
19	Centre	0,16	96	101	634	25	609	-23	
20	Pays de la Loire	0,14	94	97	591	-9	600	-32	
21	Bretagne	0,15	106	111	629	44	585	-47	
22	Auvergne	0,17	117	108	650	66	584	-48	
	<b>France métró</b>						<b>632</b>		

La moyenne de l'indicateur de consommation à l'hôpital en court séjour s'élevait en France métropolitaine à 632 € par habitant.

Lecture : l'indicateur de consommation hospitalière pour un assuré de Corse (par exemple) est de 729 €.

Cette somme est supérieure de 97 € à la moyenne nationale. Les caractéristiques de la population de cette région expliquent 60 € d'écart à la moyenne tandis que 37 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par assuré de 669 € est égale à la consommation brute de 729 € moins 60 € d'écart expliqués par les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population.

Champ : indicateurs de consommation de soins hospitaliers en court séjour tous régimes, rapportés à la population Insee ; année 2007.

Sources : données CNAMTS, SNIIRAM et PMSI ; calculs CNAMTS et DREES.

Selon ce modèle statistique, le lorrain consommerait en moyenne 7% de plus que la moyenne nationale en dépenses hospitalière de court séjour (malgré les redressements liés aux caractéristiques démographiques et sanitaires), soit 44€ par personne et par an, ce qui positionne cette région en tête de classement de la sur-dépense non expliquée en France métropolitaine.

## C. Indicateurs de comportement des lorrains (à propos de 2 exemples)

### 1. Exemple 1 : le non recours au médecin

**Tableau C : non recours au médecin en 2006 et 2007 (%) (source : CETAF géo de la santé 2006-2007)**

régions	H16-24	H25-49	H50-64	H65-74	H75+	F16-24	F25-49	F50-64	F65-74	F75+
Ile de France	14,15	11,41	9,12	4,85	4,05	7,82	4,22	3,32	2,77	2,67
Champagne Ardenne	9,07	7,30	4,52	1,97	2,01	3,30	2,42	1,67	0,67	1,45
Picardie	12,44	9,81	7,28	3,21	1,00	7,28	3,35	2,76	1,56	0,17
Centre	11,34	8,70	6,70	2,97	1,74	4,37	3,51	2,60	1,35	2,06
Basse et Haute Normandie	13,20	10,07	6,92	4,44	1,21	6,01	4,02	3,41	2,61	2,30
Bourgogne	11,95	9,92	6,73	2,80	2,67	4,67	3,10	2,09	1,59	1,54
Nord Pas-de-Calais	10,66	7,57	5,32	2,71	3,06	6,25	3,16	2,31	1,51	2,58
<b>Lorraine</b>	<b>16,02</b> <b>(1)</b>	<b>9,97</b> <b>(6)</b>	<b>9,83</b> <b>(2)</b>	<b>8,45</b> <b>(1)</b>	<b>12,75</b> <b>(1)</b>	<b>8,19</b> <b>(2)</b>	<b>7,33</b> <b>(2)</b>	<b>7,03</b> <b>(2)</b>	<b>9,27</b> <b>(1)</b>	<b>9,70</b> <b>(1)</b>
Alsace	10,43	7,26	5,28	2,93	2,00	3,94	2,46	2,43	1,17	0,36
Franche Comté	9,93	6,00	5,04	2,19	2,48	6,00	2,53	1,73	1,56	1,12
Pays de Loire	9,54	8,83	6,95	2,99	3,09	3,91	3,32	3,22	2,07	2,23
Bretagne	6,94	5,57	4,55	1,43	1,70	3,91	1,94	1,66	0,83	2,34
Poitou Charentes	6,84	6,29	4,50	2,03	0,60	3,12	2,08	1,83	1,06	1,16
Aquitaine	8,72	7,96	5,70	2,45	2,91	4,27	2,84	2,08	1,45	1,53
Midi-Pyrénées	10,09	7,13	6,44	2,45	0,93	5,14	2,34	2,35	2,23	3,45
Rhones Alpes	10,63	8,89	6,91	4,20	2,66	4,77	2,97	2,78	2,05	2,18
Auvergne-Limousin	14,34	12,80	8,52	5,65	0,05	5,46	6,05	4,62	5,03	2,90
Languedoc Roussillon	15,50	20,57	13,23	6,49	2,98	12,12	13,04	7,24	3,28	4,84
PACA-Corse	13,16	11,84	7,38	4,35	2,73	6,76	4,06	3,49	2,35	2,38

Selon cette étude, la Lorraine se place en tête du non recours au médecin quasiment à tout les âges et les deux sexes.

Cette donnée est à rapprocher des indicateurs de dépenses de soins de ville et hospitaliers pour comprendre les comportements de toute nature qui déterminent in fine les modes d'entrée dans le système de soins.

## 2. Exemple 2 : la non réalisation du frottis de dépistage

**Tableau D : non réalisation du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus en 2006 et 2007 (%)**  
**source : CETAF géo de la santé 2006-2007)**

régions	F16-24	F25-49	F50-64	F65-74	F75+
Ile de France		11,01	12,25		
Champagne Ardenne		11,06	14,18		
Picardie		13,88	17,92		
Centre		11,23	14,15		
Basse et Haute Normandie		12,43	16,67		
Bourgogne		11,56	13,71		
Nord Pas-de-Calais		16,31	21,00		
<b>Lorraine</b>		<b>12,60</b> <b>(12/19)</b>	<b>14,76</b> <b>(10/19)</b>		
Alsace		6,86	8,89		
Franche Comté		9,70	9,80		
Pays de Loire		11,66	15,35		
Bretagne		14,38	15,64		
Poitou Charentes		13,27	15,44		
Aquitaine		13,96	18,02		
Midi-Pyrénées		7,03	10,89		
Rhones Alpes		11,84	16,96		
Auvergne-Limousin		13,23	14,28		
Languedoc Roussillon		10,59	9,40		
PACA-Corse		19,89	25,42		

Selon cette étude, la Lorraine se situe dans la moyenne nationale.

Cette observation tend à nuancer les données ci-dessus et démontre que sur certains actes et certaines spécialités, les comportements sont plutôt un peu plus favorables, mais bien en deçà de l'Alsace par exemple.

## **ANNEXE 2**

Les fiches de travail des dix priorités nationales et  
des deux actions régionales complémentaires de GDR

<b>Action complémentaire N°2</b>	<b>Canal Carpien : Etude sur la prévalence de la chirurgie du canal carpien en Lorraine</b>					
<b>Contexte</b>	L'état des lieux sur la chirurgie ambulatoire, rédigé par l'ARS Lorraine au mois de mai 2011, fait état d'une prévalence régionale élevée de la chirurgie ambulatoire du canal carpien se traduisant par : une surconsommation de + 27 % par rapport à la moyenne nationale et un rang de 7 sur les 26 régions.					
<b>Référentiels</b>	Art. R. 1434-10. – Le <b>programme pluriannuel régional de gestion du risque</b> est composé de deux parties : « 1o Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale. Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en oeuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé prévu à l'article L. 1433-1 ; « 2o Une deuxième partie comprenant <b>les actions régionales complémentaires</b> spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.					
<b>Economie attendue</b>	Non chiffrée					
<b>Chefs projets</b>	ARS : Patrick MARX                      AM : Dr Jean Pierre GARA					
<b>1 - Objectif général</b>	Diagnostic partagé Assurance Maladie / ARS sur la chirurgie du canal carpien en Lorraine . Proposition et suivi du plan d'actions arrêté.					
<b>2 - Objectifs opérationnels</b>	Dans un premier temps, réalisation d'un état des lieux sur les causes de cette prévalence avec un regard sur : les spécificités épidémiologiques possibles , les pathologies professionnelles reconnues, les zones en prévalence, le respect des référentiels en matière de diagnostic, d'indication opératoire et de prise en charge. Dans un second temps proposition d'un plan d'action régional.					
<b>3 - Actions</b>		ARS	AM	RSI/ MSA	<b>Date butoir</b>	<b>NR</b>
<b>Phase 1</b> : Définition de la méthodologie de l'étude .			X	X	<b>30/11/2011</b>	
Réalisation de l'étude.		X	X		<b>28/02/2012</b>	
<b>Phase 2</b> : Diagnostic partagé AM/ARS sur cet état des lieux		X	X		<b>31/03/2012</b>	
Si pertinence d'une action auprès des professionnels de santé et ou des assurés avérée, proposition d'un plan d'actions.		X	X		<b>30/04/2012</b>	
Communication vers les acteurs et mise en œuvre du plan		X	X	X	<b>30/09/2012</b>	
Mesure d'impact			X		<b>31/12/2013</b>	
<b>4 Les résultats attendus et les productions possibles</b>						
Evolution du comportement des acteurs en cause.						
<b>5- Les indicateurs de résultat</b>						
<b>Si la pertinence d'une action auprès des acteurs de santé est avérée, l'objectif attaché à la phase 2 pourrait être de 0,9. Méthode de calcul indicateur : Nb de chirurgie du canal carpien 2012 / Nb de chirurgie du canal carpien 2013</b>		<b>0,9</b>				
<b>6- L'évaluation (indicateurs de suivi)</b>						
Nombre d'actions réalisées vers les acteurs ciblés						
<b>Calendrier</b>						
Prévisionnel	en lien avec tableau de planification					
Réalisé						
Observations						



N° 8- GDR	CHIRURGIE AMBULATOIRE					
<b>Contexte</b>	Malgré la progression observée ces dernières années, sous l'effet de la politique d'incitation tarifaire et de la politique de mise sous accord préalable, la France accuse un retard en matière de chirurgie ambulatoire. Ainsi, en 2009, la chirurgie ambulatoire ne représente que 36 % de l'ensemble de la chirurgie (DGOS). Selon l'ANAP, 80 % des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire et 90 % des patients seraient éligibles à ce type de prise en charge. Il existe donc un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Dans ce contexte, il s'agit de : - développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de la chirurgie; - structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de soins de chirurgie qui en découlent ; - développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire.					
<b>Référentiels</b>	Étude « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire (enquête URCAM, PNIR, septembre 2003), Bréviaire de la chirurgie ambulatoire (MEAH - AFCA, octobre 2007), Abécédaire Chirurgie ambulatoire (Ministère de la santé - CNAMTS, janvier 2009), Lettres-réseau de l'Assurance Maladie relative à la MSAP, Documents issus du colloque organisé par l'ANAP le 23 novembre 2010, Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.					
<b>Objectif cible</b>	<b>Indicateur composite GDR</b> :taux de pratique de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs: <b>Lorraine : 85%</b>	<b>Objectifs CPOM fiche 6-4</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Objectif €</b>	National : Année 2010 : 30 M€ Année 2011 : 50 M€	<b>Région Lorraine</b>	<b>68%</b>	<b>70%</b>	<b>72%</b>	<b>80%</b>
<b>Objectif général</b>	Développer la chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente sur 17 gestes marqueurs et développer des centres de chirurgie ambulatoire exclusive					
<b>Chefs projets</b>	<b>ARS</b> : Patrick MARX (chef projet SROS Chirurgie totale) <b>Assurance Maladie</b> : Dr GARA (A compter de juil-2011) Dr Jean-Christophe GUARDIOLLE ( juin 2010-juin 2011)		<b>SROS PRS</b> : même chef projet			
<b>Objectifs opérationnels</b>	Réaliser un état des lieux régional et un diagnostic partagé et mener un plan d'actions régional Poursuivre la mise sous accord préalable Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente dans le cadre d'une offre territoriale cohérente,					
<b>3 - Actions</b>	<b>Interventions</b>		<b>Date butoir</b>	<b>NR</b>	<b>R</b>	<b>RP</b>
	<b>ARS</b>	<b>AM</b>	<b>2011*</b>			
Poursuivre la MSAP ( <b>8 établissements : CPG Assurance Maladie</b> )	X	X	déc-11			
Établir un état des lieux quantitatif et qualitatif selon les dernières directives ( élaboration d'un tableau de bord régional)	X		avr.-11			
Partager le diagnostic avec l'ensemble des acteurs concernés (SROS/ PRS ) et réflexion sur les points forts /faibles, identification des freins et des leviers .	X		avr.-11			
Elaborer un document de synthèse	X		avr.-11			
Contractualiser : ' CPOM° établissements sur cette thématique	X					
Communiquer avec les partenaires ( état des lieux et plan d'actions)	X		oct.-11			
Elaborer un plan d'actions relatif au devenir de la CHA dans son ensemble avec les experts	X		juil.-11			
Effectuer bilan de la MSAP :traitement des demandes de Mise sous accord préalable (nbre de demandes et impact)			4trim 11			
<b>4- Les résultats attendus et les productions possibles</b>						
Document de synthèse- Plan d'actions- Kit communication- Tableau de Bord						
<b>5- Les indicateurs à observer</b>						
Taux d'évolution de la chirurgie ambulatoire de chaque établissement						
<b>6- L'évaluation</b>			<b>Résultats</b>			
<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Cible 2011</b>					
Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire ( toute chirurgie et tous les etbs)	?	35,70%				
<b>(indicateur composite ) Fiche CPOM GDR 5-3</b>	<b>Cible 2011</b>					
Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire ( 17 gestes marqueurs) cible nationale 2011 80% pour 85% en 2013	77%	73,27%	78,70%			
<b>* 2011: année observée</b>						
<b>Calendrier</b>						
Prévisonnel	LIEN AVEC TABLEAU PLANIFICATION					
Réalisé						

N° 9 et 10- GDR	EHPAD : Efficience des soins et perscriptions en EHPAD Annexe 2					
<b>Contexte</b>	<p>Le rapport de décembre 2009 « Missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents » préconise 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD s'articulant autour de 5 axes :</p> <p>Préconisations concernant le métier de médecin coordonnateur ;</p> <p>Préconisations concernant les modalités d'intervention des professionnels de santé libéraux en EHPAD ;</p> <p>Préconisations concernant la formation aux spécificités de l'EHPAD : des médecins coordonnateurs et de tous les professionnels, salariés ou libéraux, intervenants en EHPAD ;</p> <p>Préconisations concernant des outils d'amélioration de la coordination de la qualité des soins ;</p> <p>Préconisations concernant l'outil PATHOS.</p> <p>Cumulées à la réforme de la tarification, cela induit pour ce secteur une profonde mutation avec mise en œuvre de plusieurs réformes.</p> <p>Celles en cours visent notamment une généralisation progressive du forfait global de soins couvrant un périmètre de prestations très large (médicaments, rémunération des professionnels exerçant à titre libéral notamment) et la gestion d'un forfait limitatif. Elles doivent s'inscrire dans un cadre rénové encadrant les relations entre « la ville » et les établissements.</p> <p>Ainsi, les deux décrets et deux arrêtés devraient permettre d'améliorer et de mieux coordonner l'intervention des professionnels libéraux</p>					
<b>Référentiels</b>	<p>Instruction ARS validée par le CNP du 22/10/2010. Visa CNP 2010.259</p> <p>Décret n°2010.1731 du 31 12 10 relatif à l'intervention des Professionnels de Santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD, Arrêté du 30 12 2010 fixant les modalités du Contrat type-Valise MOBILQUAL- Outils DSS</p>					
<b>Economie attendue</b>	<p>Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD</p> <p>Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD</p>					
<b>1- Objectif général</b>	Favoriser une organisation et utilisation efficaces des ressources : en clair, améliorer l'efficience générale des EHPAD et améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD sur la base des recommandations nationales.					
<b>Chefs projets</b>	<p>ARS : Dr Jean-Marie CAUZERET, Emmanuel BEUCHER</p> <p>Assurance Maladie : Catherine VERONIQUE</p> <p>ARS : Dr Christel PIERRAT</p> <p>Assurance Maladie : Dr Jean Luc SIMONIN</p>	<p><b>Choix de la thématique en Lorraine pour CPOMGDR: dénutrition</b></p> <p>Cible : 50% EHPAD (tous) à avoir mis en place une action à l'issue des rencontres (présents ou pas)</p>				
<b>2 - Objectifs opérationnels</b>	<p>Analyse de l'efficience des EHPAD : Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins (Test réalisé par 5 régions dont la Lorraine) avec mise en place au second semestre 2011</p> <p>Améliorer la coordination des professionnels de santé en suivant la montée en charge des nouveaux leviers de coordination : mesurer le développement de la contractualisation avec les PS libéraux intervenant en EHPAD et Mesurer leur sensibilisation aux questions de coordination gériatrique</p> <p>Qualité et efficience des soins sur 3 thèmes de santé publique, Nombre D'EHPAD sans Pharmacie à Usage Interne ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments, prescriptions de neuroleptiques (NL) et de benzodiazépines (BZD) : voir indicateurs ci-dessous</p>					
<b>3 - Actions</b>	<b>Interventions</b>		<b>Date butoir</b>	<b>NR</b>	<b>R</b>	<b>RP</b>
	<b>ARS</b>	<b>AM</b>	<b>2011</b>			
Support thématique national sur le thème de la dénutrition			nov-10			reçu GDR 1/11
Organiser et animer des réunions d'informations et d'échanges sur les bonnes pratiques en EHPAD et susciter des échanges entre les EHPAD	X	X	1er trim.			1er sem
Renforcer et diffuser les bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD						
Annonce des rencontres et du programme GDR EHPAD à tous les EHPAD et Conseils Généraux	X		31/12/10			
Assurer le suivi de la signature des contrats	X		30-juin			
Courriers et tableau de suivi contrats libéraux pour EHPAD	X		mai-11			
Elaboration des outils rencontres EHPAD			1er juin 11			
Diffuser la fiche thématique sur la dénutrition						
Tableau de bord régional EHPAD (profils)	X					
Assurer le suivi de la participation des médecins libéraux intervenant en EHPAD et participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique, effectuer une relance en novembre	X		dec -11			
Campagne d'accompagnement par l'assurance maladie sur les thèmes : dénutrition, alzheimer et pansements.		X	30/08/11			
Participation au déploiement du système d'informations permettant le suivi des résidents en EHPAD + TEST préliminaire par la CPAM de Meurthe et Moselle. Saisie des données financières par l'ARS	X	X				
<b>4- Les productions possibles</b>						
Tableau de bord régional EHPAD (profils)						
Fiche thématique sur la dénutrition	X					
Diaporamas et questionnaire de satisfaction	X		juin-11			

Partage d'expériences sur site ARS			Eté			
Kit communication bucco-dentaire EHPAD (réf aux waux exURCAM et Chef projet DRSM NE )						
<b>5- Les indicateurs à observer</b>	<b>Cible</b>					
Nbre d'EHPAD présents aux réunions	X					
Identifier les bonnes pratiques existantes ou à développer	X					
Nombre d'EHPAD installés	X					
Nbre d'EHPAD sans PUI	X					
Efficiencie: Taux de consommation dotation :100%	X		2ème sem			
Efficiencie : taux d'occupation	X					
Efficiencie : taux d'encadrement médecin coordonnateur	X					
Nbre de dénutris	X					
Nbre de résidents/EHPAD						
<b>6- L'évaluation</b>						
% des médecins libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique			déc			
Nbre de professionnels libéraux intervenant en EHPAD avec contrat/ Nbre de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD			?			
Nbre EHPAD participant aux réunions locales sur les bonnes pratiques / nombre EHPAD de la région						
Nbre D'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments / nbre EHPAD sans PUI			Juin			
Suivi NL et BZD	?					
<b>(indicateur composite ) Fiche CPOM GDR 5-3</b>	<b>Cible</b>	<b>Résultats</b>				
% EHPAD ayant mis en œuvre une pesée mensuelle et mise en place de protocoles de pech pour les patients dénutris à savoir: 1 pesée sur 3 mois consécutifs , 100% des patients ont eu 3 pesées.	<b>50%</b>					
<b>Calendrier</b>						
Prévisonnel	LIEN AVEC TABLEAU PLANIFICATION					
Réalisé						

N°5- GDR	IMAGERIE MEDICALE		Annexe 2			
<b>Contexte</b>	<p>Les dépenses de radiologie sont les principales dépenses d'honoraires des médecins libéraux après celles des généralistes. Les volumes évoluent à un taux de 4 à 5 % par an essentiellement du fait du développement des techniques nouvelles. Néanmoins, il ne semble pas y avoir de forte substitution avec l'imagerie conventionnelle. Ces dernières années ont été marquées par une réduction des tarifs : baisse de certains d'entre eux, suppression du supplément archivage, <u>modification des règles de facturation notamment.</u></p> <p>En 2010, le nombre total d'appareils autorisés est de 26 dont 26 appareils polyvalents, la part des diversifiés est de 0%. Scanners : 32 appareils en Lorraine en 2011. L'activité enregistrée en 2009 quantifiée 303 797 actes dont 47% réalisé en secteur privé. Les 53% du secteur public se répartissent comme suit : - externes publics: 43 % - hospitalisations secteur public: 57%</p>					
<b>Référentiels</b>	Guide du bon usage des examens d'imagerie de l' HAS ; référentiels des sociétés savantes. Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27 avril 2011-Visa CNP 2011-89					
<b>Economie attendue</b>	2010 : 100M€      2011: 60 M€	<b>Objectif CPOM GDR</b>	<b>Baisse linéaire sur 3 ans</b>	Crâne 5104	Thorax 14 358	Abdo 3370
<b>Chefs projets</b>	ARS : Dr Denis MASSON (appui médical SROS)                      AM : Dr Pascale JEUNEHOMME					
<b>1- Objectif général</b>	Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds exécutés sur l'enveloppe soins de ville (en corrélation avec le taux national d'évolution des dépenses).					
<b>2- Objectifs opérationnels</b>	Analyser les demandes d'autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en termes d'IRM plus efficaces conformément aux objectifs du guide méthodologique du SROS PRS Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants					
<b>3- Actions</b>	<b>ARS</b>	<b>AM</b>	<b>dates</b>	<b>R</b>	<b>NR</b>	<b>RP</b>
Analyse régionale de l'offre des plateaux techniques intégrant l' IRM	X		juin-11			
Analyser les demandes d'autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en termes d'IRM plus efficaces conformément aux objectifs du guide méthodologique du SROS PRS	X					
Réaliser une enquête sur le bilan du parc en région	X		1er sep			
En corrélation avec le SROS/ PRS : Etablir une évaluation des objectifs de diversification de l'offre IRM	X					
Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants						
Accompagnement des médecins prescripteurs et des radiologues libéraux, établissements de santé publics et privés sur des actes d'imagerie conventionnelle ( crâne et/ou le massif facial , thorax et abdomen)	X					
Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS. Diffuser les référentiels de la HAS et des sociétés savantes.	X					
Accompagnement auprès des établissements de santé publics ciblés services urgences et radiologie ( 4 Ets)	X					
Inscription de ces objectifs dans le SROS/PRS	X					
Sensibiliser les radiologues libéraux aux recommandations HAS (indication médicale IRM et scanner)		X	déc-11			
Sensibiliser les prescripteurs médecins libéraux au bon usage de l'imagerie (radios du crâne, de l'abdomen sans préparation, du thorax) et des conditions de prise en charge dans le domaine des ALD		X	août-11			
<b>4- Les indicateurs à observer</b>						
<b>Délais accès IRM</b>						
Suivi du parc						
Suivi des actes						
<b>6 - L'évaluation (indicateurs de suivi)</b>						
Objectifs en terme de diversification du parc						
Inscription de ces objectifs dans le SROS/PRS						
<b>7 - L'indicateur composite cible 2011 Fiche CPOM GDR 5-3</b>						
Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes						

N° 2-GDR	Insuffisance Rénale Chronique				Annexe 2					
Contexte	L'IRC est une altération de la fonction des reins définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire. Elle est secondaire à une maladie rénale. A son stade terminal, elle nécessite un traitement de suppléance pour assurer la survie du patient, soit par greffe soit par traitement d'épuration extra-rénale ...Une greffe peut être envisagée avant la phase terminale : on parle alors de greffe préemptive. C'est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55 % traités en dialyse et 45 % ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47 % des nouveaux cas.									
Enjeux	En 2007, le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale atteignait les 4 milliards € (elle devrait atteindre 5 milliards € en 2025). Les experts estiment que 10 % des IRC terminales pourraient être évitées et que 30 % d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée.									
Lorraine	Au 1er janvier 2010, 2586 lorrains étaient en IRCT (hypothèse basse : défaut de repérage pour les patients pris en charge dans les pays frontaliers). En 2009, 407 Lorrains ont débuté un traitement de suppléance par dialyse ou autodialyse. La majorité était traitée en Lorraine. A noter que le taux standardisé de patients par millions d'habitants est élevé en Lorraine 173,9 (p/mh) contre 150 pour l'incidence nationale (accroissement annuel lorrain : + 1,5%) concernant plus particulièrement les personnes âgées et les diabétiques. Des disparités en Lorraine existent avec une incidence qui varie de 159,8 en Meuse à 186,8 dans les Vosges. Parmi les patients qui débutent un traitement 48% sont diabétiques (moy.nationale: 41%) ou 65% ont une maladie cardio-vasculaire associée à leur IRCT (France: 57%), 32% ont une obésité (France:20%),17,8% avec insuffisance respiratoire (France:11,1%). Le poids de la dialyse péritonéale en Lorraine ne représente que 8% des patients totaux traités (moyenne nationale: 7,2% avec une variation de 2% à 18,8%). Quant à la greffe, elle recule en région, non pas pour des problèmes de greffons mais pour, semble-t-il, un manque de disponibilités des médecins transplantateurs (démographie, ...)									
Référentiels	Recommandations HAS ; Données épidémiologiques du REIN ; ENTRED, PMSI	CPOM	Fiche 6-5 champ ville-hôpital			SROS-PRS traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration				
Economie attendue	Année 2010 : 30 M€ Année 2011 : 100 M€	Lorraine (valeur 2009: 8,4%) 2010 = 10,5%, 2011 = 13% 2012 = 15% , 2013 = 17% Progression du nombre de greffes				Dr COUVAL : en appui médical				
Chefs projets	ARS : Dr Alain COUVAL Assurance Maladie : Dr Dominique FRANCOIS									
Objectifs	1 - Objectif général		2 - Objectifs opérationnels				partenaires extérieurs: REIN, ABM, Experts			
	Améliorer l'efficacité de prise en charge de l'IRC		Dépister et prévenir l'IRC Développer la dialyse péritonéale Développer les greffes							
<b>Dépister et prévenir l'IRC par la promotion et l'accompagnement</b> <b>Promouvoir le développement des stratégies de traitement les plus efficaces : axe promotion de la greffe rénale</b>										
3- Actions				ARS	AM	EXPERTS	Dates butoir	R	NR	Livrables
							2011			Commentaires
Synthèse des informations des référentiels ANAES, HAS, Synthèse des résultats des études réalisées à partir des données REIN, Rédaction d'une Aide à l'élaboration d'un plan d'actions				X			15/11			
Réaliser un état des lieux de la prise en charge en IRC en concertation avec les néphrologues et identifier forces et faiblesses et des greffes				X			31/3			
Elaborer une note de synthèse présentant les atouts et les pistes d'amélioration de l'IRC en Lorraine				X			15/4			
Elaborer un plan d'actions visant à développer des structures adaptées à la DP, la dialyse à domicile, favoriser les coopérations entre structures, faciliter le maintien ou la restauration d'une activité professionnelle (SROS)				X			1/6			
Accompagner les établissements de santé (retour sur les pratiques et diffusion des recommandations) : relayer l'information concernant les programmes de formation,							30/9			
Assurer le suivi de la créatinine.../....					X					
Informers les professionnels de santé et les associations de patients (recommandations HAS)				X			1/10			
Sensibiliser les néphrologues sur les recommandations HAS, les conditions de transport des malades et la prise en charge des dialysés					X		T4			
4- Les résultats attendus et les productions possibles				Calendrier						
Note de synthèse et plan de communication ciblé				X						
Tableau de bord				X						
Kit Praticiens Santé				X						
5- Les indicateurs à observer										
Indicateurs CPOM (voir ci-dessus)										
6- L'évaluation (indicateurs de suivi)				Résultats						
				2010		2011				
Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse / total patient en IRC										
Nombre de patients pris en charge en dehors des centres d'hémodialyse/ nombre total dialysés										
Nombre de patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine + albuminurie/ nombre de patients en ALD diabète										
Délais en jours sur la liste d'attente de greffe										
Délai moyen en jours entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe (somme des délais écoulés entre l'inscription sur liste d'attente et la greffe rénale/ nombre total de patients greffés du rein)										
Progression du nombre de greffes										
<b>(indicateur composite) Fiche 5-3 CPOM GDR</b>				Cible 2011	Résultats					
Part des patients traités par dialyse péritonéale /patients dialysés (CPOM)				13,0%						
Calendrier										





N° 4- GDR	Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville Annexe 2						
<b>Contexte</b>	<p>Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville représentent 1/5ème des dépenses de médicaments. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne de l'ensemble des dépenses de médicaments.</p> <p>Entre 2007 et 2008, elles ont augmenté de 7% et contribuent pour 68% à la croissance du poste. Cette croissance est liée à des facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse de prix concentrée sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits.</p> <p>En Lorraine, l'évolution des dépenses de médicaments remboursées en soins de ville a augmenté de 0,9 % entre 2008 et 2009 (tous prescripteurs confondus).</p> <p>10,8 % des montants remboursés pour les médicaments de la maîtrise Médicalisée ont été prescrits par des établissements en 2009.</p> <p>Les délégués de l'Assurance Maladie interviennent dans les établissements de santé de la région sur le thème des prescriptions de médicaments. Les prescriptions concernées sont prioritairement celles réalisées lors des sorties d'hospitalisation et des soins externes délivrées en officine, donc prises en charge par l'Assurance Maladie sur l'enveloppe des soins de ville. 4 classes thérapeutiques sont ciblées : les antibiotiques, les statines, les IPP et les antalgiques de palier 1 et 2.</p>						
<b>Référentiels</b>	Article 47 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2009						
<b>Economie attendue</b>	<b>Année 2010 :20 M€                      Année 2011 : 60 M€</b>						
<b>Chefs projets</b>	ARS : Dr Christel PIERRAT pharmacien                      AM : Dr Jean Luc SIMONIN						
<b>Objectif général</b>	Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville						
<b>Objectifs opérationnels</b>	Sensibiliser les établissements de santé sur le thème de la prescription des médicaments exécutés en ville. Suivre l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses exécutées en ville avec l'AM Cibler les établissements devant faire l'objet du contrôle, puis démarche contractuelle éventuelle avec plan d'actions.						
<b>Actions</b>							
	ARS	AM	dates	R	NR	RP	
Identifier les établissements surprescripteurs (au-delà du taux national arrêté 6%): pré ciblage	X	X	1er trim				
Effectuer un ciblage définitif	X	X	T3				
Organiser une réunion préalable d'informations générales (sensibiliser tous les établissements)	X						
Organiser une réunion de concertation avec les Fédérations Hospitalières	X			24/6/11			
Assurer les visites des etbs avec l'AM dans le but de conclure un contrat	X	X	T1				
Conclure les contrats avec les établissements ciblés	X	X	T4				
Assurer les visites MMPH		X					
Suivre l'évolution des dépenses des PHMEV en lien avec l'AM		X	par trimestre				
<b>Les indicateurs à observer</b>							
	<b>Résultats</b>						
Nombre d'établissements ciblés	juillet	août	septembre	octobre	nov	décembre	
Suivi des dépenses des établissements ayant contractualisé							
<b>L'évaluation (indicateurs de suivi)</b>							
Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat (les contrats ne portent que sur les médicaments(hors rétrocession) et etbs publics)	100%						
Nombre d'établissements ciblés pour contrat / nombre d'établissements ciblés							
<b>L'indicateur composite cible 2011</b>							
Taux d'évolution des dépenses de PHMEV (établissements ex DG) Dépenses PHMEV à N- Dépenses de PHMEV à N-1/Dépenses de PHMEV à N-1							

N°6- GDR	Services Soins et Réadaptation SSR		Annexe 2			
<b>Contexte</b>	<p>Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1%.</p> <p>Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de: (1) harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, (2) renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social), (3) améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).</p> <p>L'activité de soins de suite et réadaptation ne doit plus être une simple structure d'aval du court séjour mais doit devenir une entité sanitaire apportant des réels bénéfices aux patients, en vue d'une orientation adaptée à l'issue du séjour.</p> <p>En Lorraine, en 2008, il était dénombré 3615 lits et places soit 156 lits et places pour 1000 habitants (France: 160/1000hab) avec un écart significatif entre le territoire Nord : 128/1000 hab, Sud: 192/1000hab. Les lits: 74% sont en soins de suite, les places: 95% en rééducation et réadaptation fonctionnelles (soit 390 places)</p>					
<b>Référentiels</b>	Décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008, Circulaire DGOS N°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008. LR-DGOS-22/2011, INSTRUCTION DGOS du 19 mai 2010. Visa CNP 2010-302 du 17 12 2010					
<b>Objectif cible</b>	<b>Indicateur composite GDR</b> :100% de SSR ciblés à mettre sous MSAP- En Lorraine : 7SSR		<b>Objectif €</b> Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM			
<b>Chefs projets</b>	ARS: Gérard GAUER Assurance Maladie : Ludvine POUPON-LEMARQUIS			Chef projet ARS: SROS SSR		
<b>Objectif général</b>	Améliorer l'efficacité générale du programme SSR					
<b>Objectifs opérationnels</b>	Mettre en œuvre les outils prévus par la réglementation SSR, améliorer la pertinence du recours au SSR, Améliorer l'efficacité des SSR (harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR sur l'ensemble du territoire ) dans un cadre budgétaire contraint					
<b>Limiter le volume d'OQOS attribué aux établissements à la reconduction d'activité 2009 et veiller au respect du volume d'OQOS attribué aux établissements, en particulier ceux financés par OQN et appliquer la procédure de sanction en cas de dépassement Mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficiente du SSR</b>						
<b>3 - Actions</b>	<b>Interventions</b>		<b>Date butoir 2011</b>	<b>NR</b>	<b>R</b>	<b>RP</b>
	<b>ARS</b>	<b>AM</b>				
Limiter le volume d'OQOS attribué aux éts en 2011-2012 à la reconduction d'activité 2009	X					
Assurer une taille critique des unités SSR grâce à la délivrance d'un volume minimal d'activité	X					
Refuser les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité	X		année			
Ne pas attribuer de mesures nouvelles 2010 aux structures autorisées en SSR ex-nihilo	X		année Juin 2011 Sept 2011			
Faire remonter à la DGOS et à la DSS les projets tarifaires avant décision	X					
Déployer et Assurer l'animation des outils régionaux d'aide à l'orientation en SSR	X		2ème trim. 2011			
Former tous les personnels concernés (MCO et SSR)	X		2ème sem.2011			
Généralisation de l'outil	X		2012			
Communiquer sur les indicateurs d'efficacité. Systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR et promouvoir les conventions SSR/médico social ( assurer le suivi des conventions signés et analyser les évaluations)	X	X				
Mettre en place une procédure de mise sous accord préalable : ciblage des établissements, Mis en œuvre, suivi par l'assurance maladie.	X	X	déc.-11			
Accompagnement des établissements MCO prescripteurs.		X	oct.-11			
Accompagnement des établissements SSR mis sous MSAP.		X	nov.-11			
Cibler les établissements dépassant les OQOS	X					
Effectuer une coupe transversale dans le cas de dépassement d'activité	X		2011			
Appliquer les sanctions prévues à l'article L R 6114-10 du CSP si dépassement non justifié	X		2011			
<b>4- Les résultats attendus et les productions possibles</b>						
Etablir un état des lieux des OQOS 2010	X					
Reconduction de l'activité 2009	X					
Autofinancement par ré déploiement de moyens dans l'établissement	X					
<b>5- Les indicateurs à observer</b>						
Suivi de la montée en charge de l'outil « Trajectoire »	X					
Nombre de venue en hospitalisation de jour SSR	X					
Nombre de séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM)	X					
Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux	X					
Avec des établissements d'hébergement, SSIAD	X					
Avec des structures de soins (HAD, MCO)	X					
<b>Résultats</b>						
<b>6- L'évaluation ( 7 indicateurs de suivi)</b>	<b>Cible 2011</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Taux d'entrée directe en SSR : Nombre d'entrées directes en SSR / nombre total d'entrées en SSR	?					
Taux d'orientation en SSR : Nombre de sorties de séjour MCO d'une pathologie vers le SSR/ nombre total de séjours MCO relatifs à la pathologie	?					
Durée de prise en charge : nbre de journée de présence : DMS	?					
Modes de sortie du SSR: Nombre de séjours SSR avec pour mode de sortie X / nombre de séjours SSR terminés	?					
Taux de retour précoce en MCO: Nombre de réhospitalisations d'au moins une nuit en MCO après moins de 2 jours en SSR/ nombre de séjours en SSR	?					
Taux de fuite : Nombre de séjours de patients de la région dans un Ets hors région/ nombre de séjours des patients de la région	?					
Taux d'attractivité : Nb de séjours de patients "hors région" hospitalisés dans les établissements de la région/ nb de séjours dans les Ets de la région	?					
<b>(indicateur composite ) : (indicateur composite ) Fiche CPOM GDR 5-3</b>	<b>T0</b>	<b>Cible</b>	<b>Résultats 2011</b>			
Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible						
<i>Nbre à définir au niveau national mode de calcul : 7 nbre d'éts MSAP/nbre ciblé d'éts à mettre sous MSAP</i>	<b>7</b>	<b>100%</b>				
<b>Calendrier</b>						
Prévisionnel	Lien avec tableau planif.../...					
Réalisé						

N°1- GDR	TRANSPORTS SANITAIRES		Annexe 2				
<b>Contexte</b>	Les dépenses de transports ont progressé en 2009 de + 7,6 % (en valeur) contre + 4,4 % en 2008. Sachant qu'environ 70% des frais de transports sanitaires sont générés par les prescriptions hospitalières (médecins salariés), la cible prioritaire pour les actions déclinées en région est l'hôpital. Comparée à l'évolution 2007-2008 qui était de +8,8% (nettement au dessus de la moyenne nationale : +5,5%), la Lorraine affiche pour 2010 une augmentation de ses dépenses de transports sanitaires de 4 %, (chiffre régime général seul)						
<b>Référentiels</b>	Article 45 de la LFSS 2010 et le décret d'application Arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville						
<b>Economies attendues</b>	Année 2010 : 90 MC		Année 2011 : 90 MC				
<b>Chefs projets</b>	Assurance Maladie : Dr Michel ORDENER		ARS : Véronique FERRAND		Axe planification : Michèle HERIAT		
<b>1- Objectif général</b>	<b>Maîtriser les dépenses de transports sanitaires suite à prescriptions hospitalières exécutées sur l'enveloppe soins de ville (en corrélation avec le taux national d'évolution des dépenses).</b>						
<b>2- Objectifs opérationnels</b>	Suivre <b>trimestriellement</b> l'évolution des dépenses de transports sanitaires ; Cibler les établissements ayant un taux d'évolution supérieur à 4 % pour leurs dépenses de transports sanitaires exécutées en ville sur la base des données inter-régimes en tenant compte de l'évolution de leur activité; Analyser leur activité pour comprendre l'évolution Envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de leur profil et de la démarche ; Contractualiser avec les établissements ciblés; Suivre les CAQCOS trimestriellement Expérimenter nouvelle organisation de transports.						
<b>3- Actions</b>				<b>Dates butoir</b>	<b>R</b>	<b>NR</b>	<b>RP</b>
			ARS	AM	<b>2011</b>		
<b>Pré requis</b> : <i>contrat type précisant les engagements réciproques; les objectifs, le mécanisme financier, l'évolution et le suivi + avenant</i>					<b>17/12/10</b>		
Identifier les établissements susceptibles de faire l'objet d'un contrat (guide et ciblage des gros prescripteurs)*			<b>X</b>		<b>mars</b>	<b>X</b>	
Organiser une réunion préalable d'informations générales (sensibiliser tous les établissements)			<b>X</b>		<b>T1</b>		
Organiser une réunion de concertation avec les Fédérations Hospitalières			<b>X</b>		<b>21-juin</b>		
Assurer les visites des éta avec l' AM dans le but de présenter le contrat			<b>X</b>		<b>mai/ juin</b>		
Conclure les contrats avec les établissements ciblés			<b>X</b>		<b>30-juil</b>		
Suivre l'évolution trimestriellement des dépenses de transports des établissements contractants			<b>X</b>		<b>Tte l'année</b>		
Assurer les visites des établissements (visites AM MMHPH)- Déploiement plan action tripartite pour les etbs signataires			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>T2</b>		<b>4ème trim</b>
Choisir dès réception du cahier des charges les établissements participant à l'expérimentation des centres de régulation			<b>X</b>		<b>T2</b>		
Constituer un groupe de travail régional (qqs transporteurs-qqs hôpitaux- DTARS; etc			<b>X</b>		<b>T4 et 2012</b>		
Réaliser une base régionale transports et process communs aux 4 DT ( éventuellement à partager autres externes)			<b>X</b>		<b>T3</b>		<b>T4</b>
Réaliser un autodiagnostic			<b>X</b>		<b>T4</b>		
<b>4- Les résultats attendus et les productions possibles</b>			<b>Résultats</b>				
Nombre de contrats signés							
Evolution des dépenses des établissements contractants (profil)							
<b>5- Les indicateurs à observer</b>							
Nombre d'établissements ciblés visités/ nombre d'établissements ciblés dans la région							
Nombre de réunions, séminaires, groupe de travail mis en place / nombre d'établissements ciblés dans la région							
<b>6- L'évaluation (indicateurs de suivi)</b>			<b>Cible</b>	<b>Résultats</b>			
Nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l' ARS / nombre d'établissements ciblés			<b>100%</b>				
<b>(indicateur composite )</b>			<b>Cible</b>	<b>Résultats</b>			
Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital			<b>3,30%</b>				
Région : % établissements signataires ayant atteint les objectifs fixés dans leur contrat			<b>100,00%</b>				

## **ANNEXE 3**

### **Corrélation SROS GDR**

SROS_PRS			Coordonnateur : Dr Arielle BRUNNER			PRGDR			Coordonnateur : Patrick MARX		
			Chef projet		Appui médical				Chef projet		Appui médical
Activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie			Paul Charles AUBERT Guillaume LABOURET		Dr Lydie PATCHENKO Dr Denis MASSON						
Imagerie médicale			Jean Louis FUCHS		Dr Philippe BOURRIER Dr Denis MASSON	Imagerie médicale			Dr Denis MASSON		Dr JEUNEHOMME
Télé médecine						Chirurgie ambulatoire			Patrick MARX		Dr GUARDIOLLE
Chirurgie			Patrick MARX		Dr Denis MASSON						
Psychiatrie			Patrick REMY		Dr PERETTE						
SSR et EVP			Gérard GAUER		Dr Sylvie GAMEL	SSR			Gérard GAUER		Ludivine POUPON LEMARQUIS
Filière gériatrique			Karine MAZET		Dr Catherine GUYOT	EHPAD - efficience - prescriptions			Karine MAZET Emmanuel BEUCHER Dr SIMONNIN		Catherine VERONIQUE Dr C PIERRAT
Réanimation, soins intensifs et continus			Pascale PERROT Jean Louis FUCHS		Dr P de BENARDI Dr S GAMEL						
Médecine d'urgence						PDS et urgences hospitalières			Serge MORAIIS		Dr PARANT
PDSH (missions de service public)						Insuffisance Rénale Chronique			Dr Dominique FRANCOIS		Dr Alain COUVAL
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale			MC GABRION		Dr Alain COUVAL	Liste en sus ?			Dr C PIERRAT		Dr Claudine DIF
Traitement du cancer			Alain HENRY		Dr DONNARD						
AVC					Dr Arielle BRUNNER						
HAD			Marie Laure POLO		Dr Alain COUVAL						
PEC enfants et adolescents			Mme CHATRY-GISQUET		Dr Odile DEJONG						

Soins palliatifs-douleurs et soins de support	Martine RICARD	Dr CAUSERET		
Odontologie	Dr Alain GULL	Dr WEISS		
Santé des personnes privées de liberté	Jérôme MALHOMME	Dr Thierry DOUMERGUE		
Addictologie	Gwenola REY	Dr Laurence ECKMANN		
Maladies chroniques	Bénédicte SCHONEMANN	Dr Eliane PIQUET		
Transfusion sanguine		Dr VIRY BABEL		
Gynécologie Obstétrique, néonatal, réanimation médicale	Karine MARPAUX	Dr BLERY MASSINET		
Biologie médicale	Ricardo MARTINEZ	Mme F.RUSPINI Dr N.DEQUIDT		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales				
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal				
<b>Approche transversale sur thématiques</b>				
		<b>Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville</b>	DR Jean-Luc SIMONIN	Dr Chritel PIERRAT
		<b>Transports</b>	Dr Michel ORDENER	Véronique FERRAND
Transfrontaliers	IRC, SAMU ..../....			

## **ANNEXE 4**

### **Les chefs projets**

Les binômes chefs projets de GDR

Thématiques	Chefs projets nationaux	Chefs projets régionaux	CO-Chefs projets régionaux
<b>Les 10 priorités nationales</b>			
Transports sanitaires	J.CLERC-DSS	<b>AM</b> : Dr Michel ORDENER (ARMSAL)	<b>ARS</b> : Véronique FERRAND (DPRGDR)
Insuffisance Rénale Chronique	A.VANNESTE-DSS	<b>AM</b> : Dr Dominique FRANCOIS (DRSM NE)	<b>ARS</b> : Dr Alain COUVAL (DT88)
Prescriptions dans les EHPAD	C.BUSSIÈRE- DSS	<b>AM</b> : Dr Jean-Luc SIMONIN (DRSM NE)	<b>ARS</b> : Dr Christel PIERRAT (DPGDR)
Prescriptions médicamenteuses exécutées en ville	Dr M.MARTY- CNAMTS	<b>AM</b> : Dr Jean-Luc SIMONIN (DRSM NE)	<b>ARS</b> : Dr Christel PIERRAT (DPGDR)
Chirurgie ambulatoire	T.KURTH- DGOS	<b>ARS</b> : Patrick MARX (DPGDR)	<b>AM</b> : Dr Jean-Pierre GARA (DRSM NE)
Imagerie médicale	Y.GINARD- CNAMTS	ARS : Dr Denis MASSON (DOSAAAT)	<b>AM</b> : Dr Pascale JEUNEHOMME (DRSM NE)
Efficience des EHPAD	C.BUSSIÈRE- DSS	<b>ARS</b> : Dr Jean-Marie CAUSERET (DOSAAAT)- Emmanuel BEUCHER (DPGDR)	<b>AM</b> : Catherine VERONIQUE (CARSAT NE)
Prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus	I.CHENEY- DSS	<b>ARS</b> : Dr Christel PIERRAT (DPGDR)	<b>AM</b> : Dr Claudine DIF (DRSM NE)
Permanence des soins ambulatoire et urgences hospitalières	P.RAME-MATHIEU- DGOS	<b>ARS</b> : Serge MORAIS (Accès Santé)	<b>AM</b> : Dr Jean-Marc PARANT (DRSM NE)
Soins de Suite et de Réadaptation	D.OSSELIN- DGOS	<b>ARS</b> : Gérard GAUER (DOSAAAT)	<b>AM</b> : Ludivine POUPON- LEMARQUIS (ELSM88)
<b>Les 2 actions régionales complémentaires de GDR</b>			
Etude sur la prévalence de la chirurgie du canal carpien		<b>AM</b> : Dr Jean-Pierre GARA (DRSM NE)	<b>ARS</b> : Patrick MARX (DPGDR)
Action de formation sur la santé bucco-dentaire en EHPAD		<b>AM</b> : Dr Thierry PERREAU (DRSM NE)	<b>ARS</b> : Patrick MARX (DPGDR)