



# Projet Régional de Santé 2012-2017

— «Ensemble pour la santé  
des lorrains»

## Préambule

### 1 Les principes d'action

#### 1.1 Les trois facettes d'un Projet Régional de Santé

En français, ce terme de projet réfère à des notions de dessein, d'intention, de volonté. Tourné vers l'avenir, il traduit l'ambition de faire mieux pour contribuer à améliorer l'état de santé de la population lorraine.

Globalement, c'est d'abord un document d'orientation sur l'organisation optimale des prises en charge à partir d'une analyse de besoins, dans un cadre contraint. Il s'adresse prioritairement aux offreurs de soins établissements, services et professionnels afin de réguler leurs capacités d'intervention dans un cadre juridique permettant la coopération comme la concurrence.

Mais c'est aussi un document portant fixation d'une doctrine d'intervention pour les professionnels défini par eux et pour eux. Il précise ce qui est reconnu comme l'état de l'art consensuel et optimal des bonnes pratiques de bientraitance, venant conforter ou éclairer les normes et usages en vigueur dans des métiers qui restent marqués par le risque d'isolement.

C'est enfin un outil de planification des activités sur la partie opposable ou de définition de zone prioritaire établies selon des normes (seuils, compétences, qualifications) dans le souci d'améliorer l'accessibilité pour les usagers et la nécessité de graduer l'offre. Au carrefour des projets des établissements et des contraintes, le planificateur recherche un équilibre entre le soutien au potentiel de développement des établissements et l'efficacité d'un système qui demeure médicalement et financièrement déséquilibré.

#### 1.2 Le renouvellement des concepts

Traditionnellement, le débat en matière de santé se concentre autour des approches d'offre et de demande, en vision économique comme sanitaire.

La nouveauté radicale de l'approche PRS issue de la loi HPST est de suggérer et de permettre une approche du parcours du patient-personne en travaillant d'abord sur les points de rupture et de non fluidité de la prise en charge. C'est ce qui a été fait plus particulièrement sur le champ médico-social. Ce secteur est illustratif d'un accompagnement au long cours dans lequel la personne est avant tout prise en compte en tant que telle, au sein d'un environnement multi partenarial où le soignant tient une place relative par rapport aux autres professionnels et aux aidants familiaux.

De même, la place des professionnels de santé libéraux est désormais reconnue à part entière non seulement comme interlocuteurs de l'ARS pour les diverses compétences qu'elle gère mais surtout comme parties prenantes de droit commun de l'offre de soins dans laquelle les établissements devraient voir progressivement leur place recentrée sur les cas les plus lourds et des temps d'intervention raccourcis grâce aux nouvelles techniques et modalités de prise en charge.

Pour autant, il faut reconnaître que l'exercice PRS reste souvent dominé par une logique d'offre du fait du poids économique et social des opérateurs et de la tendance à la raréfaction des ressources financières et médicales.

Sur ce dernier plan, si notre pays a été jusqu'alors en mesure de dégager des moyens financiers et humains supplémentaires chaque année, les modalités de financement de la protection sociale, les choix de vie des professionnels, les inégalités d'implantation territoriales, sont autant d'éléments qui contraindront les choix possibles au cours de la période d'exécution de ce nouveau PRS.

De même, la propension à survaloriser l'approche curative dans le système de santé se confronte à l'exigence des usagers qui, au-delà de la défense de leurs droits- sont de mieux en mieux informés et perçoivent davantage les bienfaits d'une prévention assumée sur l'état de santé personnel et collectif.

Tout ceci concourt à un renversement progressif mais profond des perspectives dans lesquelles chaque institution ou professionnel est appelé à prendre toute sa part. Notre système de santé est à la fois salué et menacé. Les ressources que le pays consacre à sa protection sociale doivent être employées le plus efficacement et le plus justement possible.

Vu la somme de contraintes en jeu, la réponse sera dans le relatif plus que l'absolu, dans le coopératif plus que le concurrentiel, la qualité de l'offre plus que son abondance, la réorientation de structures et des professionnels plus que l'expansion quantitative.

### 1.3 Qui fait quoi ? Le nécessaire partage des responsabilités

#### 1.3.1 Le rôle essentiel de l'ARS

Dans la conception du PRS, l'ARS tient la plume, s'appuie sur des groupes techniques ou d'expertise et soumet à concertation puis évaluation les éléments proposés.

Elle fixe les points de référence et d'organisation qu'elle peut certifier, laissant ouvertes les questions soumises à un choix ultérieur, ou dépendantes de la légitime concurrence entre acteurs et la capacité d'attractivité de chaque établissement dans le cadre de la tarification à l'activité en vigueur.

En tant qu'agence spécialisée, l'ARS a vocation à prendre les initiatives, réunir les partenaires, poser les sujets à traiter, à coordonner l'action des diverses institutions, à provoquer les diagnostics partagés. Elle reste responsable de l'allocation résiduelle de ressources pour la part d'ajustement et de soutien qui lui revient au titre des Migac hors T2A. Elle assume toutes les compétences que lui confèrent les textes sur la régulation, le contrôle et les sanctions.

#### 1.3.2 Mais l'ARS ne peut pas tout

L'amélioration de la santé de la population résultera, demain comme hier, moins du système de soins que plus sûrement de l'action préventive et éducative des familles comme de l'éducation nationale, du cadre de travail organisé par les employeurs au sein des milieux professionnels, de la qualité de l'environnement (alimentation, qualité de l'air notamment) et des comportements individuels.

De même le niveau et les conditions de vie, plus largement les déterminants sociaux sont essentiels pour appréhender les différences et donc les inégalités au regard de la santé. Le niveau, le contenu de la protection sociale, les diverses prestations sociales conditionnent largement l'accessibilité aux soins sans capacité directe d'intervention d'une agence opérateur de santé.

Le soin, la prise en charge, sont de la responsabilité des professionnels de santé, de l'accompagnement, mais également des aidants de proximité. S'agissant des professionnels, il revient à l'Agence la charge de soutenir leur recrutement (cf. la détermination des quotas par spécialités), leur installation (cf. les maisons ou pôles de santé et les contrats d'engagement de service public) et leur exercice (la régulation avec les Ordres professionnels) mais aussi de contrôler le respect des normes réglementaires et de qualité dans l'accès, la prescription et la délivrance des soins.

Les choix stratégiques, les décisions de gestion, les équilibres intra établissements relèvent en premier de l'intervention et du pouvoir d'arbitrage des directeurs d'établissements. L'Agence ne dispose que de pouvoirs seconds de régulation ou de substitution en cas de crise ou de défaillance.

Dans le champ de la prévention, l'administration sanitaire est entièrement dépendante des initiatives, projets, volontés des acteurs professionnels et territoriaux. En particulier, les collectivités territoriales constituent de par leurs missions, leurs effectifs et leur proximité avec la population des acteurs essentiels de l'action sociale et du lien social. L'Agence a pour fonction de promouvoir l'élaboration de diagnostics partagés, d'être attentive ou de susciter et d'accompagner des initiatives locales afin que chaque institution et service porteur d'une mission d'intérêt général intègre le souci de la santé dans ses orientations propres.

Vis-à-vis des usagers, le type de compréhension entre mode de vie et état de santé, leur capacité à comprendre les équilibres entre proximité et sécurité, la nature de leur relation avec les professionnels de santé sont autant de facteurs essentiels qui influent sur la demande de soins. Il revient à l'Agence de rééquilibrer l'asymétrie d'information à leur profit, de travailler sur les axes de la prévention et la bientraitance, de développer une perception collective du système de prise en charge afin de dépasser la vision trop souvent centrée sur la seule expérience personnelle du recours.

C'est dire ainsi qu'un PRS doit être l'œuvre de tous, chacun pour la part de responsabilités qu'il est en mesure de porter.

#### 1.4 La nécessaire priorisation des actions

Le champ de la santé est immense. Chaque acteur a naturellement le souci de voir porter ses préoccupations, ses contraintes, ses désirs de le voir évoluer dans le sens le plus proche de son environnement d'intervention et parfois de ses intérêts.

Le sens de la démocratie sanitaire, c'est de confronter ces attentes multiples avec un cadre de contraintes portant sur les ressources (médicales, soignantes, d'accompagnement et financières), mais aussi sur les délais ou plus fondamentalement sur ce qui relève des capacités d'intervention des acteurs concernés.

Tout ceci impose un effort de synthèse et de priorisation en premier lieu à l'Agence. C'est le sens du classement demandé aux porteurs de projets parmi les multiples objectifs ou actions indiquées dans le document PRS.

Cet ordre de priorité susceptible d'être discuté et contesté, ouvert à la concertation, vise à définir ce à quoi nous tenons le plus si nous sommes obligés de choisir. C'est toute la différence entre A plutôt que B plutôt que C vs A+B+C.

Si les textes du PRS relèvent encore des deux définitions de la priorité compte tenu de la nature plurielle des documents, l'effort de concision et de hiérarchisation demandé aux équipes vise à ouvrir le débat avec les acteurs sur ce qui est essentiel, finançable, atteignable par chacun dans le délai du schéma.

#### 1.5 La volonté d'agir sur tous les leviers

Consciente des attentes de la population, des besoins non satisfaits, de la complexité du système et des pressions contradictoires qui s'exercent sur son fonctionnement, l'ARS compte utiliser pleinement l'ensemble des outils et leviers à sa disposition.

Les objectifs opérationnels et pistes d'action proposées dans le PRS doivent trouver leur traduction dans les décisions des établissements, les pratiques soignantes, les autorisations, financements et impulsions portés par l'Agence.

Pour ce faire, les outils d'orientation de type contractuel, les projets médicaux ou d'autorisation seront systématiquement utilisés, en privilégiant une approche territoriale intersectorielle et inter établissement, afin de faciliter le dépassement de la logique propre à chaque structure, développer les coopérations que ce soit sous l'angle des réseaux, des filières ou des intégrations.

Les conventionnements entre les établissements seront encouragés pour faciliter la structuration de filières, les répartitions d'activité.

Les mutualisations de moyens seront recherchées, moins comme en enjeu d'économies que pour faciliter la pleine implication des structures sur les véritables besoins de prise en charge.



Au total, il s'agit de raisonner en termes d'intérêt général (apprécié au regard du diagnostic et des orientations stratégiques du PSRS), de parcours de soins des patients ou de vie des personnes, de mobilisation des acteurs sur des projets partagés, seule manière de dépasser la nature souvent insoluble des difficultés identifiées au niveau d'un seul établissement.

### 1.6 Une évolution de la pratique des professionnels

Si la structuration des prises en charge est encore par nature essentiellement marquée par l'unité de temps (succession de passages et d'actes) et de lieu (dans les murs de l'établissement), la réponse aux fortes inégalités intra régionales sur l'installation de la ressource, la constitution de filières mieux identifiées par les patients et les médecins de premier recours passe par une mobilité croissante des professionnels de santé, en particulier dans le secteur public.

Parallèlement, les outils techniques disponibles aujourd'hui, notamment dans une région qui a beaucoup investi sur le sujet de la télémédecine, rendent désormais possible une amélioration de la prise en charge (télédiagnostic, expertise) sans déplacement du professionnel de santé.

De même, le développement de la chirurgie ambulatoire comme de l'hospitalisation à domicile sera encouragé comme permettant des soins plus respectueux des modes de vie des patients et économes pour les deniers publics.

### 1.7 La responsabilité de la mise en œuvre du PRS

Chargée par la loi d'élaborer et de piloter la mise en œuvre du PRS, l'Agence entend assumer ses responsabilités tout au long et sur tout le champ du PRS.

Elle développera la fonction d'animation territoriale en infra départemental pour faire progressivement de cette fonction la porte d'entrée des contacts, le niveau de lancement des initiatives de travail en déclinaison des orientations du PRS.

Pour autant, vu l'immensité des sujets à traiter, le nombre des actions à entreprendre (250 objectifs opérationnels et 760 mesures), l'ARS n'a pas la prétention de tout initier et de tout faire, surtout quand la mise en œuvre dépend de la mobilisation ou de la décision d'une multitude de partenaires institutions, gestionnaires d'établissements, collectivités publiques, associations. C'est particulièrement visible dans le domaine médicosocial le plus souvent marqué par des mécanismes de codécision avec les conseils généraux. C'est bien à chacun de ces partenaires de se saisir des thèmes, actions et orientations mentionnées dans ces schémas pour les porter, les traduire, les expérimenter dans son cadre d'intervention professionnel et territorial.

Il est probable que tout ne pourra pas se faire, ni partout ni selon la même intensité. La volonté d'agir, la capacité d'action, l'opportunité de se lancer peuvent être portés et appréciés différemment.

Pour autant, en fin de processus il s'agira d'évaluer ce qui a été produit, amélioré, et d'analyser les causes des blocages ou des échecs.

Le champ de la santé et de la prise en charge est immense. Au-delà des crises de croissance ou d'adaptation qu'il connaît, le tissu sanitaire et médico-social constitue une richesse pour les territoires, une sécurité pour la population, une manne d'emplois non délocalisables, un formidable outil de lien et de cohésion sociale.

L'ARS Lorraine est prête à cette démarche ambitieuse avec tous ceux qui voudront bien la rejoindre.

Jean-François BENEVEISE  
Directeur Général de L'ARS Lorraine

## **REMERCIEMENTS**

*A vous tous,*

*Usagers,*

*Elus*

*Professionnels de santé*

*Acteurs du champ de la promotion de la santé et de la prévention*

*Professionnels de l'action médico-sociale*

*Représentants des partenaires institutionnels*

*qui avez apporté votre éclairage, votre expérience, votre perception des problématiques et vos suggestions,*

*Je tiens tout particulièrement à remercier chacun pour son investissement dans les réflexions et travaux d'élaboration du projet régional de santé. Cette mobilisation est un gage de succès dans la mise en œuvre de ses orientations.*

# SOMMAIRE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>I. LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS) .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>1</b> |
| Présentation du PSRS .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3        |
| Le diagnostic régional .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 6        |
| Les priorités de la région Lorraine .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 18       |
| L'organisation des évaluations et du suivi du PRS .....                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 42       |
| <b>II. LES SCHEMAS D'ORGANISATION .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
| Introduction .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
| <b>II.1. Les thématiques transversales .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |
| Introduction .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2        |
| Addictologie .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3        |
| Accident Vasculaire Cérébral (AVC) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 30       |
| Chirurgie dentaire .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40       |
| Prise en charge des Enfants/Adolescents.....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 49       |
| Maladies chroniques.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 64       |
| Prise en charge des Personnes âgées et des personnes en situation de handicap .....                                                                                                                                                                                                                                                      | 74       |
| Psychiatrie et santé mentale .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 194      |
| <b>II.2. Le Schéma Régional de Prévention (SRP) .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| Introduction .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2        |
| Prévention et Promotion de la Santé.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3        |
| Vagusan.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 101      |
| <b>II.3. Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
| <b>II.4. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS) .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| <b>Introduction.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>2</b> |
| <b>L'offre de soins Ambulatoire.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>3</b> |
| Introduction.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4        |
| Diagnostic régional et territorial.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9        |
| Objectifs opérationnels.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25       |
| Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (excepté les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les sages-femmes libérales, les orthophonistes libéraux), des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ..... | 43       |
| Les zonages de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ....                                                                                                                                                            | 46       |
| Biologie médicale .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50       |

|                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>L'offre de soins Hospitalière .....</b>                                  | <b>55</b>        |
| Introduction.....                                                           | 56               |
| <i>Missions de service public .....</i>                                     | <i>61</i>        |
| Lutte contre l'exclusion .....                                              | 64               |
| Permanence des soins en établissement de santé (PDES) .....                 | 71               |
| Soins palliatifs .....                                                      | 81               |
| Santé des personnes détenues .....                                          | 89               |
| <i>Activités des soins autorisés et EML.....</i>                            | <i>98</i>        |
| Assistance médicale à la procréation .....                                  | 98               |
| Diagnostic prénatal .....                                                   | 109              |
| Cardiologie interventionnelle.....                                          | 117              |
| Chirurgie.....                                                              | 126              |
| Génétique.....                                                              | 137              |
| Périnatalité .....                                                          | 149              |
| Equipements matériels lourds.....                                           | 166              |
| Insuffisance rénale chronique (IRC) .....                                   | 175              |
| Médecine.....                                                               | 186              |
| Médecine d'urgence et liens avec la permanence des soins ambulatoires ..... | 193              |
| Réanimation, soins intensifs et soins continus .....                        | 205              |
| Soins de suite et de réadaptation .....                                     | 214              |
| Traitement du cancer .....                                                  | 230              |
| <br><b>II.5. Annexes .....</b>                                              | <br><b>.....</b> |
| II.5.a. Annexes relatives aux thématiques transversales .....               | .....            |
| II.5.b. Annexes relatives au SRP.....                                       | .....            |
| II.5.c. Annexes relatives SROMS .....                                       | .....            |
| II.5.d. Annexes relatives au SROS-PRS .....                                 | .....            |
| II.5.e. Tableaux des objectifs opérationnels prioritaires.....              | .....            |
| <br><b>III. LES PROGRAMMES.....</b>                                         | <br><b>.....</b> |
| Introduction .....                                                          | .....            |
| <b>III.1. PRAPS.....</b>                                                    | <b>.....</b>     |
| <b>III.2. Programme relatif au développement de la Télémédecine .....</b>   | <b>.....</b>     |
| <b>III.3. PRIAC .....</b>                                                   | <b>.....</b>     |
| <b>III.4. PRGDR .....</b>                                                   | <b>.....</b>     |
| <br><b>GLOSSAIRE.....</b>                                                   | <br><b>.....</b> |

# LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)

## PREAMBULE

L'Agence Régionale de Santé de Lorraine, nouvelle autorité publique créée en avril 2010 sur la base de l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST), s'est vu confier le soin d'unifier un ensemble de démarches stratégiques préexistantes en faveur de la santé.

La mission de l'ARS est de piloter le système de santé, de définir et de mettre en œuvre la politique de santé publique dans la région en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités régionales, territoriales et des besoins de santé de la population.

Dans cette perspective, la loi dote les ARS d'un nouvel outil de planification et de régulation de la politique de santé : le Projet Régional de Santé (PRS).

Ce document de référence, défini par le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010, décrit la stratégie, l'organisation du système de santé et les plans d'actions prévus par l'ARS pour les cinq prochaines années sur ses champs de compétences : la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, l'accompagnement médico-social.

Il est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs du champ de la santé, des usagers et en articulation avec les autres politiques publiques, dans un souci de transparence et d'efficacité. Il est en effet arrêté par le Directeur Général de l'ARS sur avis du Préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux ainsi que de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Le PRS a pour ambition d'apporter une réponse globale, transversale, évolutive et efficiente aux problématiques de santé observées sur les territoires lorrains. Dans ce projet, il s'agit notamment de décroïsonner les secteurs, d'adapter l'offre aux besoins des citoyens en respectant leurs droits, d'optimiser l'allocation de ressources et, enfin, d'organiser un suivi et une évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé.

Si le PRS est avant tout un outil régional, il est néanmoins conçu en tenant compte du cadre national :

- il s'inscrit dans les orientations nationales établies ou en cours de révision :
  - la 1ère loi de santé publique du 9 août 2004 en cours de révision
  - la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005
  - le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2010-2013 signé entre l'Etat et l'ARS Lorraine le 8 février 2011
  - le contrat 2010-2013 Etat/UNCAM
  - les plans nationaux de santé
- il se conforme aux dispositions financières prévues dans les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité Sociale (respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie-ONDAM - fixé à 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012)
- il contribue aux trois priorités nationales transversales retenues par le Comité National de Pilotage des ARS :
  - améliorer l'espérance de vie en bonne santé
  - promouvoir l'égalité devant la santé
  - développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient.



Cette nouvelle approche de la santé déclinée au plan national et régional doit se concrétiser au niveau infrarégional au sein même des territoires de santé.

Aussi, une réflexion liminaire a conduit l'ARS de Lorraine à redéfinir le cadre de sa politique en arrêtant quatre territoires de santé en adéquation avec la logique transversale à ses champs d'action. Ils correspondent aux périmètres des départements de la Meuse, de la Meurthe et Moselle, de la Moselle et des Vosges permettant d'assurer une cohérence avec l'action des partenaires de l'ARS particulièrement les collectivités territoriales, les conseils généraux dans le champ médico-social et les préfets de département pour la veille et la sécurité sanitaire.

Ces territoires sont l'espace de définition juridique de l'action de l'ARS et les lieux d'exercice privilégiés de la démocratie sanitaire. Chacun est en effet doté d'une conférence de territoire, nouvellement installée, qui participera à l'émergence des futurs projets territoriaux de santé en cohérence avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique.

En deçà de ce cadre d'action formel, il s'agit d'organiser et structurer le niveau de soins de premier recours, porte d'entrée du système de santé, pour en assurer un égal accès sur l'ensemble du territoire lorrain. C'est là le cœur de l'action de l'ARS, portée par les animateurs territoriaux. Ces derniers ont le soin de coordonner l'ensemble des professionnels de santé, les structures et les services de proximité. Cette organisation doit permettre de répondre au plus près des besoins de nos concitoyens, notamment les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, en lien avec les collectivités.

Au-delà, il convient de structurer les activités de recours pour l'ensemble des équipements médico-sociaux et sanitaires dans le cadre régional et sur l'axe central du sillon Thionville-Metz-Nancy-Epinal. L'ambition est de mutualiser les ressources, valoriser les pôles d'excellence afin de rendre notre région plus attractive auprès des jeunes professionnels.

\*\*\*\*

L'objet du présent document est d'exposer le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui est la première des trois composantes du Projet Régional de Santé lorrain. Le PSRS fixe à partir d'un diagnostic régional de santé le cadre général de la politique de l'ARS à travers des priorités et des objectifs pluriannuels stratégiques propres à la Lorraine.

Deux autres composantes viendront compléter le PSRS de façon plus opérationnelle conformément aux termes du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010. Il s'agit des schémas régionaux et des programmes d'application de ces schémas.

## Présentation du PSRS

Le PSRS fixe le cadre stratégique transversal à tous les secteurs de la santé pour lesquels l'ARS est compétente. Placé au centre du PRS, il doit répondre aux enjeux d'une profonde transformation de l'action publique en faveur de la santé. C'est pourquoi, au regard d'un diagnostic régional, il identifie les priorités d'action de l'ARS ainsi que les objectifs stratégiques fixés en matière de prévention ; accès aux établissements, professionnels et services de santé ; réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ; qualité et efficience des prises en charge ; respect des droits des usagers.

Les priorités ainsi définies ont vocation à être déclinées dans les schémas régionaux sectoriels que sont :

- le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) avec deux parties : ambulatoire et hospitalière,
- le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS),
- le Schéma Régional de Prévention (SRP).

ainsi que dans les programmes :

- le PProgramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS),
- le Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR),
- le programme de développement de la télémédecine,
- les Programmes Territoriaux de Santé (PTS).

Le diagnostic régional s'appuie sur :

- une évaluation des besoins de santé et de leur évolution tenant compte de la situation démographique, de l'état de santé de la population, des données sur les risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé et des données régionales en matière de santé et de handicap,
- une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Cette réflexion doit être conduite en coordination avec les autres politiques intervenant dans le domaine de la santé notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'organisation du suivi et de l'évaluation du PRS doit être pensée en amont du processus de mise en œuvre du PRS. L'ARS définit dans son PSRS les moyens lui permettant d'apprécier les effets de sa politique et l'atteinte de ses objectifs.

L'ensemble des points énoncés ci-avant, diagnostic régional, priorités régionales et objectifs stratégiques associés, suivi et évaluation du PRS, structure le présent document.

## La méthode de conception du PSRS en région Lorraine

Pour orienter, coordonner et réaliser les travaux d'élaboration du PSRS, l'Agence Régionale de Santé de Lorraine a mis en place une architecture de projet : un comité de pilotage, un comité de consultation, une équipe projet et des groupes de travail essentiellement internes. Les acteurs de santé institutionnels, professionnels et les usagers ont été associés à la réflexion par l'intermédiaire d'un comité de consultation et la participation aux groupes.

Le diagnostic et les propositions de priorités ont été soumis à la concertation au sein des instances de la démocratie sanitaire instaurées par la loi HPST : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conférences de territoire et les deux commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI pour l'une et dans le domaine médico-social pour l'autre.

L'approche nouvelle initiée par la loi HPST a nécessité de développer un diagnostic global et transversal aux différents champs de compétences de l'ARS, focalisé sur le parcours de santé et d'accompagnement de la personne aux différents âges de la vie.

Cette approche rompt la méthodologie traditionnelle qui aurait conduit à dresser un bilan détaillé des actions de prévention menées dans le cadre des plans de santé publique des années antérieures ainsi que de l'organisation des soins ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux. On retrouvera cette démarche dans les travaux des différents schémas qui constituent la seconde étape de l'élaboration du PSRS.

Ces notions de transversalité et de parcours de santé ont été étudiées sur cinq domaines thématiques :

- Le Handicap et vieillissement,
- Les Maladies chroniques,
- La Santé mentale,
- La Périnatalité, l'enfance et l'adolescence,
- Les Risques sanitaires.

Parallèlement, un état des lieux de la santé des lorrains a été réalisé avec la contribution de l'ORSAS de Lorraine, ainsi qu'une analyse de l'offre portant sur les champs ambulatoire, et hospitalier. La Lorraine ayant des frontières communes avec la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg, un focus a été réalisé sur l'offre transfrontalière.

L'analyse de l'ensemble de ces éléments a conduit, d'une part, à identifier les grandes problématiques de l'état de santé des lorrains et d'autre part, à apprécier la déclinaison des orientations de la loi en termes d'accès aux professionnels de santé, de qualité et d'efficacité de l'organisation de nos services.

Chaque groupe de travail a prolongé son diagnostic en proposant, sur son domaine, des priorités d'actions déclinées en objectifs et des mesures de coordination avec les autres politiques de santé. Ces propositions ont contribué, après synthèse, à la définition des priorités et des objectifs stratégiques structurant le PSRS, éléments soumis à la concertation.

Les objectifs stratégiques associés aux priorités ont été construits selon une arborescence à deux niveaux : les objectifs généraux et les objectifs spécifiques. En effet, chaque priorité du PSRS a été déclinée en objectifs généraux et chaque objectif général a été dissocié en objectifs spécifiques correspondant aux différents aspects de santé qu'il recouvre et/ou aux différents groupes de population concernés.

Dans le cadre des schémas et des programmes d'actions, des objectifs opérationnels viendront compléter cette arborescence d'objectifs. Ces objectifs opérationnels correspondent aux actions qui seront menées pour atteindre chaque objectif spécifique.

Le PSRS comprend les modalités d'évaluation du PRS en s'appuyant sur une gouvernance incluant les partenaires extérieurs.

Les mesures de coordination avec les différentes politiques de santé seront définies dans le cadre des objectifs opérationnels des schémas d'organisation.

## Le diagnostic régional

*Le présent diagnostic s'appuie sur les chiffres et analyses issus de « l'Atlas de la santé des lorrains » fournis par l'ORSAS Lorraine, daté de septembre 2010. Les données relatives à la population et à la structure économique de la région proviennent de l'Insee.*

*Une partie des données, fondées sur des estimations provisoires ou des projections, est susceptible d'évoluer et donc de modifier la valeur de certains indicateurs contenus dans ce document.*

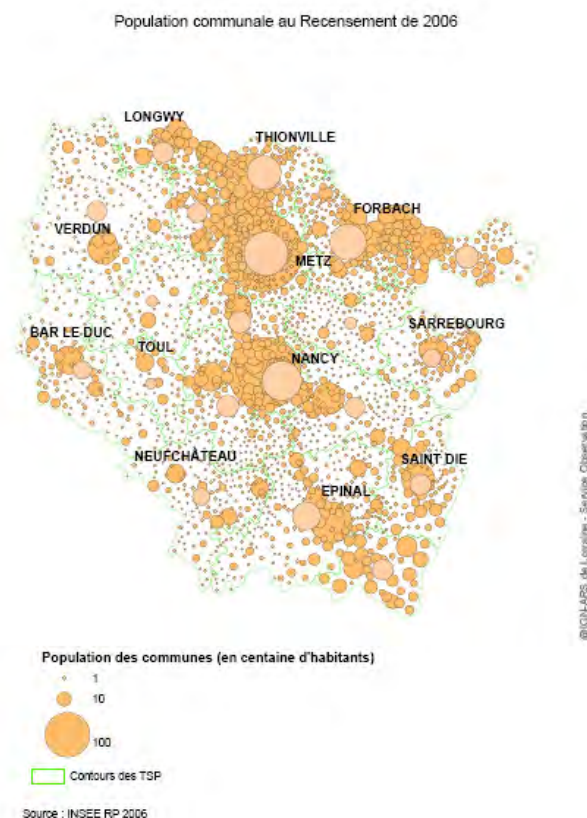
### Des disparités géo-démographiques

#### a. Une région frontalière, inégalement peuplée

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la Lorraine compte 2 346 361 habitants, répartis très inégalement sur les quatre départements qui composent la région. Les départements de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle sont les plus peuplés, avec respectivement 1 042 230 et 729 768 habitants. Dans ces deux départements, fortement urbanisés, les densités de population sont très supérieures à la densité moyenne régionale (99 habitants au km<sup>2</sup>). La Moselle compte 167 habitants au km<sup>2</sup>, la Meurthe-et-Moselle en compte 139.

Les départements des Vosges et de la Meuse sont les moins peuplés, avec respectivement 380 145 et 194 218 habitants. Dans ces deux départements, plus ruraux, les densités de population sont très inférieures à la moyenne régionale, avec 65 habitants au km<sup>2</sup> dans les Vosges et 31 dans la Meuse.

Indépendamment de ce découpage administratif, une part importante de la population lorraine est concentrée autour du « sillon lorrain », qui s'étend du massif des Vosges au sud, à la frontière luxembourgeoise au nord, sur un tracé passant par Épinal, Nancy, Metz et Thionville.



## **b. Un renouveau démographique faible et contrasté**

Après la stagnation observée durant la décennie 90, la population lorraine croît à nouveau au rythme annuel moyen de 0,16% sur la période 1999-2007, soit une augmentation d'environ 3700 habitants par an. Ce rebond démographique n'est pas dû à une hausse du solde naturel – écart entre naissances et décès - égal à 0,3% - puisque ce dernier est stable depuis le début des années 90. Il résulte uniquement d'une amélioration relative du solde migratoire -écart entre le nombre de personnes qui se sont installées en Lorraine et le nombre de personnes qui en sont sorties sur une période donnée - qui passe de -0,3% sur la période 1990-1999 à -0,1% sur la période 1999-2007. Cette remontée relative du solde migratoire est corrélée au développement du marché du travail luxembourgeois qui a pour effet de maintenir voire attirer la population active en Lorraine et de développer l'emploi frontalier. Cette reprise démographique est toutefois très inférieure à celle observée au niveau national. Sur la même période (1999-2007), le rythme annuel moyen de croissance de la population française est égal à 0,7%. Ce différentiel de dynamisme démographique est davantage imputable au solde migratoire (+0,3% au niveau national contre -0,1% en Lorraine) qu'au solde naturel (+0,4% contre 0,3% en Lorraine).

Avec la modification du solde migratoire au cours de cette dernière décennie, les exercices de projection de population ont été fortement modifiés. Au début des années 2000, dans les scénarii retenus, la population lorraine diminuait dès 2011. Avec la remontée du solde migratoire, le retournement démographique ne devrait se produire qu'après 2021. Mais là encore, les choses sont susceptibles d'évoluer sous l'effet des mutations économiques du territoire lorrain, et notamment du renforcement ou non du travail frontalier à destination du Luxembourg.

Au niveau départemental, les évolutions démographiques récentes (période 1999-2007) sont contrastées. Le département des Vosges est le seul département lorrain dans lequel la population est en baisse, de 0,2% sur la période 1999-2008. Les plus fortes baisses de population sont concentrées dans l'ouest et le sud du département.

Parmi les autres départements, la Meurthe-et-Moselle affiche la croissance démographique la plus élevée, avec une hausse de 2,2% de sa population entre 1999 et 2008. En Moselle, l'évolution démographique est de 1,8%, mais avec de forts contrastes infra-départementaux : autour de Thionville, la population augmente du fait du développement du travail frontalier ; dans le bassin houiller, la population diminue notamment du fait de la fermeture des Houillères du Bassin de Lorraine. Enfin, la Meuse semble tourner la page du déclin démographique avec une hausse de 1,1% sur la période 1999-2007. Dans ce département, les dynamiques de populations sont également extrêmement diverses, le nord bénéficiant de l'attractivité frontalière vers la Belgique. De façon générale, la Meuse affiche un clivage Est-Ouest important, l'Est porté par une hausse de population alors que l'Ouest continue de voir sa population diminuer.

A l'horizon 2021, la population devrait continuer de croître dans trois départements lorrains. Seules les Vosges, où la baisse démographique est déjà amorcée, devrait voir sa population baisser dans la décennie prochaine.

## **c. Un vieillissement de la population**

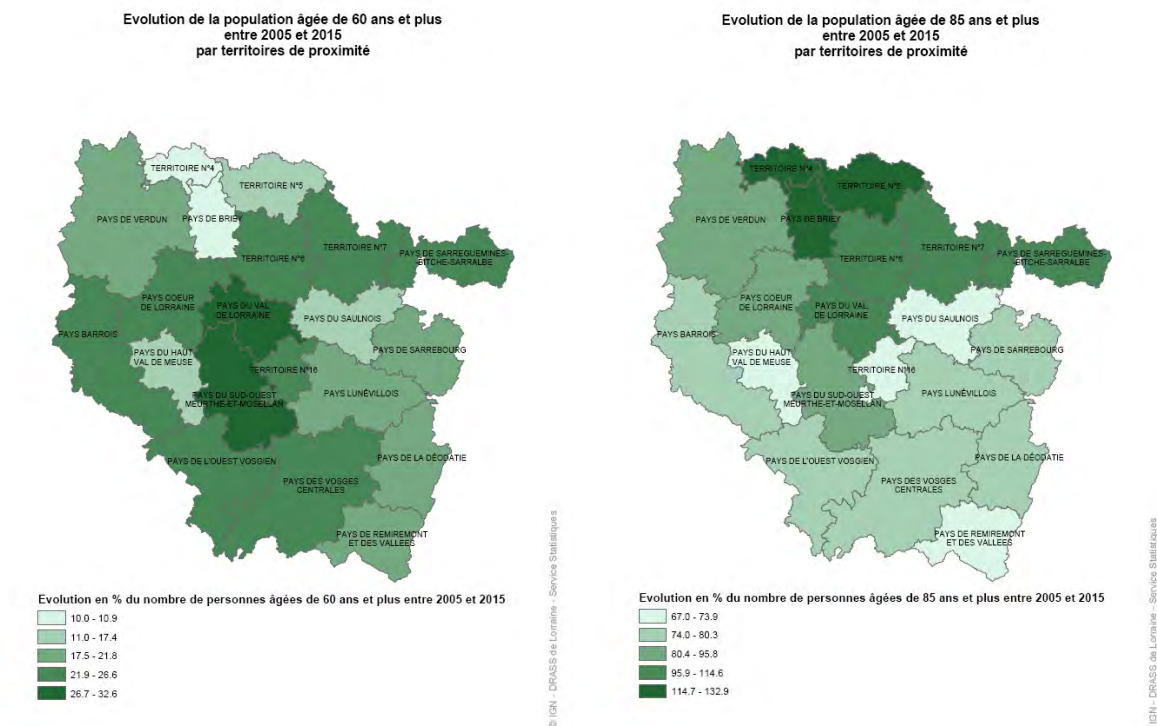
Quel que soit le scénario démographique retenu, la population française est vieillissante. Ces constats sont également valables pour la Lorraine dans des proportions pour l'instant comparables au niveau national mais les écarts devraient se creuser à l'horizon 2030.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% France entière. Cet écart défavorable à la Lorraine devrait aller en s'amplifiant : en 2030, la part des lorrains âgés de moins de 20 ans serait de 21,1%, soit 1,5 point de moins qu'au niveau national. Toutefois, cette tendance pourrait être contenue par un renforcement de l'attractivité des pôles universitaires de Metz et de Nancy, ce dernier comptant actuellement 45 000 étudiants (5<sup>ème</sup> rang français).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, plus d'un lorrain sur cinq (21,6%) est âgé de 60 ans ou plus, contre 21,7% au niveau national. Pourtant, la Lorraine est une région qui vieillira plus rapidement que l'ensemble des régions françaises. Ainsi, en projection à l'horizon 2030, les personnes âgées de 60 ans ou plus



représenteront près de 31% de la population totale en Lorraine, contre 29,3% en France métropolitaine. De même, 8,4% des lorrains sont âgés de 75 ans et plus au 1<sup>er</sup> janvier 2008, contre 8,6% au niveau national. D'ici à 2030, la population de cette classe d'âge devrait augmenter de plus de 60% en Lorraine. Ainsi, en 2030, plus d'un lorrain sur huit sera âgé de 75 ans et plus.



## Une région confrontée à ses difficultés économiques et sociales

### Une économie frappée par la crise ...

En 2009, plus des deux tiers (68,7%) de la valeur ajoutée produite en Lorraine provient du secteur des services, marchands ou non. Depuis deux décennies, la structure de l'économie régionale tend à converger vers le niveau national, avec toutefois quelques différences en lien avec le passé industriel de la région. Ainsi, la part des services marchands dans la valeur ajoutée reste significativement en deçà du niveau national. A l'inverse, avec notamment le maintien d'activités dans la sidérurgie et la construction automobile, l'industrie représente encore 15,8% de la richesse produite en Lorraine, soit 3,3 points de plus qu'en moyenne nationale. Le poids du secteur industriel se mesure également au travers de sa part dans l'emploi total : au 31 décembre 2008, 17,9% de la population active occupée lorraine travaille dans l'industrie contre 13,9% pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Depuis le début des années 2000, l'économie régionale peine à créer des emplois. En effet, entre 2000 et 2006, la Lorraine est l'une des rares régions françaises à avoir enregistré une baisse du nombre de ses emplois salariés avec 8 900 postes en moins. Cette diminution de l'emploi salarié est imputable aux pertes d'emploi dans l'industrie, excédant les créations dans le secteur tertiaire ou la construction.

L'économie lorraine a très fortement souffert de la crise économique qui a débuté en 2008. Ainsi, en 2009, l'emploi salarié régional recule de 2,8% soit une perte de 14 000 emplois en un an seulement, dont plus de la moitié dans l'industrie. La crise économique mondiale frappe durement l'économie lorraine, du fait de son exposition forte à la demande des entreprises allemandes. Avec la crise, les

exportations, notamment vers l'Allemagne, se sont effondrées, le chômage a grimpé en flèche. Au commencement de la crise (juin 2008), le taux de chômage lorrain est de 7,5% contre 7,2% au niveau national. Deux ans plus tard, le taux de chômage lorrain est repassé au dessus de la barre des 10% et l'écart avec le niveau national (9,3%) s'est creusé. En juin 2008, 28 000 lorrains étaient à la recherche d'un emploi depuis plus d'un an ; deux ans plus tard, ils sont plus de 50 000.

Ce faible dynamisme est toutefois partiellement compensé par le fort développement du travail frontalier induit par la croissance de l'économie luxembourgeoise. La Lorraine compte environ 100 000 travailleurs frontaliers dont près des trois quarts travaillent au Grand Duché. Les besoins de main d'œuvre du Luxembourg expliquent en grande partie l'amélioration relative du solde migratoire de la région entre 1999 et 2007.

### **... aux conséquences sociales encore mal évaluées**

A défaut de bénéficier du recul suffisant pour mesurer les effets de la crise sur la pauvreté en Lorraine, il est plus que probable que la crise ait amplifié les phénomènes et constats existants. En 2007, le taux de pauvreté lorrain était supérieur au taux français : 13,9% contre 13,4%. Le niveau de bas revenus (1<sup>er</sup> décile) lorrain était de 6540 € proche du national (6573 €). Fin 2008, le taux de bénéficiaires du RMI en Lorraine est de 6,1% (pour 100 ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 59 ans), taux proche du niveau national (6%). Avec cependant des différences départementales : la Meurthe-et-Moselle détient le taux de RMI le plus élevé (7,3%), suivie par la Meuse (6,5%), les Vosges (5,6%) et la Moselle (5,4%). Fin 2009, le taux d'allocataires du minimum vieillesse (régime général) en Lorraine est inférieur au taux national : 2,3 % contre 3,1%. Enfin, concernant l'accès à la santé des plus défavorisés, le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire est de 5,1% en Lorraine (données 2009) contre 5,7% au niveau national.

## **Des risques sanitaires et environnementaux diversifiés**

La présence de risques est diversifiée et quantitativement inégale selon les départements lorrains. Outre ceux liés aux axes de transport, existent des risques relatifs :

- aux couloirs d'inondations dans les vallées fluviales du sud vers le nord (Meuse, Moselle, Meurthe),
- aux complexes industriels majeurs implantés dans les départements de Moselle et de Meurthe-et-Moselle,
- à la centrale nucléaire de Cattenom au nord de la Moselle,
- aux zones d'effondrements miniers dans les bassins ferrifère, houiller et salifère,
- et à la présence d'armes chimiques anciennes (1<sup>ère</sup> guerre mondiale) dans le nord de la région.

En matière de santé environnementale, des spécificités régionales ont été mises en lumière. Dans les massifs vosgiens, des risques sont liés à la présence d'eaux impropres à la consommation car agressives et à la présence de radon, substance radioactive, également présente dans les bassins ferrifère et houiller. Deux tiers des captages d'eau en Lorraine disposent d'un périmètre de protection alors que l'objectif affiché est de sécuriser la totalité des points de captage. La qualité de l'air extérieur est en général bonne même s'il subsiste des dépassements de valeurs limites à proximité de certains secteurs industriels et routiers. En revanche, la qualité de l'air dans l'habitat reste une préoccupation en Lorraine, région dans laquelle 4% de la population vit dans un logement potentiellement indigne ; avec une préoccupation forte pour les intoxications au monoxyde de carbone.

En ce qui concerne le risque sanitaire lié au travail, 15,7 % des salariés lorrains sont ou seront exposés à un ou plusieurs facteurs cancérogènes au cours de leur activité professionnelle (source : enquête Sumer 2003). La Lorraine est la 4<sup>ème</sup> région concernée par la gestion, le traitement et la requalification de sols pollués et des friches industrielles.

## Des indicateurs de l'état de santé défavorables par rapport au national

### Une espérance de vie qui augmente tout en restant inférieure au niveau national

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en Lorraine est de 76,3 ans pour les hommes et de 83,1 ans pour les femmes. Sa progression s'inscrit dans la tendance nationale, sans toutefois parvenir à combler son retard. Elle reste inférieure de 1,2 an à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes. La Lorraine reste parmi les régions françaises où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible ; elle occupe le 17<sup>ème</sup> rang pour les hommes et le 20<sup>ème</sup> pour les femmes. Les écarts avec les régions françaises les mieux classées (Rhône-Alpes, Ile de France) sont supérieurs à 2 ans, laissant entrevoir des améliorations encore possibles.

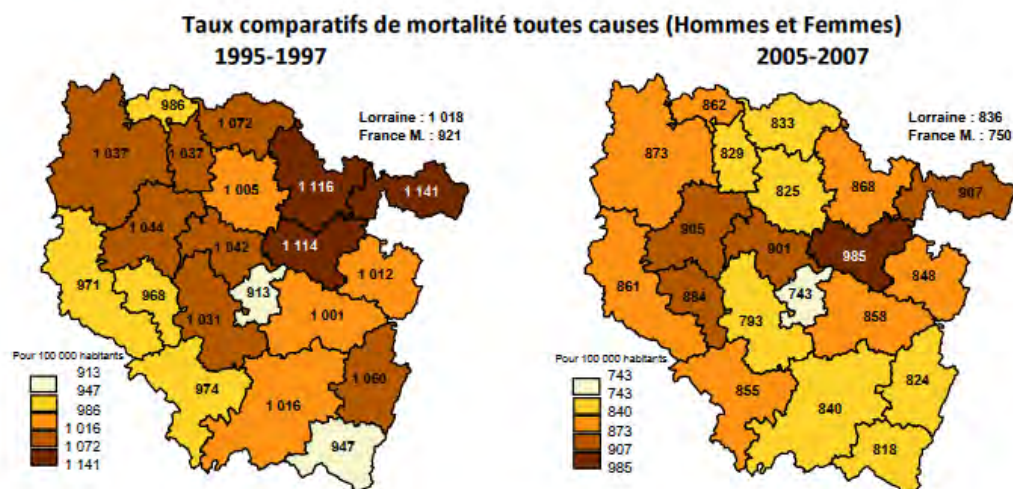
L'élévation de l'espérance de vie est liée à la réduction de la mortalité à tous les âges de la vie. Concernant la mortalité infantile, sur la période 2005-2007, le taux de mortalité annuel moyen en Lorraine est de 4,4 pour mille naissances, contre 3,7 au niveau national. Ainsi, malgré la baisse tendancielle de la mortalité infantile, la Lorraine affiche toujours des résultats en deçà des résultats nationaux.

### Une surmortalité notamment prématurée (avant 65 ans)

En Lorraine, sur la période 2005-2007, le taux comparatif annuel de mortalité est égal à 836 pour 100 000 habitants en Lorraine alors qu'il est de 750 en France. Cette « surmortalité » est significative pour l'ensemble des territoires de santé de proximité, à l'exception de celui de Nancy où le taux de mortalité est légèrement inférieur à celui enregistré nationalement.

Dans certains territoires de santé de proximité, les niveaux de mortalité élevés nécessitent des actions ciblées, à l'instar du Saulnois qui détient le taux de mortalité le plus élevé de Lorraine avec 985 décès pour 100 000 habitants. Dans une moindre mesure, d'autres territoires comme le Bassin Houiller, Sarreguemines-Bitche ou le Val de Lorraine présentent une surmortalité significative relativement au niveau national, mais également régional. Les maladies chroniques sont les principales causes de cette surmortalité, tumeurs et maladies circulatoires sont responsables de près de six décès sur dix (57,6%).

Dans la région, la mortalité prématurée (avant 65 ans) a reculé de près de 15% entre les périodes 1995-1997 et 2005-2007. Cette baisse, plus sensible chez les hommes que chez les femmes, suit la tendance observée au niveau national. Toutefois, le taux de mortalité prématurée en Lorraine reste supérieur au niveau national. Entre 2005 et 2007, le taux comparatif de mortalité prématurée est de 202 pour 100 000 habitants en Lorraine contre 187 en France métropolitaine. Du fait de comportements à risque plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, la mortalité prématurée représente 28% des décès masculins contre 14% des décès féminins. La mortalité prématurée serait pour moitié évitable, soit par changement des comportements individuels, soit par le développement d'actions de prévention et de dépistage.



Une offre de santé inégalement répartie

### a. Une offre de soins ambulatoire inférieure au niveau national et inégalement répartie

En Lorraine, l'offre de soins ambulatoire est fragilisée. Un déficit global est constaté sur certains territoires. Il s'accroîtra au regard des perspectives démographiques de certaines professions.

#### Les médecins généralistes libéraux :

Au 31 décembre 2009, en Lorraine, le nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (106,6) est inférieur à celui de la France (111,3). On constate de fortes disparités de densité entre les départements.

| Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 31/12/2009 |       |         |        |          |        |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| Meurthe et Moselle                                                    | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
| 121,9                                                                 | 86,7  | 102,5   | 98,7   | 106,6    | 111,3  |

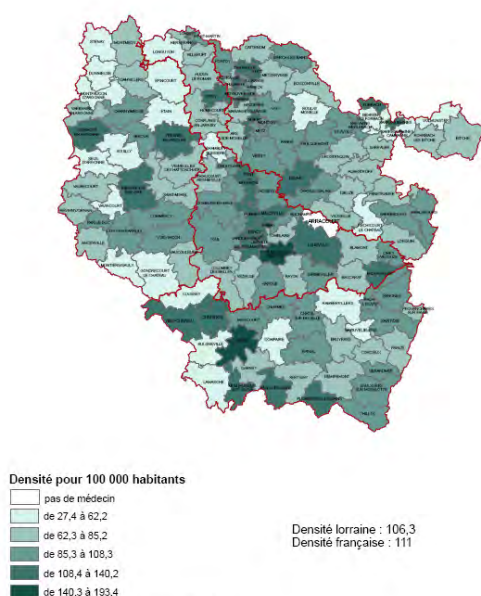
Source : DREES, ADELI

Les densités les plus élevées sont observées en ville. Le territoire de Nancy et de son agglomération enregistre la plus forte densité avec 152,7 généralistes pour 100 000 habitants. Celle du territoire de Metz est également relativement élevée : 117,5.

Les densités sont plus faibles dans les territoires à dominante rurale tels que la Meuse du Nord (81,4 pour 100 000), ou le Coeur de Lorraine (Saint-Mihiel, 88,3). Elles sont également basses dans les territoires ayant un passé minier. On dénombre ainsi 85,7 médecins pour 100 000 habitants dans le Bassin Houiller et 87 dans le Bassin de Briey.

L'étude de la pyramide des âges des médecins généralistes révèle que 40% d'entre eux ont plus de 55 ans. Dans le rapport de l'ONDPS 2006-2007, une estimation fait état de 700 départs potentiels en retraite d'ici à 2015. Les remplacements sont loin d'être assurés, étant donné que près d'un médecin généraliste jeune diplômé ne fait pas le choix de s'installer en cabinet. Ces éléments combinés laissent entrevoir très prochainement des inadéquations accrues entre besoin et offre. Cette inadéquation sera d'autant plus forte sur les territoires déjà actuellement peu dotés en médecins.

**Densité des médecins généralistes libéraux  
(y compris médecins miniers)  
au 01/01/2009  
par canton**



Sources : ADELI au 01/01/2009 - INSEE RP 2006 - Camé-Est

**Projection à l'horizon 2020  
(si aucune nouvelle installation)**



Source : ADELI au 01/01/2009 - RP INSEE 2006 - Camé-Est



## Les médecins spécialistes libéraux

Au 31 décembre 2009, la Lorraine compte 64 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants contre 68,2 en France.

| Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 31/12/2009 |       |         |        |          |        |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| Meurthe et Moselle                                                    | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
| 83,6                                                                  | 30,5  | 62,7    | 47,4   | 64       | 68,2   |

Les plus fortes concentrations se trouvent sur le territoire de Nancy : 155,4 pour 100 000 habitants et dans une moindre mesure sur celui de Metz et de son agglomération : 91,5. A l'opposé, la présence des médecins spécialistes libéraux est très faible dans les territoires à dominante rurale. Par exemple, on compte seulement 4 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans le Cœur de Lorraine (Saint-Mihiel) et 6,8 pour 100 000 dans le Saulnois.

La pyramide des âges des médecins spécialistes est elle aussi préoccupante : 53% d'entre eux ont plus de 55 ans. Un rapport du comité régional de l'ONDPS, daté d'octobre 2007, indique que près de la moitié des médecins spécialistes formés à Nancy ne s'installent pas dans la région. Ces éléments concourent à fragiliser à terme l'offre de soins en médecine spécialisée.

## Les autres professionnels de santé libéraux

S'agissant des autres professionnels de santé libéraux (chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...), leurs densités en Lorraine sont, elles aussi, inférieures à la moyenne nationale.

L'écart le plus important concerne les masseurs kinésithérapeutes. Leur densité est égale à 58,4 pour 100 000 en Lorraine contre 86 en France. Le département le plus pourvu est la Meurthe et Moselle avec 65,5 (84,7 pour le territoire de Nancy et son agglomération), celui le moins pourvu est la Meuse avec 48 (34 pour le pays du haut de val de Meuse).

En Lorraine, la densité des chirurgiens dentistes est de 57,9 pour 100 000, elle est située en dessous du niveau national : 60,7. Elle varie fortement d'un département à l'autre.

La Meurthe et Moselle possède une densité 2 fois plus élevée que la Meuse, 67,7 contre 33,6, avec une densité qui s'élève à 91,6 sur le territoire de Nancy et son agglomération.

Le nombre d'infirmiers pour 100 000 lorrains est de 102,5, en dessous du niveau national : 119,7, avec des écarts infrarégionaux importants, à titre d'exemple citons le pays de Sarrebourg : 163 et le pays du bassin de Briey : 70,1. Le territoire de santé le plus doté est la Moselle : 117,9, celui le moins doté les Vosges avec 83,2 infirmiers pour 100 000 habitants.

## b. Une offre de soins hospitalière abondante concentrée sur le sillon lorrain

La Lorraine apparaît aujourd'hui comme une région globalement sur-dotée avec une offre sanitaire insuffisamment diversifiée. Marquée par un fort passé industriel, l'offre hospitalière lorraine doit nécessairement évoluer tant dans son dimensionnement que dans sa nature.

En 2009, le taux d'équipement en lits et places en MCO est égal à 4,37 pour 1000 habitants contre 3,86 en métropole.

Certaines disciplines et prises en charge sont territorialement doublonnées, au risque de nuire à la lisibilité des filières et à la performance globale de l'offre de soins. Par ailleurs, des plateaux techniques se révèlent surdimensionnés et imparfaitement optimisés.

L'offre hospitalière de second recours est concentrée autour du sillon lorrain avec un CHRU à Nancy et un CHR à Metz-Thionville, ces deux établissements s'étant récemment engagés au sein d'une Communauté Hospitalière de Territoire.

L'offre hospitalière « périphérique » au sillon lorrain présente des configurations diverses.

Le département des Vosges est équipé de 4 centres hospitaliers généraux MCO et d'une offre privée essentiellement positionnée sur le secteur d'Epinal. Par ailleurs, les Vosges sont maillées par 11 ex-hôpitaux locaux, établissements sans plateau technique et développant une offre médico-sociale importante.

La Moselle possède une offre sanitaire relativement dense, essentiellement structurée autour de deux axes : d'une part, la zone de Metz-Thionville et, d'autre part, la Moselle Est comprenant le bassin houiller et Sarreguemines. Ce dernier territoire, compte tenu de son équipement historique, présente un fort besoin de restructuration. Le département de Moselle est également exposé à l'attractivité des établissements de l'Alsace et d'Allemagne. En Meuse l'offre de soins MCO est portée par 5 établissements de santé dont 2 CH généraux et une clinique privée. Une coopération public/privé est constituée sur le territoire de Bar-le-Duc.

La Meurthe-et-Moselle dispose d'une offre MCO importante, essentiellement concentrée sur l'agglomération nancéienne et avec des plateaux techniques très modernes. Le département se caractérise également par le positionnement de plusieurs établissements de recours régional voire interrégional ; au nord, une forte coopération franco-belge est en cours de déploiement.

En Soins de Suite et Réadaptation (SSR), le taux d'équipement en lits et places est de 1,6 pour 1000 habitants équivalent à celui de la métropole : 1,69. Cependant, l'offre en SSR est très inégalement répartie sur le territoire lorrain : le taux d'équipement varie de 1,46 en Meuse à 2,22 dans les Vosges, le taux en Moselle étant de 1,78 et en Meurthe et Moselle de 1,95. Certaines structures situées en Meurthe et Moselle disposent d'un rayonnement régional.

On identifie une problématique de l'aval SSR.

La mise en œuvre d'une offre partiellement spécialisée en SSR et la fluidité des filières constituent des enjeux importants.

Dans un contexte de nécessaire résorption des déficits et d'évolution des modalités de financement, l'offre hospitalière lorraine doit gagner en efficience (existence d'indicateurs de performance peu favorables) :

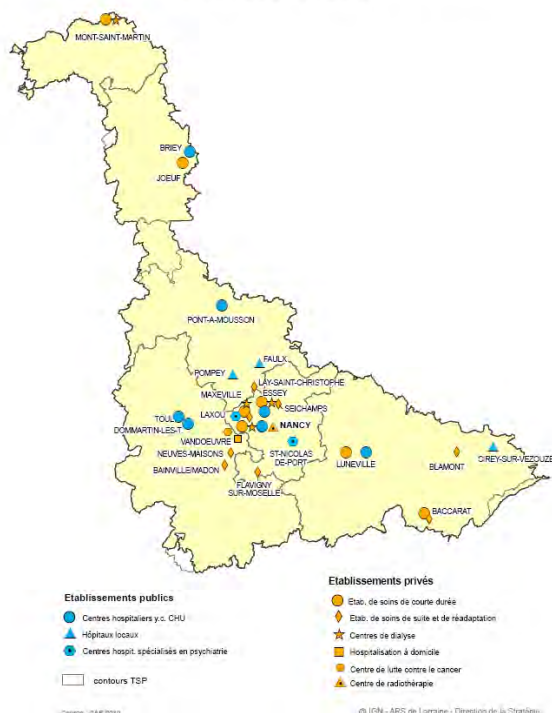
- certains établissements présentent des durées moyennes de séjour (DMS) longues et des taux d'occupation faibles,
- certains blocs opératoires et équipements matériels lourds sont sous-utilisés,
- les alternatives à l'hospitalisation sont insuffisamment développées (Hospitalisation à Domicile, Hospitalisation de Jour, chirurgie ambulatoire),
- des filières de soins gériatriques restent à développer et à optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de plus de 75 ans).

Enfin, une meilleure articulation de l'offre hospitalière avec la médecine de ville et les structures médico-sociales reste à promouvoir.

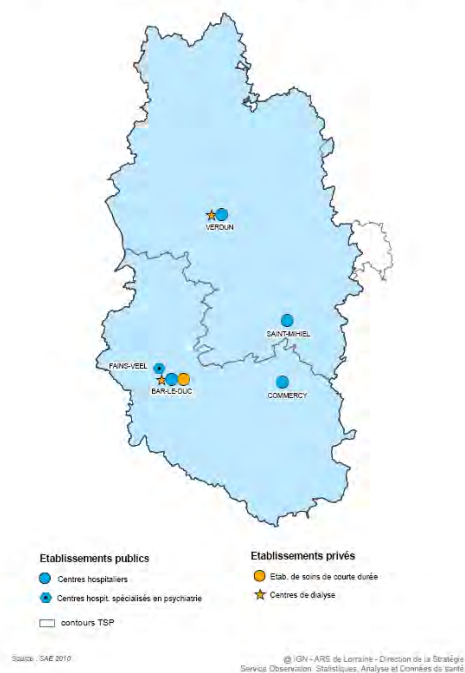
Concernant la démographie médicale, au 1/1/2010 les effectifs à l'hôpital public sont de 306 généralistes soit 14 % des effectifs Lorrains contre 15 % en France métropolitaine et pour les spécialistes de 1306 soit 39% contre 36% des effectifs en France métropolitaine.

Certaines spécialités présentent, tous secteurs confondus, un taux de médecins pour 100 000 habitants beaucoup plus faible que le taux national. C'est le cas en particulier pour le secteur public pour les spécialités : anatomie et cytologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, ophtalmologie et biologie médicale qui présentent des taux pour 100 000 habitants faibles et en écart de plus de 15 points par rapport au national.

Etablissements de santé (hors USLD) de Meurthe&Moselle  
Localisation par commune



Etablissements de santé (hors USLD) de Meuse  
Localisation par commune



Etablissements de santé (hors USLD) de Moselle  
Localisation par commune



Etablissements de santé (hors USLD) des Vosges  
Localisation par commune





### c. Une offre de soins médico-sociale globalement abondante, diversifiée et inégalement répartie

L'offre médico-sociale en Lorraine est abondante et inégalement répartie sur le territoire.

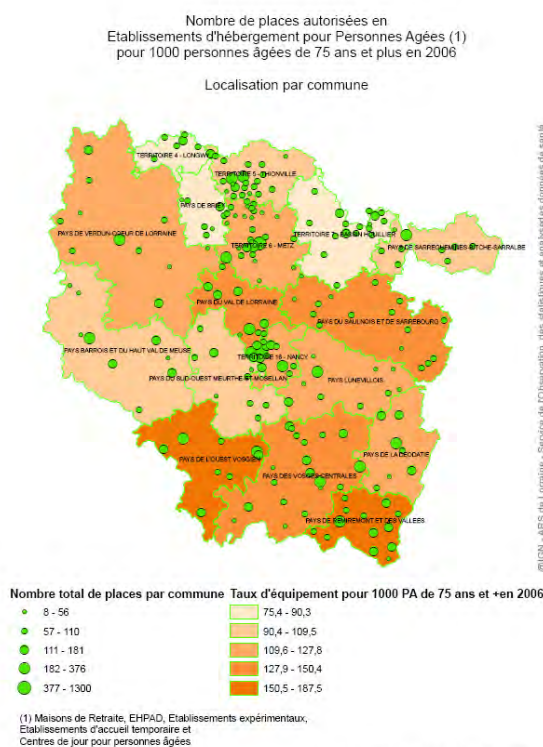
#### Concernant la prise en charge des personnes âgées :

En Lorraine, les taux d'équipements sont supérieurs à ceux du niveau national à l'exception des services de soins infirmiers à domicile malgré une politique lorraine volontariste de création de places sur la période 2006/2009 : 1141 places. De même l'offre en structures médicalisées a été renforcée par le financement de 1747 places d'EHPAD sur la période 2006/2009. On observe néanmoins d'importantes disparités départementales. Par exemple, s'agissant des structures d'hébergement, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, le taux d'équipement dans les Vosges s'élève à 157,8 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans (taux régional : 126,5 et taux national : 121,7) alors que la Moselle affiche un taux de 110,9.

La Lorraine s'est engagée dans la mise en œuvre des mesures du plan Alzheimer: unités spécialisées, Pôle d'Activités et des Soins Adaptés (PASA), Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) renforcé, une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) expérimentale.

La région possède des services de maintien à domicile et coordination maillant correctement le territoire.

Des réseaux gérontologiques sont présents en Meurthe et Moselle, Moselle et Meuse.



## Concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap :

Le taux d'équipement (pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) des établissements lorrains pour enfants (10,9 lits et places installés au 01/01/2010 - STATISS) est supérieur au taux national (9,1). Il présente cependant des disparités entre départements et types de déficiences. Le taux Meurthe et mosellan s'élève à 12,8 (en raison de la présence d'établissements à recrutement régional, voire extrarégional) tandis que celui des Vosges est le plus bas de la région : 9,34.

Pour l'accueil des adultes handicapés, la Lorraine possède des taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et en Etablissements et Services d'Aides par le Travail (ESAT) supérieurs à la moyenne nationale et des taux inférieurs en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et Foyer de vie. Là encore il existe des disparités territoriales. On observe une grande concentration de l'offre sur les grandes agglomérations de Nancy, Metz, Epinal et sur le bassin houiller. Les Vosges centrales, le Lunévillois et le Saulnois sont des territoires bien pourvus. Les territoires les plus déficitaires sont le sud ouest de la Meurthe et Moselle, Sarreguemines, Briey, Remiremont et la Déodatie.

A noter également la persistance d'accueil de personnes handicapées en Belgique (164 personnes en 2008), mettant en évidence une problématique de prise en charge en Lorraine.

Deux besoins régionaux sont identifiés sur le champ du handicap :

- l'équipement doit mieux répondre aux besoins spécifiques (enfants avec troubles du comportement, autistes, cérébrolésés, handicap psychique, vieillissement des personnes handicapées) ainsi qu'aux choix de vie (accompagnement à domicile),
- les mutualisations et les coopérations entre les structures doivent être développées, aussi bien pour les adultes que pour les enfants.

## La consommation de soins

En Lorraine les dépenses assurance maladie 2010 du régime général se répartissent de la façon suivante :

Soins de ville : 44,3%  
Etablissements : 45,2%  
Médico-social : 10,4%

La Lorraine présente une consommation de soins élevée si on la rapporte aux autres régions françaises. La consommation moyenne par personne est supérieure de 7% à la moyenne nationale en soins de ville et en soins hospitaliers.

### Consommations observée en 2007 standardisée et rapportée à la population Insee

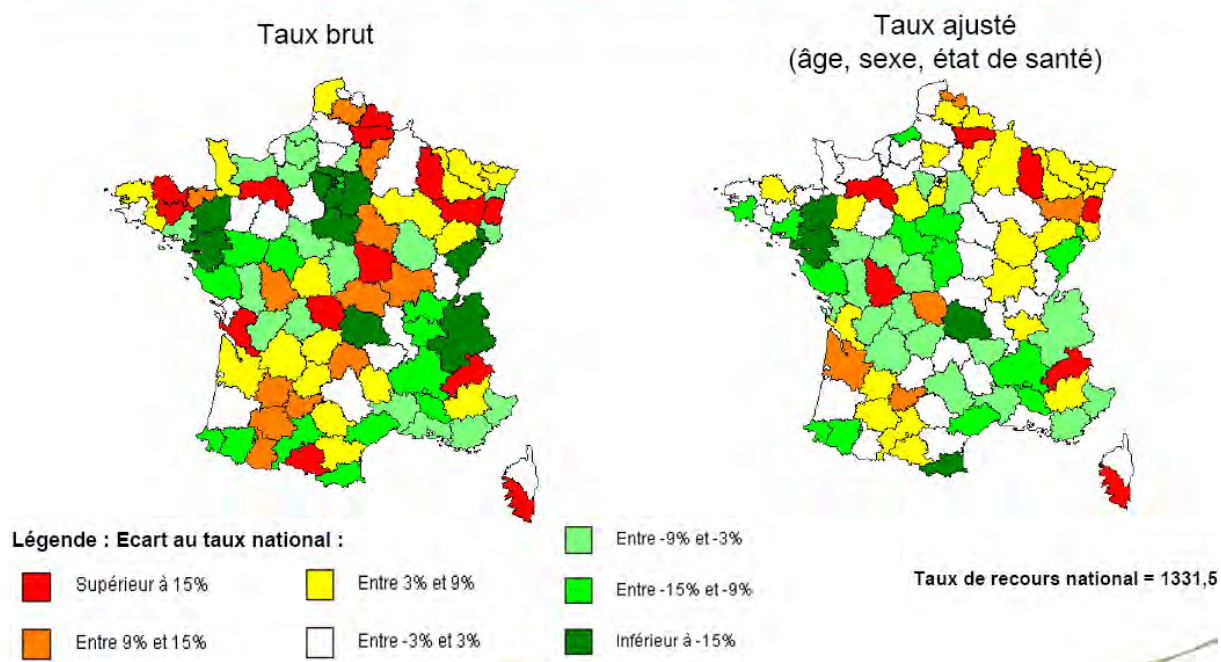
|                                                 | Lorraine | France Métropolitaine | Ecart |
|-------------------------------------------------|----------|-----------------------|-------|
| soins de ville                                  | 1026 €   | 960€                  | 6,9%  |
| soins hospitaliers de court séjour tous régimes | 676 €    | 632€                  | 7%    |

Source : soins de ville hors honoraire des cliniques privées - SNIRAM, CNAMTS, INSEE  
Soins hospitalier - PMSI, INSEE

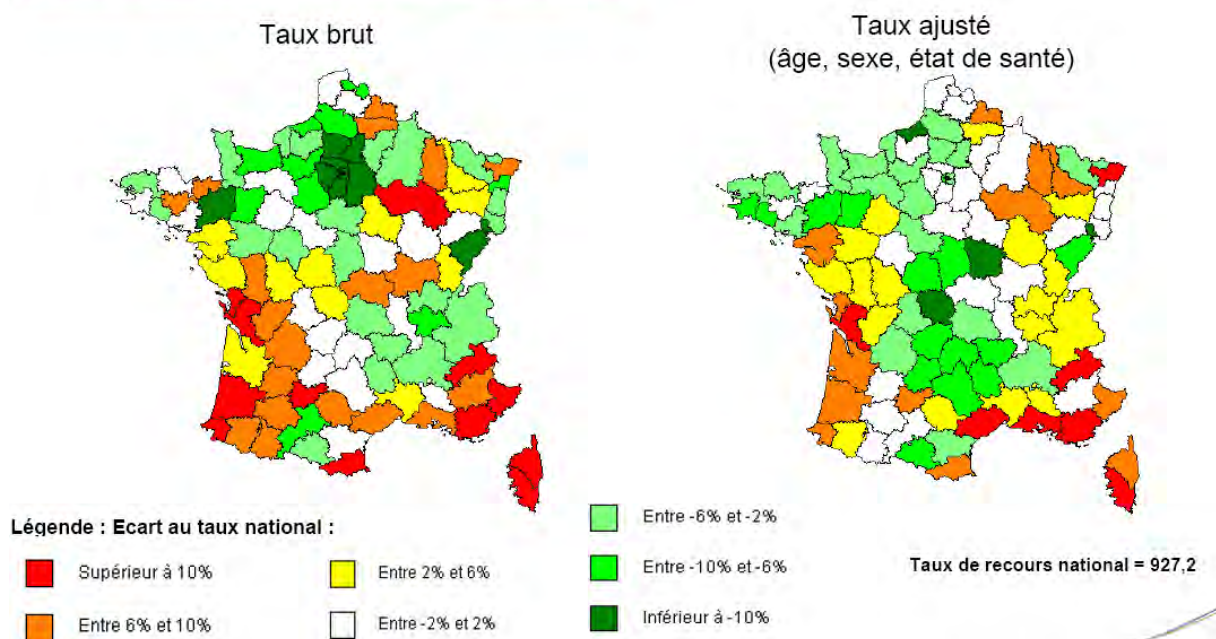
Le constat sur la disparité de la consommation au niveau des régions et des territoires peut être expliqué en partie par l'état de santé de la population appréhendé par la mortalité. La région Lorraine comme la Picardie et le Nord Pas de Calais a, à la fois une forte consommation hospitalière et un taux de mortalité élevé.

Cependant le niveau de consommation lorrain demeure plus élevé que la moyenne même en tenant compte du taux de mortalité.

## Taux de recours médecine (hors techniques interventionnelles)



## Taux de recours chirurgie (GHM en C)



## Les priorités de la région Lorraine

Le projet stratégique régional de santé identifie des priorités qui vont structurer l'ensemble de l'action de l'ARS et qui se déclineront dans les schémas d'organisation sectoriels (prévention et promotion de la santé ; organisation des soins ambulatoires et hospitaliers ; organisation des accompagnements et soins médico-sociaux) ainsi que dans les programmes d'actions spécifiques.

Ces priorités résultent des grandes caractéristiques de l'organisation du système de santé lorrain au regard des besoins identifiés et, en particulier, de l'état de santé de la population. Elles ne sont pas pour autant exhaustives de l'ensemble des problématiques recensées qui pourront par ailleurs et en complément ressortir d'un diagnostic plus affiné et décliné sur chacun des champs d'action spécifique.

Elles sont également définies dans le cadre des orientations générales de la loi et des perspectives d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, d'amélioration de l'accès aux soins et du développement de la qualité et de l'efficacité du système de santé.

Ainsi, les éléments marquants du diagnostic de la région lorraine sont :

- Un niveau de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale dans les 4 territoires de santé. Les principales causes évitables sont représentées par les tumeurs, les maladies cardio-neurovasculaires et les suicides.
- Une concentration de l'offre de soins ambulatoire, hospitalière et médico-sociale sur un axe Thionville, Metz, Nancy susceptible d'engendrer des difficultés en termes d'égal accès aux soins, notamment dans les zones plus rurales qui connaissent une démographie des professionnels de santé plus faible.
- Le vieillissement de la population lorraine et le souci de développer des réponses de prises en charge en meilleure adéquation aux besoins nécessitent une réflexion spécifique sur l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
- Une offre de soins hospitalière et médico-sociale satisfaisante au regard de l'importance de l'équipement, mais dont l'adéquation aux besoins spécifiques identifiés est à ajuster. La qualité et l'efficacité des prises en charge sont également à développer.

C'est autour de ces quatre constats que sont définies les priorités d'action du PSRS, sans hiérarchisation de l'ampleur ou de la sévérité de chacune des problématiques.

L'ARS de Lorraine a donc retenu quatre priorités régionales :

- Priorité 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en lorraine : les tumeurs, les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires et le suicide.
- Priorité 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS.
- Priorité 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Priorité 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficace. *Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment ».*



## Priorité régionale 1

### Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine : les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et le suicide

Sur la période 2005-2007, près de 21 000 personnes décèdent annuellement en Lorraine. Parmi les principales causes de mortalité figurent les tumeurs et les maladies circulatoires, responsables de près de 60% des décès (57,6%). Ensuite viennent les maladies respiratoires qui sont à l'origine de plus de 7% des décès, avec des taux de mortalité élevés dans les TSP du Saulnois et du Bassin Houiller, notamment.

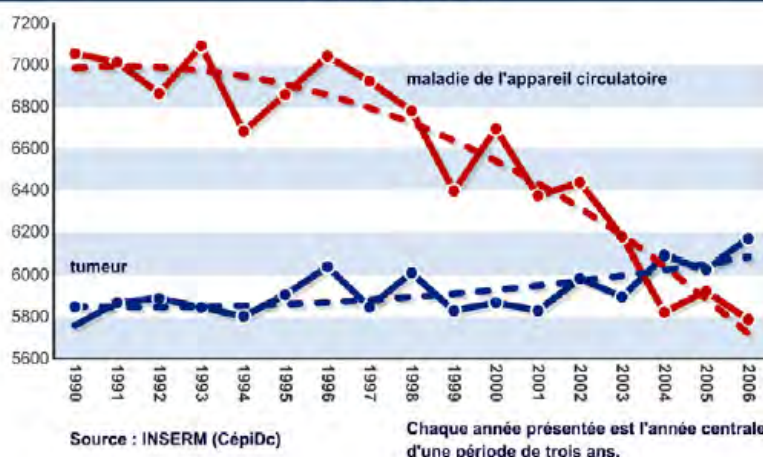
Depuis 2004, les tumeurs constituent la première cause de mortalité régionale avec près de 6200 décès. Elles devancent les maladies circulatoires qui sont responsables annuellement de près de 5800 décès. Toutefois, ces dernières restent au premier rang régional pour le nombre de déclarations en ALD et en nombre d'hospitalisations.

La Lorraine fait partie des régions françaises dans lesquelles la mortalité par tumeurs et maladies circulatoires est significativement plus élevée qu'au niveau national et ce, à structures d'âge et de sexe égales. Le taux de mortalité régional par tumeur maligne est 238 décès pour 100 000 habitants, contre 220 en France métropolitaine.

Pour les maladies de l'appareil circulatoire, les taux sont respectivement de 236 et 210 pour 100 000 habitants. Tumeurs et maladies circulatoires sont également les principales causes de mortalité prématurée, c'est-à-dire celle survenant avant l'âge de 65 ans.

De plus, avant 65 ans, le suicide est une cause importante de décès, avec une prévalence plus forte dans les territoires ruraux. Depuis les années 2000, le taux de décès par suicide en Lorraine augmente, contrairement à la tendance nationale. Le suicide touche en majorité les hommes de la tranche d'âge 45-54 ans.

Évolution du nombre de décès par tumeur et par maladie de l'appareil circulatoire  
Lorraine 1990 - 2006





## Objectif général n° 1

### Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires

#### Objectif spécifique 1-1

#### **Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de l'Assurance Maladie**

L'examen de l'état de santé des lorrains met en évidence une augmentation de la part des maladies chroniques dans l'ensemble des causes de mortalité. Cette augmentation résulte en partie du vieillissement de la population, de fait plus exposée à la survenance de pathologies chroniques. Elle est également imputable à l'amélioration de l'espérance de vie, associée à une forte diminution de la mortalité causée par les maladies infectieuses et à un allongement de la durée de vie des malades atteints de pathologies chroniques.

Un besoin fort se fait sentir de développer un système d'informations orienté autour du suivi des maladies chroniques en Lorraine et des personnes qui en sont atteintes. Actuellement, l'observation épidémiologique des maladies chroniques repose principalement sur le taux de déclaration en Affection de Longue Durée (ALD), le taux d'hospitalisation, ainsi que le taux de mortalité.

L'indicateur relatif aux ALD est entaché de biais car les pratiques de déclaration ne sont pas homogènes.

La prise en charge des maladies chroniques ne relève pas uniquement des soins fournis en établissement de santé, mais est également dévolue pour une part importante à la médecine ambulatoire. Aussi, le taux d'hospitalisation, à lui seul, est insuffisant pour décrire de façon complète l'activité de soins autour des maladies chroniques.

Enfin, il n'existe pas d'indicateur permettant de mesurer l'allongement de l'espérance de vie pour ces malades.

Il convient donc de construire un système d'information couvrant l'ensemble du champ de la santé, ambulatoire et hospitalier, afin de mieux appréhender la morbidité associée aux maladies chroniques. Cela passera par un renforcement de l'exploitation du PMSI et des données de l'Assurance Maladie.

#### Objectif spécifique 1-2

#### **Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle**

La mortalité prématurée correspond à la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. Le taux de mortalité prématurée lorrain est de 202 pour 100 000 habitants contre 187 au niveau national, soit significativement supérieur au niveau national. Sur la période 2005-2007, plus de 4300 lorrains décèdent annuellement avant l'âge de 65 ans, dont environ la moitié de pathologies considérées comme évitables.

Ce caractère évitable peut résulter d'une modification des comportements individuels, notamment en lien avec le tabagisme et l'abus d'alcool, ou de l'organisation de campagnes collectives de dépistage ou de prévention.

En 2009, l'obésité touche près de 18% des adultes en Lorraine. Des actions devront être menées pour promouvoir une alimentation saine et la pratique régulière de l'activité physique. Elles devraient contribuer à la réduction de l'obésité et des pathologies associées telles que le diabète ou les maladies neuro-cardiovasculaires.

Les facteurs de risque d'origine professionnelle doivent également être identifiés et faire l'objet d'actions de prévention afin d'éviter le développement de pathologies liées à certaines expositions. Les actions inscrites au PRS sont construites en synergie avec le PRST. La responsabilité de la mise en œuvre des actions du champ travail incombe à la DIRECCTE.

### **Objectif spécifique 1-3**

#### **Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique**

Parmi les principales causes de mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), le suicide représente plus d'un décès sur cinq (21,9%) par an sur la période 2005-2007. La prévalence du suicide est significativement plus élevée dans la Meuse et les Vosges. Dans ces deux départements, près d'un décès prématuré évitable sur quatre, lié à des comportements individuels, a pour cause le suicide, contre moins d'un sur cinq (19,6%) en Moselle. Il conviendra donc de développer ou de renforcer les actions de prévention ou de repérage afin de détecter et prévenir les comportements suicidaires et ce, en lien avec d'autres partenaires notamment en milieu professionnel, en milieu scolaire ou dans l'environnement des personnes âgées.

### **Objectif spécifique 1-4**

#### **Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité**

Afin d'améliorer l'espérance de vie des personnes, certaines pathologies doivent être dépistées. C'est le cas pour les tumeurs, l'hypertension artérielle, ou le diabète par exemple.

Ce dernier, responsable de près de 1500 décès par an, dont la prévalence est à corrélérer à celle des maladies circulatoires en Lorraine, doit pouvoir être dépisté.

Il est donc nécessaire de développer des actions de dépistage des pathologies responsables des principales causes de décès, mais aussi des pathologies associées éventuelles.

Pour le cancer, des campagnes de dépistage organisées pour le cancer du sein et le cancer colorectal sont effectuées sur les quatre territoires de santé. L'accent devra être mis sur la promotion de ces campagnes de dépistages organisés. En effet, concernant le cancer du sein, le taux de participation au dépistage organisé en Lorraine est près de 4 points inférieur au taux moyen observé au niveau national en 2009.

### **Objectif spécifique 1-5**

#### **Développer l'éducation thérapeutique**

La Haute Autorité de Santé encourage le développement de l'éducation thérapeutique, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. La finalité étant que le patient atteint d'une maladie chronique soit acteur de sa santé, devienne plus autonome, identifie et élimine les comportements à risque, développe les bons réflexes en cas de crise aiguë de la maladie.

Les retours d'expérience soulignent que l'éducation thérapeutique influe positivement sur la durée de vie des malades, notamment ceux atteints de diabète ou de maladies cardio neurovasculaires. En Lorraine, outre les programmes d'éducation thérapeutique développés par les services hospitaliers, de nombreux réseaux se sont développés pour coordonner les soins autour du patient et lui proposer un programme d'éducation thérapeutique.

Cette orientation sera confortée en coordination avec l'Assurance Maladie, à travers les réseaux de proximité avec un souci d'évaluation des résultats.

## **Objectif spécifique 1-6**

### **Sensibiliser les acteurs du 1<sup>er</sup> recours à la prévention**

Les actions de prévention restent à long terme le plus puissant levier pour faire baisser la mortalité, notamment prématurée. La prévention primaire, notamment en santé environnementale, doit être développée. Le diagnostic précoce est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'accroître les chances de guérison. Ainsi, les acteurs du premier recours sont un maillon indispensable dans la nécessaire information des patients et de leur sensibilisation aux actions de dépistage, organisé ou individuel.

## **Objectif général n° 2**

### **Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide**

Agir sur les principales causes de mortalité, notamment prématurées, nécessite d'agir à la fois en direction des professionnels de santé et des usagers.

L'utilisateur, doit être un acteur éclairé de sa santé et positionné au centre du dispositif.

Les professionnels de santé doivent, outre le respect des bonnes pratiques, travailler en coordination avec les différents partenaires sur le champ de la santé.

## **Objectif spécifique 2-1**

### **Développer l'information et la formation des usagers**

Etre acteur de sa santé nécessite de disposer d'une information claire, lisible et accessible.

L'utilisateur doit pouvoir bénéficier de cette information qui lui permettra de donner son consentement éclairé dans le cadre du parcours de santé. Informer les usagers sur les conduites à adopter face une situation donnée, les former sur les dispositifs existants, permettront de renforcer leur adhésion aux protocoles et suivis proposés par les professionnels de santé.

## **Objectif spécifique 2-2**

### **Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge**

Le champ de la santé est en perpétuelle évolution. Il appartient aux professionnels de santé d'actualiser leurs connaissances selon les données de la science. Ainsi le respect des bonnes pratiques, du bon usage des soins et les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé et les Sociétés Savantes sont un élément essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des personnes.

Les tumeurs, maladies cardio-neuro-vasculaires ou pathologies en santé mentale doivent faire l'objet de formations adaptées auprès des professionnels de santé.

A titre d'exemple, une information-formation via les ordres professionnels, les URPS, les dispositifs de formation continue, pourra être organisée.

### **Objectif spécifique 2-3**

#### **Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social**

Adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour de l'utilisateur, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

Cette coordination doit être clairement identifiée.

### **Objectif général n° 3**

#### **Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neurovasculaires, maladies respiratoires et suicide**

### **Objectif spécifique 3-1**

#### **Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge**

Il convient d'identifier et d'organiser des filières graduées de prise en charge. Ces filières permettent, sur un territoire donné, d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé.

Ces filières de prise en charge devront être formalisées dans le cadre du PRS en identifiant clairement les différents périmètres de prise en charge.

Pour exemple la filière AVC ou la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus devront être organisées.

### **Objectif spécifique 3-2**

#### **Conforter les pôles d'excellence en cancérologie et maladies cardio-neurovasculaires**

En 15 ans, en Lorraine comme au niveau national, les taux de mortalité par tumeurs et maladies circulatoires ont reculé sous l'effet de plusieurs facteurs :

- modifications des comportements individuels (baisse de la consommation de tabac, baisse de la consommation d'alcool),
- mise en place de campagnes organisées de dépistage, ciblées sur des publics à risques (cancer du sein, cancer colorectal),
- progrès médicaux qui entraînent un allongement de l'espérance de vie des patients atteints de maladies chroniques.

Si l'accent doit être mis sur la prévention pour diminuer à long terme le nombre de nouveaux cas, il convient également de conforter dans leurs missions les pôles d'excellence régionaux, tant dans le domaine de la cancérologie que dans le traitement des maladies circulatoires.

Ceux-ci représentent un élément structurant des filières comme structures de recours.

## Priorité régionale 2

### Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS

La France est l'un des pays européens où l'espérance de vie est la plus élevée mais, malgré une politique nationale d'accès aux soins pour tous, les inégalités sociales de santé sont les plus importantes.

Selon la Banque de données en santé publique, le terme d'inégalités de santé est employé pour désigner les différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé.

Ces inégalités peuvent se construire dès l'enfance, puis s'installer voire s'aggraver au fil du temps. Elles peuvent survenir à tout âge de la vie.

Les causes des inégalités de santé sont multiples et peuvent résulter de :

- difficultés d'accès à la prévention et aux soins,
- difficultés d'ordre socio-économiques,
- habitudes de vie (nutrition, exercice physique...),
- conditions environnementales (habitat, milieu de travail,...),
- comportements dits à risque (alcool, tabac, toxicomanie, infections sexuellement transmissibles...).

Parmi elles l'accès à la prévention et aux soins joue un rôle majeur dans la constitution des inégalités sociales de santé.

Si la mobilisation du système de santé est essentielle dans la mise en place d'une stratégie visant à réduire les inégalités de santé, elle ne peut toutefois s'envisager que dans une dimension intersectorielle, au-delà du champ de la santé, en lien avec l'ensemble des politiques qui peuvent agir sur la réduction des inégalités économiques, sociales, éducatives, culturelles...

En Lorraine comme en France, les besoins de santé de la population sont aujourd'hui en augmentation compte tenu notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

Dans notre région, force est de constater que l'accès à la santé s'effectue de façon inégale selon les territoires ou selon les catégories populationnelles.

En effet, le diagnostic régional a mis en évidence des situations d'inégalités territoriales concernant l'état de santé des lorrains, la répartition des professionnels de santé et la distribution de l'offre de soins. Des territoires apparaissent plus fortement touchés par certaines pathologies (le nord-est de la Lorraine pour les pathologies cardio-neuro-vasculaires, les territoires ruraux pour le suicide ...) ; la démographie de certains professionnels de santé se révèle préoccupante, à la fois au regard de leur densité mais aussi de leur répartition sur le territoire ; la concentration de la moitié de la population régionale sur le sillon lorrain a entraîné une distribution de l'offre concentrée sur ce sillon, générant par là même une offre déficitaire sur quelques territoires.

En termes d'accès à la santé, les publics en difficulté se retrouvent plus éloignés du système de prévention et de soins posant ainsi la question du refus de soins, de l'accessibilité financière au dispositif de santé, de sa lisibilité et plus généralement du droit des usagers.

Pour répondre à ces problématiques, il nous faut donc construire, en adéquation avec les besoins des personnes, une offre de santé de qualité et accessible à tous.

Améliorer l'accès aux services de santé dans notre région exige tout d'abord d'adapter l'offre aux besoins de la population. Cette mise en adéquation sera recherchée sur les différents champs d'action de l'ARS, prévention, ambulatoire, sanitaire, médico-social, et en particulier sur l'offre de premier recours puisque cette dernière est la porte d'entrée du système de soins.



Cet exercice impose de prendre en compte, par territoire, la démographie des professionnels de santé, leurs conditions d'exercice, le développement de l'activité en secteur II au détriment du secteur I, les situations de refus et celles de discrimination.

Cette amélioration passe ensuite par la nécessaire articulation des politiques de santé avec les autres politiques publiques. Elle s'effectuera de façon privilégiée en proximité des personnes, le niveau local semblant le plus pertinent, par la conclusion de contrats locaux de santé, contribuant ainsi à réduire les inégalités d'accès.

Il importe également, au-delà de l'organisation mise en place, de permettre aux personnes d'adopter des comportements favorables à leur santé et d'exercer un plus grand contrôle sur les décisions et actions les affectant.

Il est donc nécessaire, pour progresser, de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé, en coordination avec les politiques publiques compétentes sur ce champ : santé scolaire et universitaire, santé au travail, PMI, cohésion sociale, ...et d'améliorer la coordination des professionnels dans le cadre du parcours de santé des personnes.

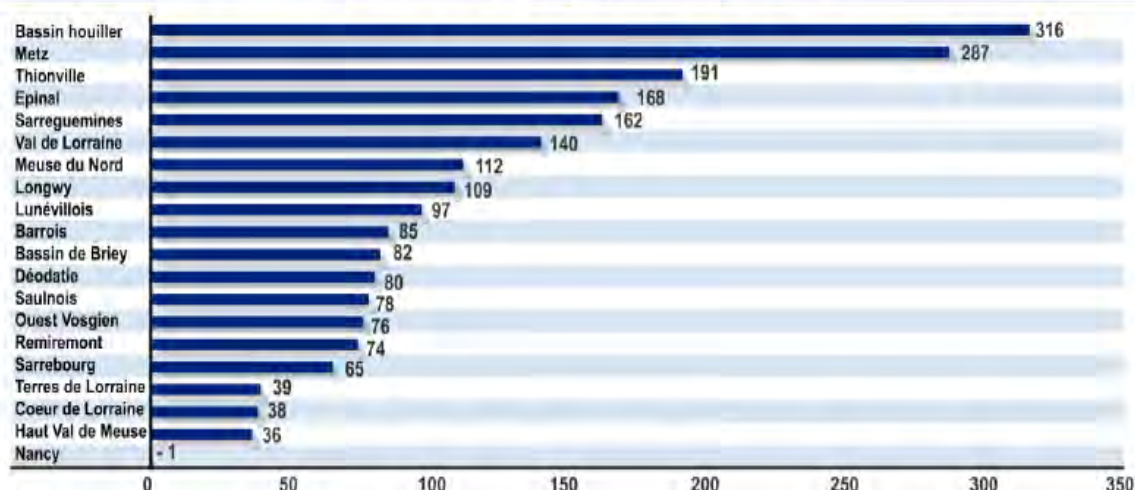
La question de l'accès aux soins des transfrontaliers appelle également des réponses adaptées. L'ARS intégrera dans ses réflexions sur l'offre de soins d'une part le principe de neutralité de prise en charge garanti, sous conditions, aux assurés, d'autres part les questions d'attractivité et d'équilibre médico-économique des établissements de santé.

## Objectif général n° 4

### Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes

L'état de santé des lorrains n'est pas homogène sur le territoire régional. Il est donc nécessaire de développer des actions de prévention et de promotion de la santé prioritairement d'une part sur les territoires où la population le nécessite, d'autre part à destination de certains publics qui sont éloignés du système de santé et de la prévention en particulier. Il s'agit ici de prendre en compte les besoins spécifiques des publics concernés et d'y apporter une réponse adaptée.

#### Surmortalité par TSP par rapport à la France en 2005-2007 (H et F) Nombre annuel moyen de décès en excès



Source : INSERM (CépiDc), Exploitation : ORSAS – Lorraine

Nombre de décès en excès :

Différence entre le nombre de décès observé dans chaque territoire et le nombre de décès attendus si la mortalité y était égale à la mortalité française.

#### **Objectif spécifique 4-1**

##### **Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et l'enfance**

Ce champ concerne une population en devenir et généralement en bonne santé. Les actions d'éducation pour la santé et de prévention sont alors primordiales et réalisées en coordination étroite avec les politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la PMI.

Outre les actions de vaccination, des actions pourront être développées à destination des futures mères et jeunes mamans présentant une situation de vulnérabilité, mais aussi envers les enfants afin de repérer, identifier et orienter vers une prise en charge adaptée ceux qui le nécessitent.

#### **Objectif spécifique 4-2**

##### **Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes**

L'accès aux soins dans ces périodes de la vie où se consolide la santé est particulièrement important, d'autant plus que ces âges sont propices au développement des comportements à risque et notamment des conduites addictives.

En lien avec l'éducation nationale, les organismes de formation professionnelle, jeunesse et sport, et les collectivités territoriales, des actions de prévention commune devront être définies visant à réduire ces types de comportements. Elles porteront notamment sur les conduites à risque.

Par ailleurs le repérage et la prise en charge du mal-être psychologique et des troubles psychiques doivent être améliorés.

#### **Objectif spécifique 4-3**

##### **Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales**

Réduire les inégalités d'accès à la santé exige de se pencher sur la situation des populations en situation de vulnérabilité, voire en difficultés, afin de les aider à acquérir des comportements favorables à la santé.

La prévention constitue un outil primordial pour améliorer l'état de santé d'une population. Cependant, les effets des programmes de prévention ne sont pas homogènes pour tous les groupes de population car la capacité de tirer profit des messages de prévention apparaît elle aussi liée à l'appartenance à certaines catégories sociales. En tenir compte va permettre de ne pas accentuer les inégalités sociales de santé. Notamment, l'approche participative, qui permet l'implication des personnes en situation de vulnérabilité dans un changement de comportement vis-à-vis de leur propre santé, apparaît être une stratégie potentiellement pertinente. Il s'agira, dans un contexte de promotion de la santé, de renforcer les capacités de chacun, individuellement ou collectivement, à agir en vue de la préservation de son capital santé.

Des actions doivent être menées en lien avec les collectivités et administrations en charge de ces populations : CCAS et Conseils Généraux, services de la cohésion sociale, administration pénitentiaire...

#### **Objectif spécifique 4-4**

##### **Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques**

Des actions de prévention primaire et secondaire des maladies chroniques seront menées sur les différents territoires. Celles-ci seront adaptées aux pathologies présentées par la population. La déclinaison de ces actions au niveau territorial au plus proche des personnes, en particulier sur les territoires les plus défavorisés, est un enjeu majeur de réduction des inégalités d'accès à la santé.

Sur le champ des maladies d'origine professionnelles, un repérage précoce et des actions particulières doivent être menés de façon à lutter contre les risques liés aux activités professionnelles. En effet certaines catégories socioprofessionnelles sont plus exposées et nécessitent la mise en place d'actions ciblées en lien avec la santé au travail.

L'accès à un programme d'éducation thérapeutique doit être possible pour les maladies chroniques les plus fréquentes.

### **Objectif spécifique 4-5**

#### **Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veille et la sécurité sanitaire et environnementale ainsi que la santé au travail**

La Lorraine est marquée par la présence de risques environnementaux liés aux axes de transport, aux couloirs d'inondation dans les vallées fluviales, à la présence de complexes industriels majeurs, et à la présence de zones d'effondrement miniers. Certaines zones sont potentiellement exposées au radon.

La qualité des milieux de vie des personnes peut concourir aux inégalités de santé.

La population doit donc pouvoir bénéficier d'actions de prévention concernant les principaux facteurs de risque environnementaux.

Ces actions portent sur la surveillance de l'environnement, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, la prise en compte des objectifs sanitaires dans les politiques d'aménagement et d'équipement, la maîtrise des perturbations chroniques ou accidentelles des milieux de vie.

Une attention particulière devra être portée à la qualité des eaux et la protection des captages d'eau qui doivent continuer à être améliorées ainsi qu'à la lutte contre l'habitat indigne.

Enfin, en matière de Santé-Environnement, il convient de mettre en œuvre les actions prévues dans le Plan Régional Santé Environnement 2 2010-2014, actions déterminées pour chacun des 4 grands objectifs opérationnels d'ores et déjà définis :

- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé
- Réduire les risques pour la santé liés aux transports
- Informer et former aux risques santé-environnement
- Réaliser un état des lieux sur les points noirs environnementaux

Concernant la santé au travail, le Plan Régional Santé Travail 2010-2014 prévoit la déclinaison d'un certain nombre d'actions de prévention, en particulier en direction :

de 5 risques : risque chimique, troubles musculo-squelettiques (TMS), risques psychosociaux (RPS), risque routier professionnel, risques émergents

de 2 secteurs : bâtiment et génie civil, agricole et forestier

des publics suivants : seniors, salariés fragilisés menacés de désinsertion professionnelle, nouveaux embauchés, nouveaux entrants en emploi, saisonniers, petites et moyennes entreprises (PME) et très petites entreprises (TPE)

### **Objectif spécifique 4-6**

#### **Promouvoir des actions de prévention dans le champ de la santé mentale**

Sur ce champ, des actions doivent être menées en direction des adolescents, des jeunes adultes, et des personnes âgées. Le repérage des signes d'alerte des conduites suicidaires doit être développé, en renforçant notamment les actions de formation et d'information des professionnels au contact de la population.

## **Objectif général n° 5**

### **Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre**

#### **Objectif spécifique 5-1**

##### **Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires**

Selon la loi HPST, les soins de premier recours comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé.

La Lorraine présente des disparités territoriales dans la répartition de cette offre. En effet certaines zones sont pourvues de façon satisfaisante (sillon lorrain) alors que d'autres présentent, au regard de la démographie des professionnels de santé en particulier, une situation préoccupante (Meuse par exemple).

Il s'agit donc, pour veiller à l'équité territoriale et au regard des besoins locaux, de soutenir les zones en difficulté nécessitant d'être confortées concernant l'offre de soins ou médico-sociale. Des modalités particulières d'accompagnement pourront être envisagées pour les professionnels de santé par la création de maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé.

Afin de permettre l'accès de tous au système de santé l'accessibilité financière pour certaines personnes et l'accès aux soins des plus démunis, en particulier pour les personnes détentrices d'une carte CMU, doivent être étudiées.

#### **Objectif spécifique 5-2**

##### **Structurer l'offre de second recours**

Les soins de second recours, selon la loi HPST, se définissent par défaut comme étant les soins non couverts par l'offre de premier recours.

La Lorraine présente des disparités territoriales qui nécessitent d'organiser la gradation de l'offre de soins et médico-sociale.

Des modalités innovantes de prise en charge pourront être développées.

Pour faire face à la pénurie des professionnels de santé, dans le secteur ambulatoire ou hospitalier, de nouvelles modalités d'exercice doivent être pensées : consultations avancées ou équipes mobiles « hors les murs » sur le champ hospitalier, mutualisations des moyens entre établissements, développement de la télémedecine...

#### **Objectif spécifique 5-3**

##### **Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés**

Les personnes en perte d'autonomie sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès aux dispositifs de soins de droit commun. Les obstacles tiennent tant à l'éloignement des professionnels du domicile, de l'accessibilité des locaux, que de la nécessité d'accompagnement des personnes porteuses de certaines déficiences. Des réponses visant à faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun doivent être recherchées en lien avec les acteurs et les partenaires.

Par ailleurs, les publics en difficultés sociales sont souvent les plus éloignés du système de santé. Pour en favoriser l'accès, des modalités particulières doivent être développées au sein des établissements ou sur le champ ambulatoire.

Une attention particulière doit être portée aux personnes en rupture de droits ou ne bénéficiant pas de protection sociale complémentaire.

#### **Objectif spécifique 5-4**

##### **Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste**

La réduction des inégalités de santé passe par une coordination des acteurs, autour du médecin traitant, véritable pivot du parcours de santé du patient. C'est, en effet, le professionnel de santé le mieux placé, pour coordonner et organiser les soins autour de la personne, en lien avec les autres intervenants du système de santé.

Les filières de soins permettent, pour une population ou une pathologie donnée, d'améliorer la prise en charge des personnes, en organisant un parcours de santé sur les différents champs d'action de l'ARS : prévention, ambulatoire et hospitalier et médico-social. L'entrée et la sortie de la filière peuvent se faire à tous les niveaux, en fonction des besoins identifiés.

Les filières de soins permettent de faciliter la coordination des acteurs intervenant autour de la personne.

#### **Objectif spécifique 5-5**

##### **Optimiser l'organisation de la permanence des soins**

La permanence des soins est un élément essentiel de l'organisation du système de soins. L'optimisation et l'efficacité du dispositif reposent sur la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoire et la permanence des soins en établissement de santé (dont les services d'urgences), et l'amélioration de l'utilisation de ce dispositif par les usagers.

L'organisation de la permanence des soins nécessitera, sur certains territoires, une réflexion sur des modalités particulières de réalisation (permanence des soins ambulatoire, et en établissement de santé.)

#### **Objectif spécifique 5-6**

##### **Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires**

L'évolution de la démographie des professionnels de santé est préoccupante dans notre région. Aussi est-il nécessaire de poursuivre la collaboration avec les universités et instituts de formation afin de réfléchir à des modalités d'exercice permettant d'inciter les jeunes professionnels à s'installer dans des zones déficitaires.

#### **Objectif général n° 6**

##### **Informier et former les usagers**

#### **Objectif spécifique 6-1**

##### **Informier les usagers sur le système de santé et leurs droits**

Améliorer l'accès de la population au système de santé implique de positionner l'utilisateur au centre du dispositif et faire en sorte qu'il soit un acteur éclairé de sa santé. Pour cela il est nécessaire de l'informer non seulement sur l'organisation du système de santé mais aussi sur les droits qu'il possède. Il s'agira par exemple d'informer les patients de la qualité et sécurité des soins, des tarifs



pratiqués par les médecins, ou encore de l'interdiction du refus de soins. Cette information doit être délivrée de façon compréhensible et lisible par tous, y compris les publics les plus fragiles.

## Objectif spécifique 6-2

### Former les usagers au bon usage du système de santé

Les usagers sont les « utilisateurs » du système de santé. Afin de solliciter ce système à bon escient, il est nécessaire qu'ils puissent appréhender, outre la connaissance du dispositif (les urgences par exemple), le fonctionnement de celui-ci.

De plus les usagers, en particulier les publics vulnérables, peuvent méconnaître le besoin de soins ou être rebutés parfois par un dispositif ou une organisation un peu complexe. Une attention particulière doit pouvoir leur être portée par les professionnels de santé afin d'adapter les modalités de prise en charge de ces personnes.

## Priorité régionale 3

### Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Dans une société en pleine mutation, avec un vieillissement de la population croissant et une précarité dans l'emploi plus importante, les solidarités environnementales et familiales sont plus difficilement mobilisables, les solidarités collectives sont sous une forte contrainte financière et encore trop souvent orientées sur des prises en charge en institution. D'une manière générale, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap expriment le souhait de rester à domicile ou dans leur famille avec un accompagnement adapté, dans le respect de leur dignité et de leur choix de vie.

Ces volontés sont reprises dans différents dispositifs réglementaires visant à :

- la scolarisation d'enfants handicapés associant le secteur médico-éducatif au projet personnalisé de scolarisation en milieu ordinaire.
- l'insertion des personnes handicapées dans le monde du travail, en favorisant la fluidité des parcours entre les milieux protégé et ordinaire.
- au maintien des personnes âgées à domicile en organisant la coordination des professionnels de santé et des aidants autour du projet de vie de la personne.

L'autonomie d'une personne dépend de ses capacités à réaliser des actes de la vie quotidienne dans l'environnement dans lequel elle vit. Le secteur médico-social accompagne, aujourd'hui en France, plus de 2,2 millions de personnes. Près d'1,2 million de personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA ; 486000 d'entre elles sont hébergées en établissements ou dans des unités de soins de longue durée. Pour les personnes en situation de handicap, 850000 sont bénéficiaires de l'AAH dont les deux-tiers ont un taux de handicap supérieur à 80% et 170000 enfants bénéficient d'une AEEH (ex-AES) dont 50% ont un taux d'incapacité permanente d'au moins 50%.

Le dénombrement des personnes handicapées reste imprécis et oblige à des extrapolations issues de données plus générales.

L'approche épidémiologique :

- Le taux de prévalence de handicap de l'enfant est de 2,0% (source CNTHRI) incluant les déficiences ou handicaps modérément sévères ; en Lorraine, on peut estimer le nombre de nouveaux enfants handicapés à 540 cas par an.
- Le régime général a dénombré 241000 personnes atteintes de « Maladie d'Alzheimer et autres démences » bénéficiaires d'une ALD, soit 7428 personnes en Lorraine.

L'approche par la compensation financière :

Les dispositifs de compensation financière (données CAF) apportent un éclairage. En Lorraine 41704 personnes percevaient une APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) au 1/1/2009 soit un taux de 213,5‰ personnes de 75 ans et plus (France 205,0). De grands écarts existaient selon les départements lorrains Meurthe-et-Moselle : 247,0, Meuse : 179,7, Moselle : 202,5 et Vosges : 199,1.

Pour les adultes handicapés, la Lorraine dénombrait 37709 bénéficiaires de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) au 31/12/2009 avec des disparités importantes entre départements, Meurthe-et-Moselle : 22,8, Meuse : 26,1, Moselle : 24,7 et Vosges : 28,7 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

En région Lorraine une AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) est attribuée à 4315 jeunes handicapés fin 2009 soit un taux de 0,76% (100 jeunes de moins de 20 ans (France 1,01%). Des écarts existaient également entre les départements lorrains : Meurthe et Moselle : 0,84% ; Meuse : 0,61% ; Moselle : 0,69% et Vosges : 0,85%.

L'approche par l'offre médico-sociale :

En lorraine, 6231 places sont autorisées (FINESS au 1/1/2010) dans les établissements et services pour enfants handicapés dont 6157 installées auxquelles s'ajoutent pour les adultes, 2412 places financées en totalité ou partie par l'Assurance Maladie. Néanmoins :

- 358 enfants sont en attente de places dont 271 en SESSAD,
- 328 jeunes adultes étaient sans solution de placement (MDPH-septembre 2009) en structures pour adultes et maintenus en établissements pour enfants.

Globalement, au regard des taux d'équipement nationaux, la Lorraine apparaît correctement équipée en places pour personnes âgées ou handicapées, toutefois des disparités territoriales existent et seront accentués par l'évolution démographique.

Le contexte démographique :

En Lorraine, les projections de population (2006-2021) réalisées par l'INSEE estiment la diminution des 0 à 20 ans à 7,0%. Cette variation n'induit pas en corollaire une diminution de la population des jeunes handicapés. Les principaux territoires concernés sont le pays de Remiremont et des vallées (-14,4%), le bassin houiller (-13,9%), le pays de l'ouest vosgien (-11,9%) et les pays de Sarreguemines-Bitche-Sarrelouis (-11,8%).

Ces projections réalisées sur la tranche d'âge 20 à 59 ans montrent également une diminution de 5,3% et concernent principalement les pays de l'ouest vosgien (-16,3%), pays de Remiremont et des vallées (-16,3%), le bassin houiller (-14,0%) et les pays du barrois (-12,8%).

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'INSEE, devrait augmenter (période 2006-2021) de 20,5%, voire doubler si on limite l'observation aux personnes de 85 ans et plus. Globalement cette évolution sera marquée dans les territoires mosellans. En Moselle l'évolution des 75 ans et plus atteindra (+27,8%) et (+122,5%) pour les 85 ans et plus, pour les autres départements les taux évolueront respectivement en Meurthe-et-Moselle (+16,9) et (+89,8%), en Meuse (+9,5%) et (+86,5%) et dans le département des Vosges (+17,2%) et (+81,2%).

Les objectifs généraux arrêtés dans le cadre de la politique régionale de santé s'articulent autour du renforcement de trois axes d'actions, les deux premiers visent d'une manière générale les personnes âgées ou en situation de handicap dans des actions de prévention et de coordination du parcours de santé, le troisième axe concerne principalement l'accès au dispositif de droit commun.

## **Objectif général n° 7**

### **Développer des actions de prévention ciblée**

#### **Objectif spécifique 7-1**

##### **Prévenir les causes évitables**

Lorsqu'elles ne sont pas congénitales, les principales causes évitables de handicap restent les risques routiers, les accidents du travail et les risques domestiques.

Ces causes accidentelles doivent faire l'objet d'actions adaptées aux populations âgées ou handicapées concernant leur hygiène de vie (par exemple concernant l'activité physique, les chutes, la dénutrition, la déshydratation, les soins dentaires, la prévention des maladies chroniques ...).

Les actions de prévention primaires sont à mener soit dans le cadre de campagnes nationales, soit en association avec les partenaires institutionnels locaux, mais également avec l'entourage de chaque personne.

#### **Objectif spécifique 7-2**

##### **Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge**

Lorsqu'il n'est pas décelé à la naissance ou dans les premiers mois par les services de néonatalogie ou plus globalement dans les services hospitaliers, le repérage du handicap (ou polyhandicap) chez l'enfant est bien souvent lié à l'observation de symptômes par l'entourage familial, scolaire, périscolaire ou des services de la PMI. L'orientation de l'enfant auprès des professionnels de santé de l'enfance, en lien avec le médecin traitant, est le gage d'une prise en charge précoce de l'enfant.

La généralisation de la sensibilisation des professionnels de la petite enfance au repérage des déficiences et troubles chez les jeunes enfants favorisera le dépistage et la prise en charge précoce. Des actions précoces devront être menées pour éviter de compliquer la déficience par un handicap psychologique et un handicap social.

Cette action doit être prolongée par des objectifs visant à fluidifier les filières, d'une part en identifiant sur chacun des territoires les recours possibles, en s'engageant dans une démarche de réduction des délais entre le signalement et le premier rendez-vous, entre les premiers rendez-vous et le début de prise en charge ; d'autre part, en veillant à développer les passerelles entre les prises en charge ambulatoire-hospitalière et médico-sociale.

#### **Objectif spécifique 7-3**

##### **Repérer et prévenir la souffrance psychologique**

Les professionnels travaillant dans le milieu scolaire, du travail, ou autour des personnes âgées sont les premiers acteurs à sensibiliser au repérage de la souffrance psychologique et au risque de passage à l'acte suicidaire.

Ces actions favoriseront également le bien-être psychologique et la lutte contre l'isolement des personnes, elles permettront de mieux identifier les filières de recours par territoire.

#### **Objectif spécifique 7-4**

##### **Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit**

La prise en charge de personnes handicapées ou de personnes âgées à domicile, repose, en partie, sur des aidants familiaux. Ceux-ci sont souvent confrontés à l'isolement social et à l'épuisement physique et psychologique. Ils sont plus vulnérables aux pathologies somatiques et présentent une surmortalité. Une réflexion doit être conduite pour proposer des mesures d'aide et de soutien aux aidants, évitant ainsi l'épuisement de ces derniers.

Des actions spécifiques de lutte contre l'isolement et de formation doivent leur être proposées.

#### **Objectif spécifique 7-5**

##### **Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie**

Les chutes des personnes âgées, l'iatrogénie médicamenteuse et les problèmes liés à la nutrition restent importants chez les personnes âgées.

La sensibilisation de l'entourage, des professionnels de santé et des aidants aux risques engendrés permettraient de réduire de manière significative les hospitalisations sur une population déjà fragilisée.

#### **Objectif spécifique 7-6**

##### **Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes**

L'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage, envisagées ou non dans les actions concernant les maladies chroniques doit être adaptée aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Les actions éducatives doivent être concertées entre partenaires institutionnels pour renforcer leur efficacité auprès de chaque personne.

#### **Objectif général n° 8**

##### **Favoriser la fluidité du parcours de santé de la personne en tenant compte de sa situation**

#### **Objectif spécifique 8-1**

##### **Elaborer et suivre le projet individuel**

L'élaboration d'un projet de soins et de vie est une nécessité pour chaque personne âgée ou en situation de handicap, institutionnalisée ou non. Ce projet de soin doit s'inscrire d'une manière plus globale dans le projet de vie pour la personne âgée, ou projet personnalisé de scolarisation pour l'enfant handicapé, ou projet individuel d'insertion sociale pour l'adulte handicapé.

La réévaluation périodique de ce projet individuel permettra d'éclairer les décisions de la MDPH pour les personnes handicapées ou mieux accompagner la personne âgée dans une démarche active de soin. Chaque personne doit demeurer « acteur » de sa santé et non dépendante des soins.

## **Objectif spécifique 8-2**

### **Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social**

L'identification de filières de soins vise à améliorer la coordination des professionnels de la santé entre les différents champs ambulatoire, sanitaire ou médico-social.

Cet objectif vise à fluidifier le parcours de santé de la personne fragilisée en tenant compte de son environnement et de ses souhaits, à faciliter les sorties d'hospitalisation en organisant le suivi des structures d'aval, en mobilisant son entourage et éviter ainsi toute rupture de prise en charge. Exemples : organiser les bilans hospitaliers sur une journée afin d'éviter de multiples déplacements ; s'assurer de la présence d'aidants lors des retours d'hospitalisation.

## **Objectif spécifique 8-3**

### **Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant**

L'identification du pivot de la coordination des soins doit être confortée, y compris chez les personnes vivants régulièrement en institution. Ce rôle est dévolu au médecin choisi par la personne, bien souvent il s'agit du médecin généraliste mais il peut concerner le médecin en charge de manière habituelle de la personne âgée ou handicapée.

Ce médecin est bien souvent ancré sur un territoire de proximité, lieu de vie de la personne. Sa connaissance du parcours « ville-hôpital », des structures d'accompagnement et de soutien du secteur social et médico-social, ainsi que des autres professionnels de l'ambulatoire et des dispositifs de prévention sont autant d'atouts pour organiser le projet de soin de la personne, y compris celle vivant habituellement en institution.

Autour du médecin traitant, dans le champ des personnes âgées ou présentant une maladie d'Alzheimer, les réseaux et les MAIA sont un élément fort de la coordination.

## **Objectif spécifique 8-4**

### **Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance**

Une sensibilisation des professionnels de santé, voire des formations spécifiques sur la prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées doivent être envisagées. Les situations de poly pathologie ou de handicap associé sont relativement fréquentes chez les personnes pour accroître le niveau de vigilance des professionnels.

Celle-ci favorisera la prise en charge globale de la personne âgée ou handicapée et limitera les phénomènes de sur-handicap (social, par exemple).



## **Objectif général n° 9**

### **Favoriser l'accès au dispositif de droit commun**

#### **Objectif spécifique 9-1**

##### **Accompagner l'intégration scolaire**

Le regard de la société sur le handicap doit évoluer, l'intégration de l'enfant et l'adolescent handicapé dans le milieu ordinaire contribuera à ce changement. Cependant, la réussite de cette intégration passe par la mobilisation de l'ensemble des institutions et professionnels travaillant dans les domaines éducatif, social et médico-social.

Un rééquilibrage de l'offre médico-éducative, en lien avec nos partenaires des collectivités territoriales et de l'éducation nationale permettra une plus grande adéquation entre les projets individualisés et l'intégration sociale en milieu ordinaire de chaque enfant.

#### **Objectif spécifique 9-2**

##### **Favoriser l'insertion professionnelle**

L'insertion des travailleurs handicapés dans le milieu professionnel reste encore insuffisante, la crise économique et la montée du chômage ne doivent pas être un prétexte pour relâcher les efforts d'intégration des travailleurs en situation de handicap dans les entreprises.

L'insuffisance d'objectifs d'intégration en milieu ordinaire du travail engendre une « embolisation » des places offertes par le maintien de jeunes adultes dans des structures pour enfants et une difficulté pour eux d'accéder à une activité professionnelle.

Une réflexion est engagée par les gestionnaires de structures pour offrir aux personnes handicapées des formations leur permettant de plus grandes possibilités d'intégration en milieu professionnel.

#### **Objectif spécifique 9-3**

##### **Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'inaptitude ou de reclassement professionnel**

Le traitement précoce du reclassement de salariés porteurs de maladies invalidantes et se retrouvant dans des situations d'inaptitude à l'emploi est à prendre en compte le plus précocement possible. Ces situations peuvent entraîner à terme des ruptures de contrats de travail et une rupture de lien social.

Aujourd'hui les délais de traitement de la MDPH et d'évaluation réalisée par les centres de pré-orientation contribuent à éloigner le salarié du milieu du travail.

Des solutions innovantes (contrat de rééducation en entreprise par exemple) pour réduire les délais entre le dépistage précoce et la réinsertion socioprofessionnelle et/ou le maintien dans l'emploi sont à promouvoir.

#### **Objectif spécifique 9-4**

##### **Viser la réhabilitation psycho-sociale**

Les personnes souffrant de troubles du psychisme ont des difficultés à retrouver une habileté sociale sans un accompagnement et un soutien par les équipes de l'hospitalisation de jour ou de liaison du secteur psychiatrique. Ces difficultés constituent un handicap social.

La réussite de cette intégration dans le milieu ordinaire passe par un renforcement des actions sur chacun des secteurs.

## Priorité régionale 4

### **Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »**

D'un point de vue technique, l'organisation mondiale de la santé définit la qualité comme la « capacité à garantir à chacun, l'assortiment d'actes (...) lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, aux moindres risques iatrogéniques, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains (...) »<sup>1</sup>

La notion de qualité recouvre les caractéristiques suivantes :

- L'efficacité en référence à un résultat attendu et sous entendu dans la recherche d'un bénéfice pour la personne,
- La sécurité, basée sur le principe de ne pas nuire, est la capacité d'empêcher ou d'éviter la survenue d'événements indésirables ou d'infections nosocomiales
- L'accessibilité en tant que facilité d'accès à la santé au bon moment
- L'efficience en référence à un usage optimal des ressources
- Le respect des droits de l'usager, sa participation aux choix thérapeutiques, le respect de sa dignité, de la confidentialité des informations le concernant.

Conjuguée à l'amélioration générale des conditions de vie et de travail, la qualité de notre système de santé a contribué à améliorer le niveau global de santé, comme en témoigne l'augmentation de l'espérance de vie.

Toutefois, notre région, comparativement à d'autres régions, reste marquée par des indicateurs de santé moins favorables, ce qui constitue un défi pour l'action de l'ARS.

L'ambition du PRS est d'optimiser les ressources techniques et humaines disponibles pour accroître l'efficacité de l'action des acteurs de santé par davantage de coordination entre ville et hôpital, prévention et soins, soins et accompagnement médico-social. Il conviendra de définir à chaque étape du parcours de soins, le bon niveau de prise en charge pour répondre aux besoins identifiés et éviter les inéquations, les redondances. L'ensemble de ces actions doit concourir à la recherche de davantage d'efficience.

Cette perspective sera développée en cohérence avec la stratégie d'amélioration de l'efficience de santé poursuivie dans le programme régional de gestion du risque et en coordination avec l'assurance maladie.

## **Objectif général n° 10**

### **Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés**

#### **Objectif spécifique 10-1**

##### **Améliorer la connaissance des besoins**

L'ensemble des réflexions conduites sur les champs thématiques a fait apparaître cette nécessité d'approfondir la connaissance des besoins de santé afin de mieux cibler les actions et d'évaluer leur impact.

<sup>1</sup> Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication n° 105, 82 p.

Le développement de la connaissance épidémiologique et des besoins des personnes doit se poursuivre par le recueil d'informations fiables et la construction d'outils de suivi centralisés pour un meilleur éclairage de l'action publique. A titre d'exemples :

- Dans le champ de la périnatalité et la petite enfance, peu d'informations sont disponibles sur le suivi et le devenir des grossesses à risques, des enfants nés prématurément. Les différentes données ne sont pas structurées à ce jour pour éclairer le suivi des nouveau-nés à risques sur les causes et les conséquences à moyen et long terme de leur prématurité. De même, le lien avec les données de la mère nécessite également d'être réalisé. L'exploitation généralisée et systématisée des certificats de naissance serait également une source d'informations indispensable à l'élaboration d'un suivi épidémiologique structuré.
- Dans le champ du handicap, l'amélioration de la connaissance est indispensable à une meilleure appréhension des besoins. Aujourd'hui, le nombre de personnes en situation de handicap est approché par les compensations financières allouées par les Conseils généraux de la région. Mais ces chiffres n'apportent aucun éclairage sur la nature du handicap, les modes de vie des personnes et leurs besoins pour construire les réponses adaptées dans un cadre territorial donné. L'effort doit porter sur le développement des outils et des systèmes d'information.
- Dans le champ du vieillissement, la connaissance des besoins des personnes âgées nécessite également d'être confortée pour apporter les réponses collectives les plus appropriées.
- En matière de veille et sécurité sanitaire, la connaissance des risques est le premier pilier de l'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire. Il s'agit d'abord d'améliorer la connaissance des risques sur la santé, liés à l'environnement, aux habitudes de vie et de consommation, aux conditions de travail sur la santé, et secondement d'encourager les investigations en lien avec les autres services (DREAL, DIRECCTE...). Dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement de deuxième génération, il s'agira d'établir une cartographie des différents risques auxquels sont exposées les populations. La fiche n°1 du PRST2 a pour objectif l'amélioration de la connaissance en santé-sécurité au travail. Les actions portent notamment sur l'amélioration de la connaissance sur les expositions professionnelles (Cercan, Sumer...), les pathologies en lien avec le travail (recensement des maladies à caractère professionnel, investigation de clusters en milieu professionnel).
- D'une manière générale, la connaissance des patients dits « inadéquats » pris en charge dans les structures sanitaires et médico-sociales doit être suivie pour favoriser l'émergence de réponses adaptées.

## Objectif spécifique 10-2

### Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées

Bien que la région affiche des taux d'équipement supérieurs au niveau national dans les champs MCO et médico-social, les prises en charge ne sont pas systématiquement adaptées aux besoins des personnes. Il convient de développer des réponses adaptées et graduées aux besoins spécifiques de certains publics que sont les personnes autistes, cérébro-lésées, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

La diversification de l'accompagnement des personnes handicapées et âgées doit être réalisée de manière privilégiée dans le cadre de leur lieu de vie habituel plutôt qu'en institution. Dans cette optique, le développement de service d'éducation spéciale et de soins à domicile pour les enfants, de SAMSAH pour les adultes doit être privilégié.

Des prises en charge innovantes adaptées à la situation des personnes devront être développées, en mobilisant les compétences actuelles des différents acteurs de santé avec davantage de modularité pour mieux correspondre au projet individuel de la personne.

### **Objectif spécifique 10-3**

#### **Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins**

Le souci de mobiliser le bon niveau de compétences dans le cadre adapté conduit à mettre en œuvre plusieurs types d'actions au regard des constats portés sur le dispositif de santé lorrain qui reste organisé sur la prise en charge institutionnelle. Il s'agit en particulier :

De développer les alternatives à l'hospitalisation complète pour une meilleure adéquation des moyens mobilisés au besoin des personnes. L'hospitalisation de jour, la chirurgie ambulatoire nécessitent d'être davantage offertes en termes de prise en charge et restent insuffisamment développées dans la région. Le recours aux services médico-sociaux à domicile est également apprécié en ce sens.

Limiter les inadéquations de prises en charge :

Dans le champ médico-social, l'orientation des personnes handicapées doit se tourner vers le service ou l'établissement qui, compte tenu de ses compétences, est en capacité de développer au mieux leur projet individualisé.

Cela s'illustre également par la réduction du maintien de jeunes adultes en établissements pour enfants dans l'attente d'une place en structure adaptée, par la réduction des orientations hors région en favorisant les réponses de proximité.

Cet objectif s'illustre tout autant dans le champ sanitaire par le maintien en hospitalisation de court et moyen séjour de personnes relevant de prises en charge médico-sociales. Cela nécessite d'en améliorer le repérage et de développer des réponses en meilleure adéquation aux besoins identifiés dans le respect des choix de vie exprimés.

Cet objectif sera par ailleurs décliné dans le programme de gestion de risque avec les partenaires de l'assurance maladie.

L'adaptation de l'offre de prise en charge résultant de cet objectif conduit à la recomposition des équipements et services actuels. La faiblesse des taux d'occupation de certains services de MCO ou structures médico-sociales imposent leur adaptation aux besoins de la population desservie.

### **Objectif général n° 11**

#### **Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes**

### **Objectif spécifique 11-1**

#### **Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé**

Dans une organisation du système de santé encore trop cloisonnée, une réponse territoriale doit être organisée en rapprochant l'ensemble des professionnels de santé.

La place et le rôle des réseaux ont tout leur sens dans la réalisation de cet objectif qui vise tant à décroquer les disciplines médicales, ville et hôpital, préventif et curatif, que d'accroître les compétences des acteurs via les nouveaux modes de transmission de l'information, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, les échanges de pratiques, la formation.

Cet enjeu fort de l'ARS de Lorraine se traduit d'ores et déjà par l'identification au sein de son organisation d'animateurs territoriaux qui ont la mission de rapprocher les professionnels des différents champs, de les faire se connaître, de les coordonner et d'accompagner la construction d'un projet territorial commun en référence aux besoins de la population.

### **Objectif spécifique 11-2**

#### **Développer les filières de prises en charge**

Cet objectif vise à replacer le patient au cœur du système de santé et à assurer sa prise en charge dans la continuité, la cohérence, la globalité de ses besoins et la mobilisation du bon niveau de compétence aux différentes étapes du parcours.

Pour exemple, dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance, une identification et une promotion de la filière d'accompagnement à la naissance mobilisant les professionnels de santé libéraux (médecin traitant, sage-femme, PMI) est à conforter en lien avec les maternités afin de sécuriser le suivi des grossesses et des naissances.

De même pour les personnes âgées, il apparaît nécessaire de renforcer la coordination des acteurs de la filière gériatrique et décloisonner les acteurs de la ville et de l'hôpital.

### **Objectif spécifique 11-3**

#### **Veiller à une prise en charge globale de la personne**

Quel que soit le dispositif mobilisé, la personne doit être prise en charge dans sa globalité.

Les professionnels de santé doivent prendre en compte les besoins de la personne dans ses aspects sociaux et environnementaux et mobiliser les acteurs de proximité en ce sens.

Cet impératif s'apprécie tout particulièrement lors des sorties d'hospitalisation ; la prise en charge sécurisée à domicile par un service médico-social ou de soins à domicile doit prendre en compte l'environnement social de la personne.

### **Objectif général n° 12**

#### **Développer la culture qualité en recherchant l'efficience**

### **Objectif spécifique : 12-1**

#### **Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles**

L'élaboration et la diffusion des référentiels de bonnes pratiques de soins et de suivi doivent être généralisées conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'accent doit être mis sur la formation continue des professionnels de santé tant en ville qu'en établissements de santé, en particulier à l'égard de pratiques innovantes (bon usage des médicaments, innovations thérapeutiques)

Les usagers doivent, eux aussi, être sensibilisés et formés à la connaissance de ces référentiels pour un meilleur usage des dispositifs et un repérage éclairé dans le parcours de santé.

La qualité des programmes et interventions en éducation pour la santé passe par l'acquisition, le maintien et le développement des compétences des intervenants professionnels ou bénévoles.

## **Objectif spécifique : 12-2**

### **Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux**

La bientraitance est une démarche collective des professionnels de santé à l'égard des besoins de la personne et de ses choix.

L'amélioration de la connaissance de certaines pathologies concourt également à une meilleure adéquation des comportements et des relations : maladie d'Alzheimer et apparentées, des pathologies d'ordre psychiatrique génératrices de troubles du comportement.

L'interrogation régulière des pratiques professionnelles, la formation des professionnels, les échanges avec les familles et les aidants doivent être développés dans cette perspective.

## **Objectif spécifique 12-3 :**

### **Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à :**

Améliorer la connaissance des établissements :

Il s'agit de développer les outils de connaissance de l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux et les indicateurs de suivi de l'activité des acteurs de prévention.

Les plaintes, rapports d'évaluation et d'accréditation des établissements et services sanitaires et médico-sociaux sont également des sources précieuses d'information relatives à la qualité qui y est développée.

La recherche de l'amélioration de la performance des organisations participe à l'objectif de réduction des déficits. En 2010 les déficits cumulés des établissements sanitaires de la région lorraine, bien qu'en baisse pour la première fois depuis 2006, atteignent 79M€ dont 59M€ pour les établissements publics. En collaboration avec l'ANAP, l'ARS conduit une démarche performance visant à l'amélioration de l'organisation interne des établissements portant sur les organisations médicales, médico techniques (Blocs opératoires, stérilisation, laboratoires), ainsi que les systèmes d'information...

Cette démarche initiée dans le champ sanitaire doit être développée dans le champ médico-social par l'utilisation et la simplification des indicateurs médico-économiques existants, permettant d'optimiser les ressources déployées au vu des constats de très grandes disparités de moyens entre établissements.

La contractualisation avec les acteurs de santé sur la base d'une annexe performance du contrat CPOM et le suivi à partir d'indicateurs spécifiques seront effectués.

## **Objectif spécifique 12-4**

### **Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire**

Sur le champ de la veille et sécurité sanitaire, la recherche de qualité s'illustre par :

- l'homogénéité régionale de l'organisation de la veille et de l'alerte.  
L'ARS dispose d'une plateforme centralisant la réception de l'ensemble des signaux relatifs :
  - aux maladies transmissibles : les maladies à déclaration obligatoire y sont signalées par les professionnels de santé libéraux ou institutionnels (rougeole, méningite, SIDA, tuberculose...), ainsi que tous les cas groupés de pathologies contagieuses (coqueluche, scarlatine...)
  - aux maladies liées à une activité de soins : ensemble des signalements d'infections nosocomiales,



- aux facteurs de risques environnementaux concernant l'eau, les pollutions, la qualité de l'air, exposition à des produits chimiques,
- à des risques naturels : inondations...

En outre la CIRE Lorraine-Alsace (Cellule de l'InVS en REgion) fournit aux ARS les compétences et les outils, en engageant l'INVS. Elle apporte une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire.

De la qualité de traitement de ces signaux dépend la réactivité des mesures de protection des personnes ou de prise en charge. L'efficacité de cette organisation est un enjeu majeur pour l'ARS.

- la définition de procédures de gestion et alertes.  
Il s'agit de disposer d'un réseau et de procédures d'observation et de surveillance réactifs et précis des risques infectieux et environnementaux, ainsi que de protocoles de gestion des crises.  
  
Il convient plus particulièrement de décliner des plans d'urgence sanitaire et de crise en cohérence régionale et zonale, y compris la planification NRBC, et de promouvoir la culture de signalement et de gestion de crise auprès des établissements sanitaires et médicaux-sociaux et des professionnels de santé.  
  
Il s'agit également de développer des actions de prévention et de contrôle des différents risques par la mise en œuvre de plans d'inspection et de contrôle,
- l'information et la formation des professionnels de santé et de la population doivent être développées à l'égard de la réalisation de certains risques. Il est indispensable d'apporter des éclairages sur l'existence et l'impact réel des différents risques en causes.  
L'accent devra être également porté sur la communication, en particulier en situation de crise de manière à relayer le bon niveau de risque permettant d'associer les médias et le public in fine à une gestion collective des risques par des comportements en adéquation.

## **Objectif spécifique 12-5**

### **Développer une démarche qualité**

Les établissements de santé et médicaux sociaux, de même que tous les professionnels de santé, y compris ceux du champ de la prévention et de la promotion de la santé, sont invités à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de leur pratique, en s'appuyant sur les référentiels émis par la HAS, les préconisations des sociétés savantes. Cette démarche doit également intégrer les objectifs d'organisation interne et externe prévue dans le projet régional de santé et ses schémas, lesquels seront contractualisés par avenant dans les CPOM des établissements ou par des conventions.

Les établissements devront également mettre en place une démarche d'évaluation interne et de certification des dispositifs afin d'analyser les écarts et de contribuer ainsi à l'efficacité des organisations et des pratiques.

## L'organisation des évaluations et du suivi du PRS

L'évaluation de la politique régionale de santé est intégrée au projet régional de santé. Elle permet de poser un regard critique sur les impacts des actions envisagées mais également d'assurer un suivi permanent des plans d'actions.

### Les modalités d'organisation

Le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé a décrit notamment le calendrier et le périmètre de cette évaluation :

- Concernant le contenu du PRS l'art R. 1434-1 indique « **le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé** ».
- Concernant le contenu du PSRS l'art R. 1434-2 précise « **5° L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé** ».

Chaque type d'évaluation comporte des objectifs spécifiques, et est encadré par un cahier des charges ou lettre de mission. Le périmètre et les modalités pratiques, choix des opérateurs notamment, seront néanmoins précisés lors du lancement ces missions par la direction générale de l'ARS.

Bien que l'évaluation définitive n'intervienne qu'à l'échéance du PRS, une évaluation intermédiaire sera engagée à mi-parcours afin de s'assurer de la mise en œuvre effective des priorités arrêtées dans le plan stratégique régional de santé et des plans d'actions issus des schémas d'organisation et de prévention. L'évaluation portera également sur la mise en œuvre du suivi et du respect des échéanciers.

Cette évaluation sera confiée à une équipe restreinte composée d'agents de l'ARS et coordonnée par la Direction de la stratégie.

L'objectif attendu vise à vérifier le début d'exécution du PRS, l'efficacité du dispositif de suivi et de communication aux partenaires institutionnels et usagers et à remédier aux freins tant internes qu'externes.

L'évaluation définitive interrogera sur les résultats des actions mises en œuvre ainsi que les moyens déployés. Elle précisera également l'intérêt de prolonger les actions sur le futur PRS et identifiera des axes d'évolution.

L'objectif général est de progresser par l'expérience acquise en s'attachant plus particulièrement aux aspects qualitatifs.

Cette évaluation pourra être confiée soit à une équipe interne à l'ARS, soit élargie à des partenaires extérieurs pour garantir une plus grande objectivité des observations et des jugements, soit à un évaluateur externe.

Un suivi permanent complètera également le dispositif afin de dresser les bilans réguliers de la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Ils seront présentés, par le Directeur général de l'Agence, au moins deux fois par an au Conseil de surveillance de l'Agence et au moins une fois par an à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Ces situations permettront également l'information des partenaires institutionnels réunis au sein du Comité de consultation, ainsi que plus largement des usagers par le biais de lettres d'informations sur le site intranet de l'ARS.

Ce suivi sera assuré par la Direction de la stratégie qui s'appuiera sur un réseau de Correspondants de chacune des Directions de l'Agence. Ce réseau aura également en charge le suivi des plans d'action et indicateurs issus du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens entre l'Etat et l'ARS de Lorraine.

## La gouvernance de l'évaluation

L'art. L. 1432-2 dispose que :

- **« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique ».**
- **« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique ».**

La mise en œuvre régionale des objectifs stratégiques repose sur la mobilisation de tous les acteurs des dispositifs de santé de la région lorraine. Aussi, la gouvernance de l'évaluation s'appuiera sur l'organisation mise en place pour l'élaboration du Projet régional de santé.

Le comité de consultation est composé d'une quarantaine de membres représentant les partenaires institutionnels tels que l'Assurance maladie, les représentants de l'éducation nationale, les professionnels de santé, le social et médico-social, et les usagers. Ce comité donnera un avis, sur propositions du Directeur Général de l'ARS, sur le cahier des charges, les questions évaluatives, ainsi que sur la stratégie de mise en œuvre de l'évaluation et le choix des évaluateurs.

Le groupe projet, sous la responsabilité de la Direction de la stratégie, est composé de représentants des divers services de l'agence. Il est chargé de finaliser le cahier des charges et le questionnaire évaluatif, en fonction de la stratégie retenue pour l'évaluation, et des évolutions réglementaires. Il coordonnera l'analyse des travaux et validera le rapport d'évaluation.

Les équipes d'évaluateurs mettront en œuvre les cahiers des charges, mèneront les entretiens relatifs aux questions évaluatives et analyseront l'impact et l'appropriation de la politique régionale de santé.

## Les résultats attendus de l'évaluation

Les résultats attendus visent à l'amélioration de la connaissance et de l'efficacité des dispositifs de santé. Cette évaluation permettra également de rendre compte des actions menées aux partenaires institutionnelles de la région, mais surtout aux usagers.

Les préconisations issues de cette évaluation, ainsi que toutes les observations de la CRSA et du Conseil de surveillance enrichiront le futur Projet régional de santé.

## GLOSSAIRE

|            |                                                                                                       |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAH :      | Allocation aux Adultes Handicapés                                                                     |
| AEEH :     | Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé                                                          |
| AES :      | Allocation d'Education Spéciale                                                                       |
| ALD :      | Affection de Longue Durée                                                                             |
| ANAP :     | Agence Nationale d'Appui à la performance                                                             |
| APA :      | Allocation Personnalisée d'Autonomie                                                                  |
| ARS :      | Agence Régionale de Santé                                                                             |
| CIRE :     | Cellule de l'InVS en REgion                                                                           |
| CPOM :     | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens                                                          |
| CRSA :     | Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie                                                       |
| DIRECCTE : | Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi |
| DMS :      | Durée Moyenne de Séjour                                                                               |
| DRIRE :    | Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement                             |
| EHPAD :    | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes                                          |
| ESAT :     | Etablissements et Services d'Aide par le Travail                                                      |
| HAS :      | Haute Autorité de Santé                                                                               |
| Loi HPST : | loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires                                                           |
| MAIA :     | Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer                                        |
| MCO :      | Médecine, Chirurgie, Obstétrique                                                                      |
| MDPH :     | Maison Départementale des Personnes Handicapées                                                       |
| NRBC :     | nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques                                                   |
| ONDAM :    | Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie                                                    |
| PASA :     | Pôle d'Activités et des Soins Adaptés                                                                 |
| PMI :      | Protection Maternelle et Infantile                                                                    |
| PMSI :     | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information                                                |
| PRAPS :    | Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis                              |
| PRGDR :    | Programme Régional de Gestion Du Risque                                                               |
| PRIAC :    | PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie                |
| PRS :      | Projet Régional de Santé                                                                              |
| PRSE :     | Plan Régional Santé Environnement                                                                     |
| PSRS :     | Plan Stratégique Régional de Santé                                                                    |
| PRST :     | Plan Régional Santé au Travail                                                                        |
| PTS :      | Programmes Territoriaux de Santé                                                                      |
| SAMSAH :   | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés                                        |
| SESSAD :   | Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile                                                |
| SROMS :    | Schéma Régional d'Organisation Médico-social                                                          |
| SROS :     | Schéma Régional d'Organisation des Soins                                                              |
| SRP :      | Schéma Régional de Prévention                                                                         |
| SSIAD :    | Service de Soins Infirmiers A Domicile                                                                |
| SSR :      | Soins de suite et réadaptation                                                                        |
| UHR :      | Unité d'Hébergement Renforcée                                                                         |
| URPS :     | Unions Régionales des Professionnels de Santé                                                         |
| VSS :      | Veille et Sécurité Sanitaire                                                                          |

## ANNEXE

## ANNEXE Contribution aux objectifs de santé et attendus du décret

| Objectifs généraux                                                                                                                                                                                     | Objectifs spécifiques | Prévention | Amélioration<br>accès | Réduction<br>inégalités en<br>matière de<br>soins | Qualité<br>efficience<br>des prises<br>en charge | Respect du<br>droit des<br>usagers | Coordination<br>avec les<br>autres<br>politiques de<br>santé |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Priorité régionale 1 Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine</b>                                                                                              |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°1 Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires</b>                                                                                           |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 1.1 Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de l'Assurance                         |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 1.2 Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle                                      |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| 1.3 Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique                                                                                                                              |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| 1.4 Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité                                                                                                                          |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 1.5 Développer l'éducation thérapeutique                                                                                                                                                               |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 1.6 Sensibiliser les acteurs du 1er recours à la prévention                                                                                                                                            |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°2 Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide</b> |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 2.1 Développer l'information et la formation des usagers                                                                                                                                               |                       |            |                       |                                                   | X                                                | X                                  |                                                              |
| 2.2 Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge                                                                                                                                                   |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 2.3 Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social                                        |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°3 Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neurovasculaires, maladies respiratoires et suicide</b>                 |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 3.1 Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge                                                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 3.2 Conforter les pôles d'excellence en cancérologie et maladies cardio-neurovasculaires                                                                                                               |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| <b>Priorité régionale 2 Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS</b>                                                                                            |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°4 Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes</b>                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 4.1 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et l'enfance                                                                                                                  |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 4.2 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes                                                                                                            |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 4.3 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales                                                                                                          |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 4.4 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques                                                                                                                          |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 4.5 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veille et la sécurité sanitaire et environnementale                                                                                        |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 4.6 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la santé mentale                                                                                                                              |                       | X          |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| <b>Objectif général n°5 Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre</b>                                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 5.1 Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires                                                                                                                           |                       |            | X                     | X                                                 |                                                  |                                    |                                                              |
| 5.2 Structurer l'offre de second recours                                                                                                                                                               |                       |            | X                     | X                                                 |                                                  |                                    |                                                              |
| 5.3 Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés                                                                                           |                       |            |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| 5.4 Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste                                                                                                             |                       |            | X                     | X                                                 |                                                  |                                    |                                                              |
| 5.5 Optimiser l'organisation de la permanence des soins                                                                                                                                                |                       |            | X                     | X                                                 | X                                                |                                    |                                                              |
| 5.6 Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires                                                                                                                                     |                       |            |                       | X                                                 |                                                  |                                    | X                                                            |
| <b>Objectif général n°6 Informer et former les usagers</b>                                                                                                                                             |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 6.1 Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits                                                                                                                                       |                       |            |                       | X                                                 |                                                  | X                                  |                                                              |
| 6.2 Former les usagers au bon usage du système de santé                                                                                                                                                |                       |            |                       | X                                                 |                                                  | X                                  |                                                              |
| <b>Priorité régionale 3 Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap</b>                                                                          |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°7 Développer des actions de prévention ciblée</b>                                                                                                                                |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 7.1 Prévenir les causes évitables                                                                                                                                                                      |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| 7.2 Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge                                                                                                                |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| 7.3 Repérer et prévenir la souffrance psychologique                                                                                                                                                    |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| 7.4 Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit                                                                                                                               |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 7.5 Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie                                                                                     |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 7.6 Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes                                                                                                                   |                       | X          |                       |                                                   |                                                  |                                    | X                                                            |
| <b>Objectif général n°8 Favoriser la fluidité du parcours de soins des personnes en tenant compte de leur situation individuelle</b>                                                                   |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 8.1 Elaborer et suivre le projet individuel                                                                                                                                                            |                       |            |                       |                                                   |                                                  | X                                  | X                                                            |
| 8.2 Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social                                                                                                                  |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 8.3 Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant                                                                                                                  |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 8.4 Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance                                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°9 Favoriser l'accès au dispositif de droit commun</b>                                                                                                                            |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 9.1 Accompagner l'intégration scolaire                                                                                                                                                                 |                       | X          |                       |                                                   |                                                  | X                                  | X                                                            |
| 9.2 Favoriser l'insertion professionnelle                                                                                                                                                              |                       | X          |                       |                                                   |                                                  | X                                  |                                                              |
| 9.3 Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'invalidité ou de reclassement professionnel                                                                               |                       |            |                       |                                                   | X                                                | X                                  | X                                                            |
| 9.4 Viser la réhabilitation psycho-sociale                                                                                                                                                             |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| <b>Priorité régionale 4 Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »</b>                                 |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°10 Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés</b>                                                                                                          |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 10.1 Améliorer la connaissance des besoins                                                                                                                                                             |                       |            | X                     |                                                   | X                                                |                                    | X                                                            |
| 10.2 Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées                                                                                                                          |                       |            | X                     |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 10.3 Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins                                                                                                 |                       |            | X                     |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| <b>Objectif général n°11 Améliorer le parcours de soins et de vie des personnes</b>                                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 11.1 Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé                                                                                                                            |                       |            | X                     |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 11.2 Développer les filières de prises en charge                                                                                                                                                       |                       |            | X                     |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 11.3 Veiller à une prise en charge globale de la personne                                                                                                                                              |                       |            |                       |                                                   | X                                                | X                                  | X                                                            |
| <b>Objectif général n°12 Développer la culture qualité en recherchant l'efficience</b>                                                                                                                 |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| 12.1 Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles                                                                                                                                      |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 12.2 Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   | X                                                | X                                  |                                                              |
| 12.3 Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à                                                                                       |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| Améliorer la connaissance des établissements                                                                                                                                                           |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| La recherche de l'amélioration de la performance des organisations                                                                                                                                     |                       |            |                       |                                                   |                                                  |                                    |                                                              |
| La contractualisation avec les acteurs de santé                                                                                                                                                        |                       |            | X                     |                                                   | X                                                |                                    |                                                              |
| 12.4 Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire                                                                                                                              |                       |            |                       |                                                   | X                                                |                                    | X                                                            |
| 12.5 Développer la démarche qualité                                                                                                                                                                    |                       |            |                       |                                                   | X                                                | X                                  | X                                                            |

## II. LES SCHEMAS D'ORGANISATION

La Loi HPST identifie au sein du Projet Régional de Santé (PRS) trois schémas d'organisation : le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Ces schémas représentent une démarche totalement innovante et hautement stratégique en déclinant les priorités du PSRS<sup>1</sup>. Ils ont pour objectif commun, sur la base d'un diagnostic partagé, de définir des objectifs opérationnels en réponse aux problématiques identifiées en matière de prévention, d'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers et d'organisation médico-sociale.

### *Une démarche inédite par son ampleur*

Le projet régional de santé constitue ainsi une démarche tout à fait inédite par la concomitance des réflexions sectorielles et par l'ampleur du chantier. Sous l'égide des chefs de projets de l'ARS de Lorraine, cette démarche a mobilisé un grand nombre de groupes de travail réunissant les acteurs des différents champs.

### *Une réflexion globale conduisant à identifier 8 thématiques transversales*

La loi HPST, en recherchant le décloisonnement des politiques publiques dans le domaine de la santé et de l'autonomie, réaffirme la nécessité d'une approche globale de la santé qui ne soit pas uniquement définie par l'absence de maladie.

Ce principe a été développé lors de l'élaboration des schémas, notamment dans l'approche des problématiques de l'usager du système de santé replacé au cœur des préoccupations. Il a permis en particulier de le faire évoluer dans un parcours de prise en charge de manière à mettre en lumière la cohérence et la coordination des acteurs aux différentes étapes du parcours mais également d'identifier les points de rupture. La réflexion a donc été conduite sur tous les champs, de la prévention, aux soins, à l'action palliative mobilisant à la fois professionnels de la prévention, acteurs du soin libéraux et hospitaliers et acteurs médico-sociaux.

Cette démarche a également été développée avec le souci de croiser les regards entre champs d'action jusque là insuffisamment investis et révélant par exemple les difficultés de l'accueil des personnes handicapées à l'hôpital, de la mise en œuvre des actions de prévention dans le champ médico-social ou intégrées aux soins.

Enfin, l'aboutissement de cette démarche d'approche globale identifiée tout au long d'un parcours est formalisé par l'identification de 8 thématiques transversales communes aux 3 schémas et qui marquent la nécessaire cohérence de l'action des acteurs pour la pertinence des prises en charge.

---

<sup>1</sup> PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé



### *Une réflexion en déclinaison des priorités stratégiques*

Les orientations et objectifs des trois schémas déclinent sur leur champ propre les 4 priorités stratégiques :

-  il s'agit de répondre aux enjeux de santé de la région et à l'évolution des besoins de la population lorraine marquée par les pathologies cancéreuses, les pathologies neurocardio-vasculaires, les maladies chroniques, ainsi qu'à l'organisation de filières de soins spécifiques telles que la prise en charge de l'AVC.  
Les objectifs visent à mobiliser les différents acteurs et conjuguer leurs actions sur ces problématiques en identifiant des parcours et filières de prises en charge plus lisibles.
-  il s'agit pour réduire les inégalités d'accès à la santé des lorrains, de développer des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes, de structurer l'offre de soins et la rendre accessible ; ce dernier enjeu est essentiel au vu de la répartition et de la concentration des activités et des équipements sur le sillon lorrain alors que les perspectives démographiques des professionnels de santé apparaissent défavorables et en particulier sur certains territoires. Les objectifs consistent à consolider l'offre de soins de premier et second recours dans les territoires les plus déficitaires, à optimiser les organisations en soutenant les coopérations entre établissements et services d'un même territoire et à recourir aux apports des innovations technologiques, chaque fois que cela s'avère possible.
-  Il s'agit pour maintenir la population en bonne santé et préserver l'autonomie des personnes de répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de perte d'autonomie en organisant des filières de prise en charge
-  il s'agit d'améliorer l'efficacité de l'organisation des prises en charge au vu de la contrainte de la démographie des professionnels de santé, de la raréfaction de la ressource financière et du respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie sans renoncer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité .

Dans ce cadre, les établissements et services sont invités à s'inscrire dans des coopérations pour optimiser leurs ressources et savoir-faire et développer davantage de lisibilité de l'offre de soins.

Les hôpitaux locaux ainsi que les établissements de proximité sans plateau technique devront ainsi faire évoluer leur positionnement dans l'offre de prise en charge à l'aube de la tarification à l'activité, en diversifiant leur panel d'interventions au delà des seules activités sanitaires traditionnelles, en investissant les soins ambulatoires, la prévention et autres actions médico-sociales, afin de mieux se positionner en acteurs de proximité répondant au besoin de la population locale.

### *Un cadre territorial de réflexion commun à l'ensemble des schémas*

Les objectifs des différents schémas s'inscrivent dans les 3 niveaux de déclinaison territoriale destinés à structurer l'offre :

-la proximité, espace de déclinaison des soins de premiers recours qui constituent la porte d'entrée dans le système de santé, correspondant en Lorraine au bassin de services intermédiaires (BSI). C'est également l'espace de déclinaison des réponses médico-sociales des personnes porteuses de handicap ou en perte d'autonomie et des actions de promotion de la santé et de prévention.

L'ambition de l'ARS est de développer une animation territoriale, support de la coordination des acteurs du soin, de la prévention, du médicosocial sur un territoire, pour l'élaboration de projets territoriaux de santé.

-le territoire de santé, qui doit offrir un ou plusieurs plateaux de soins techniques répondant aux besoins de prise en charge des urgences et des principales maladies chroniques de la population. Ces plateaux techniques structurés à partir des coopérations inter-établissements, et notamment les communautés hospitalières de territoire, visent à conforter les compétences et les ressources du territoire en complémentarité les uns des autres. C'est dans ce cadre qu'est définie l'opposabilité juridique des implantations des activités de soins et médico-sociales après consultation des conférences de territoire.

-le recours régional, structuré autour du sillon lorrain qui concentre les activités de soins très spécialisées, mais également médico-sociales en tant que centre de ressources. La CHT<sup>2</sup> Metz Nancy aura un rôle moteur pour la région dont le retentissement doit se décliner au-delà du seul champ sanitaire, en termes d'attractivité des professionnels, de développement d'expertise, d'enseignement et de recherche incluant la santé publique.

Les territoires de santé de proximité issus principalement du découpage territorial du SROS 3, retenus souvent par les partenaires de l'ARS comme déclinaison de leur action, ont été conservés dans la réflexion à titre d'espace d'observation et de mise en œuvre de certaines actions médico-sociales, de prévention et de promotion de la santé.

Enfin, la particularité de la région Lorraine est d'être frontalière puisqu'elle partage ses frontières avec 3 Etats : La Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne; en effet, trois de ses départements jouxtent la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, le Luxembourg et la Wallonie.

Cette particularité se traduit en termes d'orientations dans les différents schémas pour assurer la couverture particulière des lorrains et étrangers résidants près des frontières (frontaliers) tant sur le champ sanitaire que médico-social.

---

<sup>2</sup> CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

## ***Éléments méthodologiques des schémas***

### ***Présentation***

Dans un souci d'opérationnalité, l'ARS de Lorraine a souhaité élaborer une trame unique quel que soit le schéma concerné. Ainsi, chacun des 3 schémas comporte des fiches « objectifs opérationnels ».

#### Ces fiches comprennent :

- un diagnostic régional et territorial synthétique, complété éventuellement par un diagnostic plus détaillé en annexe,
- le lien avec les priorités et objectifs du PSRS,
- Les objectifs opérationnels déclinés en mesures, le pilotage de leur mise en œuvre, les liens avec les autres volets ou schémas, les partenaires associés, les résultats attendus et l(es) indicateur(s), Les acteurs identifiés pour le pilotage des actions reflètent le souhait de l'ARS d'impliquer ses partenaires dans la mise en œuvre du PRS.
- la déclinaison territoriale des différents objectifs.

En outre, pour limiter la redondance des fiches dans chacun des schémas, des codes couleur sont présents en marge de chacune des mesures.

Ces couleurs ont pour objectif de faciliter la lecture et le lien avec les schémas auxquels elles se rattachent.

- Bleu : SROS-PRS,
- Rouge : mesures opposables du SROS-PRS,
- Orange : SROMS,
- Vert : SRP.

Ces codes couleur permettent également de répondre aux obligations réglementaires notamment d'identification des schémas dont les travaux ont été menés d'une manière transversale à l'ensemble des champs, et à l'opposabilité des mesures hospitalières et du zonage.

Certains thèmes sont traités dans différents schémas et fiches. C'est le cas par exemple de la psychiatrie et santé mentale, du cancer... Il est alors nécessaire, lors de la lecture, pour avoir une vision exhaustive du thème concerné, de se reporter aux différents schémas. Dans le cas de « Psychiatrie et santé mentale » des objectifs (en matière de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide) sont définis dans le SRP mais également dans la thématique transversale du même nom du SROS-PRS.

Pour faciliter la lecture du PRS, celui-ci sera mis en ligne sur un site internet actuellement en cours de construction où la consultation des différents volets, thématiques sera facilitée, grâce à un système de mots-clés et de renvois. Ce site permettra de faire apparaître les liens entre les volets d'un même schéma, entre les différents schémas, mais également de valoriser les réflexions et travaux transversaux.

**Priorisation des objectifs opérationnels :**

Les schémas d'organisation permettent de décliner de façon opérationnelle les priorités de santé de la région identifiées dans le PSRS.

L'importance des travaux menés par les groupes thématiques a ainsi engendré plus de 220 objectifs opérationnels déclinés dans plus de 710 mesures. Tous ces travaux ne pouvant être conduits concomitamment, une priorisation s'appuyant sur les propositions des différents groupes a été arrêtée.

Cette priorisation vise à mener de manière cohérente la capacité d'action de l'Agence et la mobilisation des moyens financiers dévolus à la région. Près de 35% des objectifs ont été classés en priorité de niveau 1. Soit au total 79 objectifs qui seront mis en œuvre prioritairement, et qui couvrent chacune des thématiques des 3 schémas et la quasi-totalité des objectifs spécifiques du PSRS.

Près de 80% des objectifs ont été classés dans les niveaux de 1 à 3 (28% niveau 2 et 17% en niveau 3).

La mise en œuvre de ces objectifs prioritaires constitue le socle d'engagement sur lequel l'Agence souhaite être évaluée.

Le détail du classement se trouve dans les annexes des schémas d'organisation.

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| <b><i>Eléments particuliers de la réflexion en lorraine</i></b> |
|-----------------------------------------------------------------|

En marge de la réflexion spécifique sectorielle, et sans que cela ne fasse l'objet d'une thématique particulière, 4 sujets ont été traités de manière transversale aux 3 schémas en préalable des orientations déterminées par ailleurs.

## La démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire n'englobe pas seulement la participation directe et organisée des usagers mais aussi elle veut garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit d'information pour les patients et, plus largement, le respect des droits des usagers.

Le besoin de rapprocher les citoyens et les décideurs a été progressivement affirmé, en premier lieu lors des premiers états généraux de la santé de 1997-1998.

**La loi n°2002-2 du 02 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale a affirmé et décrit les droits des usagers dans les établissements et services médico-sociaux.

**La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue le point de départ de l'évolution du respect des droits individuels et collectifs des malades. Le droit des malades concerne la qualité des services rendus, excluant toute discrimination, tout autant que le droit à l'information ; ce droit constitue un enjeu important face à l'asymétrie d'informations et de compétences entre patients et professionnels de santé ; il emporte également in fine le droit à obtenir réparation des suites de pratiques médicales

**La loi n°2004-806 du 09 août 2004** relative à la politique de santé publique confie à la Conférence Nationale de Santé le soin d'élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé.

**La loi n°2005-370 du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie conforte les droits fondamentaux de la personne ou du malade.

**La loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009** a placé le patient au cœur de la modernisation de l'organisation territoriale du système de santé en renforçant la place des représentants des usagers au sein de différents dispositifs, Conseil de Surveillance de l'ARS et des établissements de santé, commission d'activité libérale ;

la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie devient un lieu de débat et de consultation des différents acteurs de la société civile intéressée.

- **Le droit des usagers dans le PSRS et les Schémas**

**Le PRS** outil de planification et de régulation de la politique de santé a pour ambition d'apporter une réponse globale, transversale, évolutive et efficiente, aux problématiques de santé observées sur les territoires lorrains. Dans ce projet, il s'agit notamment de décloisonner les secteurs, **d'adapter l'offre aux besoins des citoyens en respectant leurs droits**, d'optimiser l'allocation de ressources et, enfin, d'organiser un suivi et une évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé. »

**Dans le Plan Stratégique Régional de santé PSRS**, plusieurs objectifs spécifiques et généraux se rejoignent sur le thème de « développer l'information et la formation des usagers sur le système de santé et leurs droits »

*Etre acteur de sa santé nécessite de disposer d'une information claire, lisible et accessible.*

*Les usagers sont les « utilisateurs » du système de santé. Afin de solliciter ce système à bon escient, il est nécessaire qu'ils puissent appréhender, outre la connaissance du dispositif (les urgences par exemple), le fonctionnement de celui-ci.*

*De plus les usagers, en particulier les publics vulnérables, peuvent méconnaître le besoin de soins ou être rebutés parfois par un dispositif ou une organisation un peu complexe. Une attention particulière doit pouvoir leur être portée par les professionnels de santé afin d'adapter les modalités de prise en charge de ces personnes.*

**Dans les trois schémas sectoriels**, l'ARS a été vigilante à bien faire intégrer, outre le droit fondamental à la protection de la santé, le respect de la personne et de ses droits au sein des établissements de santé, établissements services sociaux et médico-sociaux ainsi que pour les actions de prévention en santé publique. Les recours possibles de la personne prise en charge ou faisant l'objet d'un accompagnement médico-social doivent être facilités.



- **Les missions essentielles retenues par l'ARS de Lorraine dans le PRS**

**a) Dynamiser la démocratie sanitaire : Le besoin de rapprocher les citoyens et les décideurs**

- Dynamiser le travail des instances de démocratie sanitaire et mettre en cohérence les travaux réalisés au niveau national par la Conférence Nationale de Santé CNS, au niveau régional par la Conférence Régionale de santé et de l'Autonomie CRSA et les conférences de territoires au niveau local.
- Solliciter l'avis des acteurs de la communauté en santé ainsi que celui des usagers à tous les niveaux de décision.
- Veiller à l'équilibre de représentation des usagers dans les instances de démocratie sanitaire de l'ARS, au sein des instances hospitalières (conseils de surveillance des établissements de santé, Commission des Relations avec les Usagers CRU) ou de santé publique, au conseil de la vie sociale dans le secteur médico-social.
- Soutenir l'organisation de débats publics au plan régional et local au niveau des territoires

**b) Promouvoir le droit des usagers : L'existence et l'usage de droits individuels ou collectifs ne sont pas suffisamment diffusés et expliqués**

- Faire respecter les droits des patients, impliquer les représentants dans la démarche de contrôle d'évaluation et de recours.
  - Informer (inégalité d'information, sur disponibilité des services, accessibilité, prix, qualité et sécurité des différents prestataires, sur l'accès aux soins, le refus de soins et les dépassements d'honoraires)
  - Valoriser les sites d'information : Internet ARS et Site <http://www.sante.gouv.fr/espacedroits-des-usagers.html> , site de l'assurance maladie ameli.fr
  - Impliquer les professionnels dans la promotion des droits des patients : dépasser la vision 'juridique' vers une véritable relation partenariale
  - Former les professionnels de santé
  - Former les représentants des usagers
- Organiser des débats publics sur les droits des usagers : Concilier droit des patients et développement des nouvelles technologies, en essayant d'éclairer les enjeux et de lever les inquiétudes, par exemple pour l'HAD, la chirurgie ambulatoire, l'utilisation de la télémédecine, ou de la télésurveillance

**c) Evaluer le respect des droits des usagers : Quelles mesures mettre en place pour évaluer le niveau de respect de ces droits**

- Rapport Commission de Relations avec les Usagers CRU dans le champ sanitaire
- Travail sur les 'outils' garantissant l'exercice effectif des droits : (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale, le projet d'établissement, le CPOM, le médiateur...)
- Identifier et réduire les risques de maltraitance par le savoir faire et le savoir être (axe du projet d'établissement, charte de bientraitance)
- Tenir compte du rapport annuel formalisé par la CRSA au regard du respect des droits de l'utilisateur et de sa place dans les instances créées par la loi HPST.

## **Les professionnels de santé : faire face au défi de la démographie en Lorraine**

De manière générale, les métiers de la santé sont confrontés à une sollicitation croissante inhérente au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'accompagnement de la dépendance et c'est sans compter les comportements de recours aux soins des usagers qui font parfois de la santé, le recours à un service de consommation comme un autre.

Les professionnels sont également impactés par l'évolution du parcours de soins, le développement des nouvelles technologies, l'évolution des pratiques professionnelles, la confrontation aux exigences des usagers.

La problématique des ressources humaines des métiers de la santé est particulièrement prégnante en région Lorraine compte tenu des densités régionales plus faibles qu'au plan national, des fortes disparités géographiques infra-régionales dans la répartition des professionnels de santé mais également du vieillissement accru du corps médical et de la faiblesse du renouvellement générationnel (les effets de la hausse du *numerus clausus* ne sont pas encore visibles). Ce constat est tant porté à l'égard des professionnels de premiers recours que de second recours.

Globalement les professionnels de santé (médecin généralistes, spécialistes infirmières libérales, kinésithérapeutes libéraux) sont moins nombreux en Lorraine et plus inégalement répartis sur le territoire lorrain.

Les territoires ruraux ou encore ceux situés sur les anciennes zones minières sont plus en difficulté sur ce plan que le sillon lorrain bénéficiant de la proximité des deux métropoles de Metz et Nancy, qui concentrent aussi les outils de formation (Faculté de médecine, d'odontologie et de pharmacie à Nancy et IFSI présents en nombre important en Moselle et Meurthe-et-Moselle) et l'offre en établissement de santé.

S'il n'y a jamais eu autant de médecins en activité en Lorraine comme en France, notre région connaît de fortes disparités spatiales entre zones urbaines et zones rurales dans la répartition des professionnels de santé de premier et second recours.

La densité médicale est cependant inférieure au niveau national avec 297 médecins pour 100000 habitants contre 312 en France métropolitaine.

Les médecins généralistes sont également moins nombreux et connaissent un vieillissement de leur effectifs, 61 % d'entre eux ont 50 ans et plus (cf. tableau CNOM).

Par ailleurs, l'exercice libéral de la médecine générale se heurte à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. En miroir, on note qu'en 20 ans, les effectifs de médecins remplaçants ont été multipliés par près de 7 ; aujourd'hui les médecins remplaçants inscrits à l'Ordre sont âgés de 43 ans et près de la moitié (48%) sont des femmes.

Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens ; en 2009, un cinquième des nouveaux inscrits à l'Ordre se sont installés à Nancy.

Ces deux mouvements contribuent à renforcer la fragilité de certains territoires déjà moins ou peu dotés.

Par ailleurs, la problématique ne peut se limiter à la seule densité médicale ; localement, la charge de travail des médecins en place peut être lourde en dépit d'une couverture médicale apparemment correcte.

Les distances d'accès aux professionnels de santé sont variables en Lorraine, en moyenne cette distance est de 5 kms pour les généralistes, par exemple. Ce sont les communes rurales de la Meuse, de l'ouest Vosgien et du sud Mosellan, où l'accès au médecin généraliste est le plus long (localement plus de 10-15 kms).

Les médecins spécialistes sont également moins nombreux en Lorraine avec une densité de 138 pour 100 000 habitants contre 166 en France. 51 % d'entre eux ont une activité salariée et les libéraux sont essentiellement concentrés à proximité des centres hospitaliers.

Les infirmiers libéraux connaissent également une densité légèrement plus faible en Lorraine avec 102 pour 100 000 habitants contre 108 au niveau national mais sont inégalement répartis sur le territoire marquant une fragilité des zones rurales.

Les kinésithérapeutes libéraux affichent quant à eux une densité régionale inférieure de 32 % à la densité nationale. La Meuse et les Vosges connaissent de grandes difficultés d'accès à cette compétence.

Cette problématique des ressources humaines, acteurs des projets d'établissements tant sanitaires que médico-sociaux, acteurs des projets territoriaux est donc naturellement au cœur des réflexions posées par le PRS et relayées dans chacun des schémas pour être traduit en objectifs.

Ceux-ci sont la déclinaison d'un plan d'action transversal :

### **Améliorer la connaissance pour davantage anticiper :**

Un certain nombre d'outils recensant des données liées au nombre, à la qualification des professionnels de santé sont disponibles : Répertoire Partagé des Professionnels de santé, fichier Adeli, base SIGMED de gestion des praticiens hospitaliers, cartos@anté, etc. Si l'observation est organisée au niveau national par l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé, l'exploitation régionale des ces informations (comité régional de l'ONDPS) est indispensable dans les perspectives :

- ✚ d'en faire une analyse concertée avec les acteurs eux même, représentants des URPS, établissements de santé et médico-sociaux, organismes de formation, université, Etat, conseil régional par territoire,
- ✚ d'identifier localement les métiers sensibles,
- ✚ de mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences en lien avec les services formateurs et employeurs.

### **Agir sur la formation**

1/ La formation des médecins : Si les leviers se trouvent principalement au niveau national, l'augmentation du numérus clausus à 306 étudiants en médecine, 126 en pharmacie, 56 odontologie et 59 Sage femme, la Lorraine reste en retard par rapport à d'autres régions.

En lien avec l'UFR de Nancy, l'ARS sera attentive à :

- ✚ la répartition des postes d'internes entre les spécialités. Le nombre a progressé et se répartit aujourd'hui de la manière suivante :
  - médecine générale : 146
  - spécialités médicales : 55
  - spécialités chirurgicales : 22
  - anesthésie réanimation : 12
  - biologie médicale : 2
  - gynécologie médicale : 2
  - gynécologie obstétrique : 8
  - médecine du travail : 6
  - pédiatrie : 12
  - psychiatrie : 15
  - santé publique : 4

Ce qui fait un total de postes ouverts de 284 internes. Dans la réalité ce sont 274 internes qui ont pris leur poste à la rentrée 2011 contre 195 à la rentrée de novembre 2010.

- ✚ L'affectation effective des internes sur des postes de médecine générale suite à l'examen national classant. Si 146 ont été affectés en 2011, seuls 85 l'avaient été lors de la répartition 2010 nécessitant ainsi une vigilance particulière sur l'objectif,
- ✚ Le soutien de la promotion de la filière de médecine générale, et le développement des maîtres de stage de médecine générale
- ✚ Le soutien de post-internat en favorisant la création de postes d'assistants spécialités. 10 postes sont à ce jour répartis dans la région sur les disciplines les plus déficitaires : gynécologie obstétrique et pédiatrie, radiothérapie et oncologie médicale, néphrologie, cardiologie, neurologie, anesthésie réanimation, radiologie et psychiatrie infantile-juvénile. L'objectif majeur est de retenir les internes formés en Lorraine afin de pouvoir mettre en œuvre les plans de santé publique.
- ✚ Le déploiement des contrats d'engagement de services public (8 contrats signés l'année dernière et le même nombre de candidats cette année). Les candidats s'installeront à terme dans les zones déficitaires
- ✚ Le soutien des postes partagés entre établissements dans la perspective d'optimiser la ressource technique et contribuer à l'identification de filières de soins structurées

## 2/ les professionnels de santé non médicaux :

La Lorraine dispose de 51 écoles de formations qui forment 2842 professionnels de santé non médicaux toutes catégories confondues. :

| FORMATION                                                | 54                | 55              | 57                | 88              | TOTAL                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|
| <b>IFAS (aides-soignants)</b>                            | 5 écoles<br>299   | 2 écoles<br>81  | 5 écoles<br>250   | 4 écoles<br>120 | 16 écoles 750               |
| <b>IFAP (auxiliaires puériculture)</b>                   | 2 écoles<br>80    |                 | 2 écoles<br>45    |                 | 4 écoles 125                |
| <b>IFSI (infirmiers)</b>                                 | 4 écoles<br>355   | 2 écoles<br>155 | 7 écoles<br>665   | 4 écoles<br>225 | 17 écoles 1400              |
| <b>IBODE (inf. bloc opératoire)</b>                      | 1 école<br>30     |                 |                   |                 | 1 école 30                  |
| <b>IADE (inf. anesthésistes)</b>                         | 1 école<br>25     |                 |                   |                 | 1 école 25                  |
| <b>PUERICULTRICE</b>                                     | 1 école<br>25     |                 | 1 école 25        |                 | 2 écoles 50                 |
| <b>IFCS (cadres de santé)</b>                            | 2 écoles<br>85    |                 |                   |                 | 2 écoles 85                 |
| <b>SAGE-FEMME</b>                                        | 1 école<br>30     |                 | 1 école 29        |                 | 2 écoles 59                 |
| <b>IFMK (masseurs-kiné)</b>                              | 1 école<br>80     |                 |                   |                 | 1 école 80                  |
| <b>ILFE (ergothérapeutes)</b>                            | 1 école<br>48     |                 |                   |                 | 1 école 48                  |
| <b>IFMERM (manipulateurs électroradiologie médicale)</b> | 1 école<br>50     |                 |                   |                 | 1 école 50                  |
| <b>IFA (ambulancier)</b>                                 | 1 école<br>80     |                 | 1 école<br>60     |                 | 2 écoles 140                |
| <b>PPH (préparateur pharmacie hospitalière)</b>          |                   |                 | 1 école           |                 | 1 école                     |
| <b>TOTAL</b>                                             | 21 écoles<br>1187 | 4 écoles<br>236 | 18 écoles<br>1074 | 8 écoles<br>345 | 51 écoles<br>2842 étudiants |

Les quotas de formations restent stables ces dernières années après avoir connu une évolution importante, pour les infirmiers notamment qui sont passés de 1000 élèves à 1400.

Une analyse des besoins en professionnels de santé sera conduite dans le cadre du futur schéma des professions paramédicales conduit sous l'égide du Conseil Régional. Elle devra tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles, de l'impact du positionnement des établissements dans l'offre de prise en charge ainsi que de l'attractivité transfrontalière ressentie dans le département de la Moselle.

### Renforcer l'attractivité des territoires

- ✚ Maintenir le développement des maisons de santé pluri professionnelles qui constituent un outil intéressant de lutte contre les disparités territoriales de l'offre de soins de premier recours, à condition de ne pas en faire un pur objet d'aménagement du territoire. L'ARS veillera cependant particulièrement à ce qu'au-delà d'une juxtaposition de professionnels de santé en un même lieu, la notion de coordination autour du patient soit au centre de chaque projet, par la formalisation d'un projet de santé élaboré par les professionnels de santé eux-mêmes qui tiennent compte des réalités locales du territoire. Depuis la création de l'ARS, ce sont près d'une dizaine de nouveaux projets qui ont reçu un avis favorable.
- ✚ Renforcer l'attractivité des établissements de santé en soutenant les coopérations entre structures et en particulier la CHT Metz-Nancy qui doit jouer un rôle moteur dans le dynamisme et le soutien aux autres territoires de santé.
- ✚ Développer la télémédecine pour lutter contre l'isolement des professionnels de santé et alléger la charge de la permanence des soins en établissements de santé tout en soutenant le développement de nouvelles pratiques professionnelles et la qualité des diagnostics. Les exemples de la téléradiologie (Briey – Metz) et de la neurologie (Bar le Duc – Nancy) proposent deux illustrations concrètes des possibilités offertes par ces nouveaux outils
- ✚ Développer les consultations avancées de spécialités, en particuliers dans les établissements de proximité. Pour cela, les maisons et pôles de santé peuvent constituer des lieux privilégiés d'accueil des spécialistes libéraux des établissements de santé ; apportant ainsi une logique territoriale dans la gradation des soins.
- ✚ Accompagner l'installation des professionnels de santé libéraux ; cette priorité est déclinée dans le schéma ambulatoire : elle l'est au travers des maisons de santé pluriprofessionnelles bien sûr, mais également via les pôles de santé qui constituent un outil souple de coordination entre les professionnels de santé libéraux qui peuvent ainsi continuer à gérer seul leur outil professionnel, tout en coopérant avec les acteurs de santé alentours pour une meilleure coordination du patient (systèmes d'information partagés), mais également pour offrir une plus grande plage horaire de présence sur le territoire (gestion des congés notamment).
- ✚ Développer les cadres juridiques de coopérations dans le secteur médico-social pour mieux faire face aux besoins de personnels spécifiques et partager l'expertise

### **Favoriser et accompagner l'évolution des métiers et des compétences :**

L'article 51 de la loi HPST pose le principe général de coopération entre les professionnels de santé et vise à l'étendre afin de favoriser les transferts d'activités et actes de soins et les réorganisations des modes de prises en charge des patients.

Des protocoles de coopération à l'initiative des professionnels peuvent être soumis à l'HAS. C'est dans ce cadre que le protocole de transfert des compétences entre manipulateur en radiologie et radiologue sur l'échographie est en cours d'homologation par l'HAS.

En ville, un groupe de travail réfléchit actuellement à une meilleure coordination des médecins traitants, des pharmaciens, des biologistes et des infirmiers dans la prise en charge des patients sous anti-coagulants, notamment dans le cadre du prélèvement biologique en fin de semaine qui peut parfois demander en urgence un ajustement du traitement anti-vitamines K.

Des priorités d'actions visant à la délégation de compétences entre professionnels sont ainsi développées dans les objectifs opérationnels du SROS PRS pour mieux répondre aux besoins de la population ; (accueil par les infirmiers dans le champ de la santé mentale). Ce champ sera investi dans le cadre des réunions territoriales organisées dès le début d'année 2012 pour décliner le volet ambulatoire du SROS, en particulier dans les zones déficitaires en offre de soins de premier recours.



## Systèmes d'Information de Santé

L'amélioration et le maintien de la performance du système d'organisation de soins passe par la mise à disposition de l'ensemble des acteurs des informations propres à cette organisation et à la prise en charge des patients. Ainsi, Le développement, la modernisation et l'utilisation des systèmes d'information de santé est un enjeu majeur et en particulier concernant :

- la performance des grands processus de production métiers et supports ;
- la prise en charge partagée et coordonnée des patients ;
- Le développement de parcours d'accompagnement et de prise en charge innovants ;
- Le pilotage du système de santé.

### Une prise en charge partagée et coordonnée

On distingue principalement 2 cadres de développement des systèmes d'information de santé. Au sein des structures et en particulier des structures hospitalières (système d'information hospitalier : SIH) et entre les acteurs (système d'information partagé de santé : SI partagé de Santé)

Le **SIH** doit pleinement accompagner la **performance des processus de productions de soins** et des fonctions supports ainsi qu'une prise en charge sécurisée, partagée et coordonnée au sein de **l'établissement de santé**.

Le **SI partagé de Santé** doit permettre de garantir de manière sécurisée la circulation de l'information médicale et de prise en charge d'un patient entre l'ensemble des acteurs (sanitaire, ambulatoire, médico-social) et ce au plus près du patient. La **circulation d'informations entre l'ensemble des acteurs** doit être systématique et se faire essentiellement **via la messagerie sécurisée et le Dossier Médical Personnel**.

Le SI partagé de Santé doit aussi permettre de faciliter la **coordination entre les acteurs de santé**.

***Le SIH** doit, au sein de chaque structure, faire l'objet d'un pilotage stratégique, porté par la Direction et la Communauté Médicale de l'établissement, à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un Schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) et de son suivi par un comité de pilotage stratégique.*

*Considérant que les SIH actuels ne sont pas en capacité de répondre aux enjeux majeurs d'amélioration de l'organisation des soins, le Ministère de la Santé a décidé de définir et de mettre en œuvre une stratégie nationale et un plan d'actions dans le cadre d'un programme intitulé « Programme Hôpital Numérique ».*

***Le SI partagé de Santé** est l'objet de tous les acteurs de la santé et doit être organisé et piloté au niveau national (DSSIS et ASIP Santé) et au niveau régional par l'ARS et une maîtrise d'ouvrage régionale.*

#### **DSSIS**

*Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de la Santé en charge de définir les orientations et les priorités nationales en matière d'informatisation du système de santé, d'élaborer le schéma directeur national des systèmes d'information de santé et de coordonner sa mise en œuvre.*

### **ASIP Santé**

Agence de Systèmes d'Information Partagés de Santé en charge de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social, au service de la qualité des soins et d'assurer la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des projets transversaux d'intérêt national concourant à l'informatisation du système de santé (ex. : Dossier Médical Personnel), en particulier dans les domaines des référentiels, de la sécurité, de l'interopérabilité et des normes.

**L'ARS de Lorraine** a délégué la maîtrise d'ouvrage de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS : défini comme un espace de services dématérialisés, porté institutionnellement par l'ARS et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale. Il respecte le cadre d'interopérabilité et les référentiels promus par l'ASIP Santé tout en répondant aux besoins régionaux de santé) au **GCS Télésanté Lorraine** (Maîtrise d'ouvrage régionale)

### **Programme Hôpital Numérique**

#### **4 axes stratégiques**

- Comblent les manques de gouvernance SI et favoriser l'implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants
- Renforcer les compétences relatives aux SIH
- Stimuler et structurer l'offre des solutions
- Financer un socle de priorités subordonné à l'atteinte de cibles d'usage

#### **5 domaines de priorités**

- Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie
- Le dossier patient informatisé et interopérable
- La prescription électronique alimentant le plan de soins
- La programmation des ressources et l'agenda du patient
- Le pilotage médico-économique

### **Des solutions régionales de partage et d'échanges d'information (GCS Télésanté Lorraine)**

- Une messagerie sécurisée interopérée avec la messagerie Apycrypt
- Une solution de WebConférence – LorrConf (Téléconsultation, TéléStaff, ...)
- Une solution de transfert d'images - TLor (Téléassistance, Téléexpertise, ...)
- Un projet de PACS régional

✍ Toute solution de partage et d'échanges d'information doit être mise en cohérence avec l'ENRS

## Une parfaite lisibilité de l'organisation de l'offre de soins

L'ensemble des travaux du PRS et en particulier les travaux sur les schémas ont clairement mis en évidence le besoin d'avoir une parfaite **lisibilité de l'organisation de l'offre de soins et de sa disponibilité**.

La lisibilité de l'organisation de l'offre de soins et de sa disponibilité sont **de la responsabilité de chaque acteur de santé** pour l'offre le concernant et doivent répondre aux enjeux d'amélioration de la prise en charge et de la coordination des acteurs.

C'est dans ce cadre que doivent être déployés et développés le **Répertoire Opérationnel des Ressources**, la gestion des **admissions en SSR** et une lisibilité opérationnelle des **disponibilités régionales en lits et places**.

### **Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)**

*Solution en cours de déploiement sur l'ensemble de la région pour le champ MCO et permettant d'avoir une parfaite lisibilité de l'offre de soins et de la disponibilité des ressources permettant la prise en charge des patients.*

*Cette lisibilité devra être développée sur tous les champs de l'offre de santé et être visible par tous les acteurs de la santé concernés.*

### **Admissions en SSR (iMad)**

*Solution déployée sur l'ensemble de la région et permettant :*

- à chaque service demandeur d'une prise en charge SSR de faire une demande unique à l'ensemble des SSR visés et d'en suivre l'instruction
- à chaque SSR d'avoir une parfaite lisibilité des demandes effectuées et de leur instruction par les autres SSR

## Une capacité d'analyse et d'évaluation de la performance du système

L'amélioration de la **performance d'un système** passe nécessairement par son **observation** et son **évaluation**.

Cela nécessite de déployer des **systèmes de pilotages dans les structures et en région**.

### **Pilotage médico-économique du SIH**

*Production d'un tableau de bord de pilotage médico-économique fondé sur un SI alimenté des données de production, décliné par pôle ou entité et corrélant des indicateurs d'activité, de performance financière, de ressources humaines et de qualité.*

### **Observatoire Régional des Urgences (ORULOR)**

*Solution régionale devant permettre, sur la base des passages aux urgences, d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité de l'offre de soins de 1er recours.*

## Un schéma Directeur Régional des SI de Santé

L'ARS de Lorraine assure le pilotage régional des SI de Santé. A ce titre et afin de répondre pleinement aux objectifs susmentionnés et d'assurer une cohérence régionale en terme de SI, **l'ARS de Lorraine va procéder** courant 2012 et en relation avec les acteurs de santé **à l'élaboration d'un Schéma Directeur des SI de Santé** dont le Programme Régional de Déploiement de la Télémédecine fera partie intégrante.

## Stratégie d'action dans le champ transfrontalier

L'adoption de principes par l'ARS Lorraine en matière de coopérations transfrontalières se justifie tant au regard d'éléments de contexte que de la principale mission de l'ARS qui consiste à piloter le système de santé de la région.

La situation frontalière de la Lorraine est originale puisque trois de ses départements jouxtent la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, le Luxembourg et la Wallonie.

Il faut par ailleurs mentionner que l'ARS Lorraine est ARS de zone et qu'à ce titre elle peut être sollicitée en cas d'événements majeurs pour actionner des dispositifs prévus aux frontières d'autres régions avec d'autres pays.

Enfin, les flux de populations, notamment générés par l'attractivité économique du Grand Duché incitent à examiner les besoins de soins suscités par ces mouvements.

Cela indépendamment de la mention « O.I.N » que porte le projet d'aménagement de la zone frontalière de Belval et qui fonde la participation de l'ARS Lorraine aux réflexions sur le sujet.

Toutefois, en tant que pilote du système de santé, l'ARS Lorraine doit veiller à la qualité des soins ainsi qu'à une gestion efficiente du dispositif sanitaire.

Son champ de compétence, conjugué avec le souci de ne pas fragiliser l'offre régionale, explique qu'elle affiche un principe de **subsidiarité** quant au recours organisé à d'autres structures.

Cette position implique la soumission préalable à l'ARS de tout projet de convention de coopération transfrontalière. Elle signifie également que l'opportunité de la coopération sera appréciée au regard du caractère complémentaire qu'elle présente.

Par ailleurs, les taux d'équipement lorrain étant satisfaisants, de telles conventions ne pourront s'envisager que dans des domaines où la coopération est rendue nécessaire par la notion **d'urgence vitale**. Les conventions SMUR conclues avec l'Allemagne et surtout la Belgique en sont des illustrations bénéfiques et convaincantes à ce jour. Des formalisations sont nécessaires dans l'intérêt des patients pour ce qui concerne la prise en charge en urgence pour le neurovasculaire

Par ailleurs, la notion de coopération transfrontalière doit aussi s'entendre au-delà des prises en charge de patients. Une coopération doit également être le cadre de réflexions et d'études sur les divers niveaux de formations, l'attractivité des territoires, les parcours des soignants, les pratiques et le contenu des formations professionnelles.

Dès lors que ces réflexions seront engagées, quel que soit le cadre institutionnel, l'ARS Lorraine y participera afin d'approfondir plus particulièrement la connaissance qu'elle a des mouvements de démographie médicale et para médicale puis d'être en mesure d'en évaluer les impacts.

## II.1. Les thématiques transversales

### SOMMAIRE

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introduction .....                                                                  | 2   |
| Addictologie .....                                                                  | 3   |
| Accident Vasculaire Cérébral (AVC) .....                                            | 30  |
| Chirurgie dentaire .....                                                            | 40  |
| Prise en charge des Enfants/Adolescents.....                                        | 49  |
| Maladies chroniques.....                                                            | 64  |
| Prise en charge des Personnes âgées et des personnes en situation de handicap ..... | 74  |
| Psychiatrie et santé mentale .....                                                  | 194 |

## Introduction

---

Dans le cadre de l'élaboration des schémas d'organisation, et d'une mise en place de la réflexion autour du parcours de vie et de santé des personnes, l'ARS de Lorraine a identifié 8 thématiques traitées de manière transversale aux 3 schémas :

L'addictologie, l'AVC, la chirurgie dentaire, la prise en charge des enfants et des adolescents, les maladies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, la psychiatrie.

L'objectif a été d'aborder ces thèmes de façon globale et d'engager une réflexion sur :

- La coordination des acteurs, professionnels, structures et réseaux tout au long du parcours
- L'identification des points de rupture afin de mieux cibler les actions à engager
- L'organisation des filières de prise en charge
- L'amélioration de l'efficacité du système de santé

Cette approche par le parcours de santé de la personne a permis d'impulser une réflexion plus globale, allant au-delà des champs sectoriels (sanitaire, médicosocial, ambulatoire et prévention).



## Addictologie

### Axe thématique n° 1 : Prévention des addictions

#### Diagnostic

##### Rappel sur les éléments épidémiologiques clés caractérisant la région lorraine

L'épidémiologie en région lorraine est relativement bien connue et confortée par des études et analyses de l'ORSAS. (cf. annexe « diagnostic »). Elles seront prochainement complétées par un diagnostic territorial réalisé par la MILDT en coopération avec l'ORSAS.

Par ailleurs, il est à noter que la région Lorraine (site de Metz) par le biais de son inscription au dispositif « tendances récentes et nouvelles drogues » permet de coupler une approche quantitative et qualitative.

Synthétiquement,

**- Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation d'alcool (30 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (28/ 100 000).**

- la consommation régulière et moyenne d'alcool des Lorrains est proche de celle de l'ensemble des Français; elle est en baisse continue, y compris chez les jeunes, mais **le constat s'inverse pour les comportements d'ivresse chez les jeunes**, (28% des garçons de 17 ans et 16% des filles du même âge en Lorraine déclarent des ivresses répétées).

**- Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation de tabac, (124 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (107 / 100 000).**

D'après le baromètre santé 2005, la consommation quotidienne de tabac concernait 31,7% de la population lorraine, notre région arrivant en 2e position derrière la Hte Normandie (moyenne nationale: 28,3).

- Le cannabis reste la 1re drogue illicite consommée en Lorraine comme dans les autres régions. Bien qu'en diminution, **cette consommation reste importante, en particulier chez les jeunes de 18-24 ans**: 26% des garçons et 12% des filles déclarent avoir consommé dans l'année.

- pour les autres drogues illicites, les prévalences concernent environ 1% de la population de 18 à 39 ans; certains sous-groupes présentent une consommation plus élevée: jeunes fréquentant les espaces festifs (amphétamine, cocaïne);

**L'ensemble de la Lorraine enregistre un des taux les plus importants de France pour les interpellations pour usage de drogues illicites**

-Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique, selon l'Expertise collective de l'INSERM en 2009. Ces personnes sont estimées en France à environ 800 000 (enquête OFDT).

**Le bilan du programme national de prévention** met en évidence des points forts et des points faibles qui confirment les premières observations.

-En ce qui concerne les **points forts**, il est noté : **les bons résultats de la politique de réduction des risques**, et la diminution de la consommation de cannabis chez les jeunes liée aux campagnes de sensibilisation et de prévention menées ces dernières années.

-En ce qui concerne les points faibles, il est noté :

la consommation d'alcool et de drogues illicites **de plus en plus précoce, la reprise du tabagisme en France, notamment chez les femmes ; le pourcentage de femmes enceintes fumeuses** (22% continuent à fumer en fin de grossesse). **l'augmentation des comportements d'alcoolisation aigue**, notamment chez les jeunes et particulièrement lors de rassemblements festifs ; **la consommation de cannabis toujours importante**, en particulier chez les 18-24 ans, **l'extension des consommations d'autres drogues illicites** (cocaïne, ecstasy, amphétamines) notamment chez les 18-35 ans fréquentant les espaces festifs, **l'importance du taux d'interpellations pour usage de drogues illicites** (en Lorraine région frontalière).

Ce bilan national est parfaitement corrélé aux observations faites en région Lorraine (cf. annexe « épidémiologie en région Lorraine »).

Les actions de prévention dans le champ des addictions en Lorraine ont été soutenues via des financements accordés par le Groupement Régional de Santé Publique.

Malgré la volonté d'une construction d'une politique de prévention et de lutte contre les addictions, de multiples acteurs (institution, professionnelle, collectivités territoriales...) interviennent dans ce champ ce qui rend difficile la cohérence des actions conduites.

Les objectifs opérationnels définis ci après sont à mettre en œuvre dans le cadre de la définition des concepts de promotion de la santé et des principes d'actions développés dans le schéma de prévention. Ils s'intègrent dans le cadre du développement d'une politique régionale de prévention pérenne de lutte contre les addictions articulée avec les autres politiques publiques :

- **développer le repérage précoce des conduites addictives**
- **favoriser la non-consommation et retarder la primo consommation**
- **poursuivre la politique de réduction des risques**
- **assurer la qualité et la cohérence des actions conduites**

## ADDICTOLOGIE :

### Les soins résidentiels



#### Les soins résidentiels

-  Lits Halte Soins Santé (nb de lits)
-  Appartements de Coordination Thérapeutique (nb de places)
-  Appartements Thérapeutiques Relais (nb de places)
-  Centre Thérapeutique Résidentiel (nb de places)
-  Familles d'accueil dans le département du Lot (nb de places)

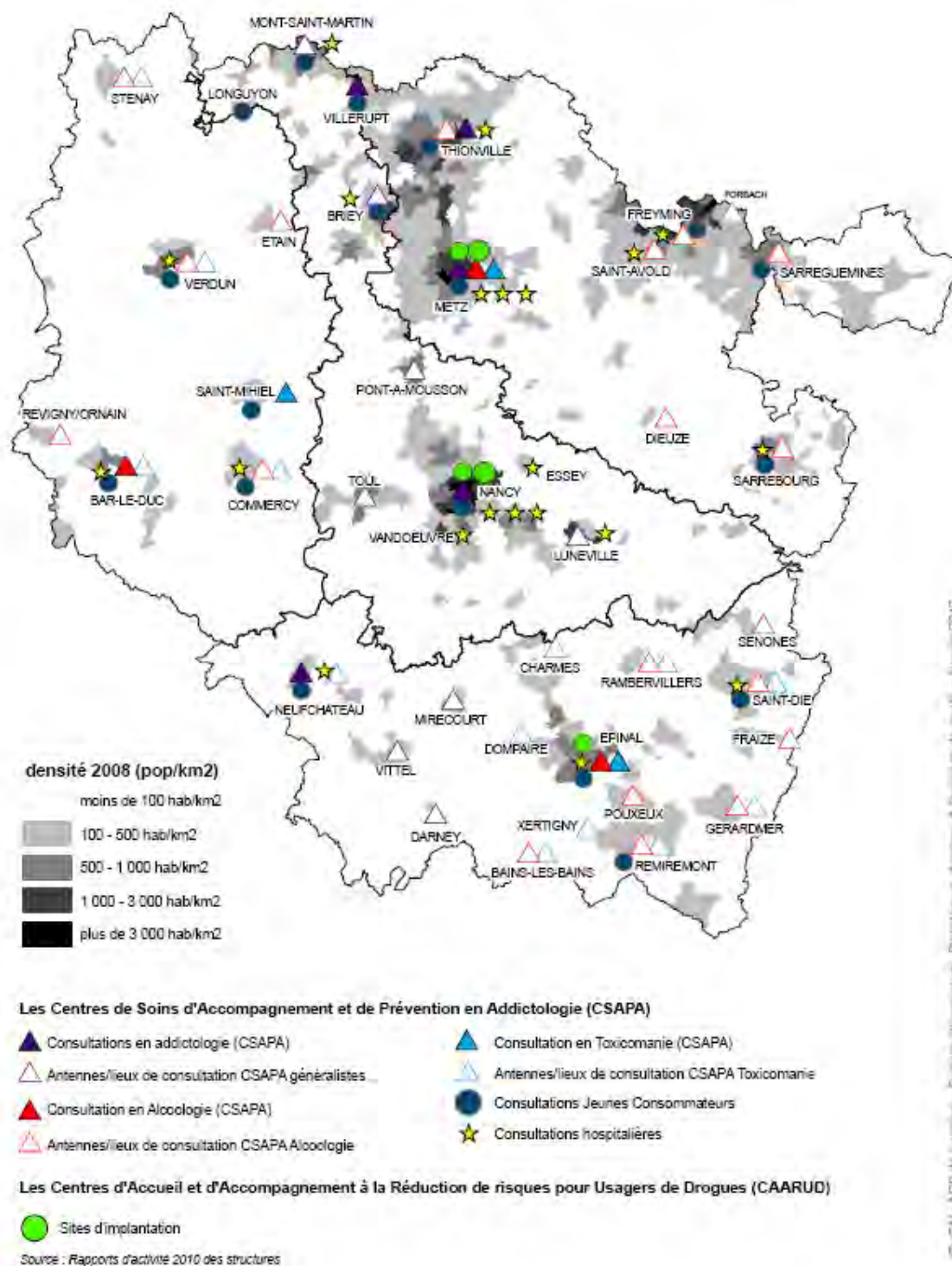
#### Les CSAPA

-  Consultations en addictologie
-  Consultation en Toxicomanie
-  Consultation en Alcoolologie

Source : Rapports d'activité 2010 des structures

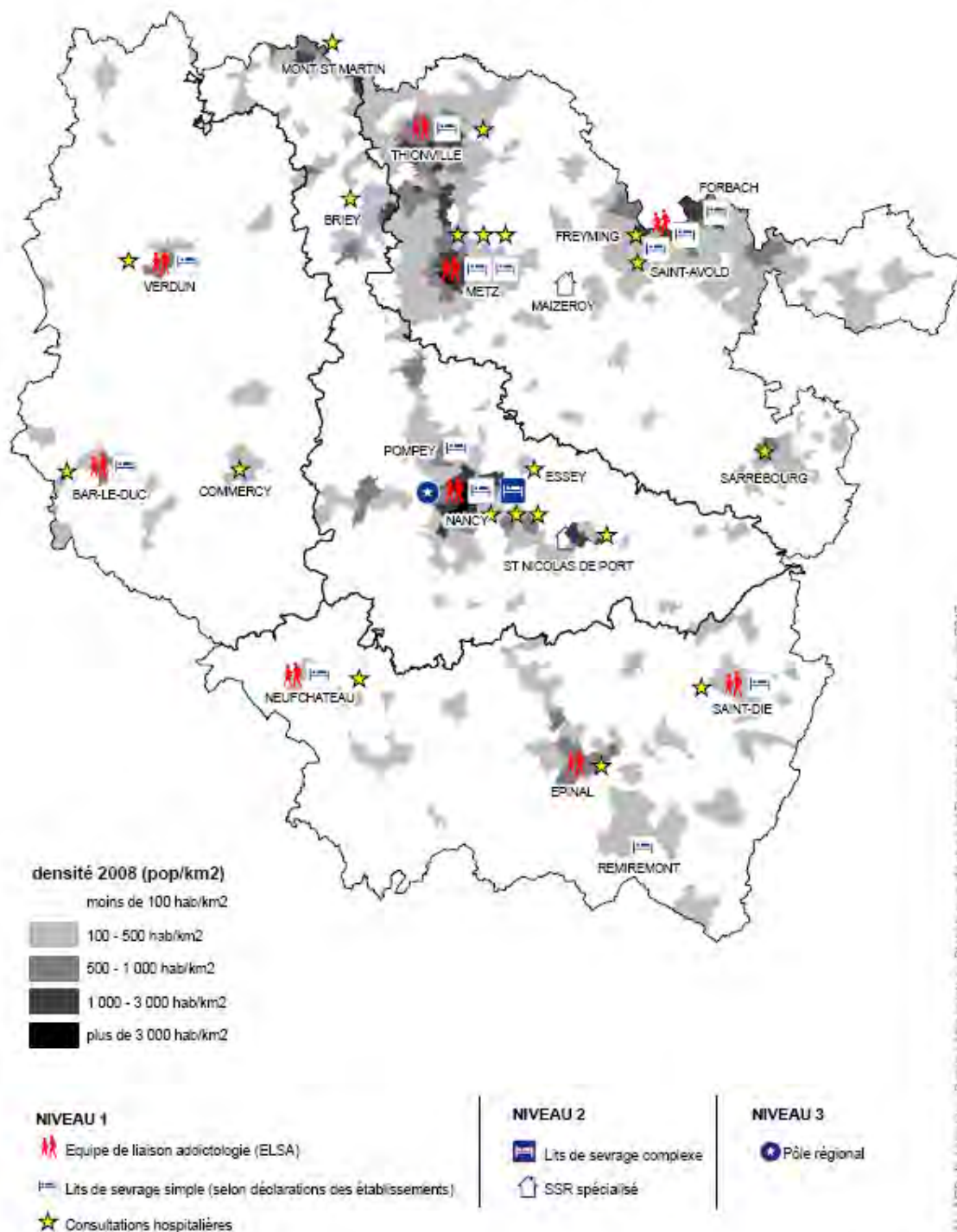
© 2011 - ARS de Lorraine - Service Coopération Statistiques, Analyse et Données de Santé - Mars 2012

## ADDICTOLOGIE : L'offre ambulatoire spécialisée





## ADDICTOLOGIE : L'offre hospitalière

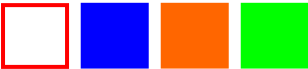


Source : Rapports d'activité 2010 des structures

BISN / ARS de Lorraine - Service Évaluation, Statistiques, Analyses et Données de santé - Janvier 2012

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                                                                              | Lien avec les priorités et objectifs PSRS            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Développer le repérage précoce des conduites addictives                                                                                                                                                                                                                              | Priorités 1, 2<br>OG n° 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 2.2, 5.3 |
| Favoriser la non consommation et retarder la primo consommation en développant les actions ciblées sur les populations à risques                                                                                                                                                     | Priorités 1, 2<br>OG n° 1.2, 1.6, .1, 4.1, 4.2, 4.3  |
| Poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès et à des prises de risques, situation de vulnérabilité...) | Priorités 1, 2, 4<br>OG n° 1.2, 2.1, 4.2, 4.3, 4.4   |
| Assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention conduites                                                                                                                                                                                                               | Priorité 4<br>OG n° 10.1, 11.1, 12.1                 |



| Objectif opérationnel<br>Addictologie                                                           | Développer le repérage précoce des conduites addictives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°1<br> | 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 1 <sup>er</sup> 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,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°2<br> | Poursuivre le programme RPIB <sup>1</sup> (repérage précoce et interventions brèves) auprès des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé (infirmières, médecins du travail, médecins de PMI ...) et l'élargir à l'ensemble des conduites addictives (après évaluation de l'action conduite en Lorraine en partenariat avec le GRSP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°3<br> | Développer les programmes d'actions d'information et de repérage auprès des femmes enceintes en privilégiant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'information systématique des couples sur les méfaits des substances psycho-actives pendant la grossesse, à l'accouchement et chez l'enfant.</li> <li>- le dépistage de l'imprégnation tabagique chez les femmes enceintes par mesure du CO expiré en consultation d'obstétrique</li> <li>- la proposition systématique d'aide au sevrage tabagique sous la forme de conseils, de prescription de substitution, d'une consultation en tabacologie.</li> <li>- la formation des professionnels afin qu'ils soient en mesure d'aborder la question des consommations, de délivrer une information de qualité, d'orienter précocement les femmes en cas de besoin.</li> <li>- L'utilisation de l'entretien prénatal du 4<sup>ème</sup> mois comme levier pour aborder ces sujets</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine – LORADDICT – Réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Organismes de FMC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

<sup>1</sup> Le RPIB vise une réduction de la consommation excessive d'alcool. Le dépistage de l'alcoolisation excessive peut se faire au moyen de nombreux questionnaires. L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires généralement présentés aux médecins généralistes lors des formations RPIB actuelles. Malgré les variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation, toute intervention brève observe les composantes suivantes : elle s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d'alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien (cf annexe).

|                         |                                                                                  |                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Orienter précocement les personnes concernées vers le dispositif de soins adapté | Indicateur n°<br>Pourcentage de professionnels formés en regard de la cible attendue |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Schéma Régional de Prévention, volet Périnatalité du SROS PRS

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)  
Circulaire DGS du 12 octobre 2006 (RPIB)  
Programme RPIB Lorrain

|                                           |                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Addictologie</b> | <b>Favoriser la non consommation et retarder la primo consommation en développant les actions ciblées sur les populations à risques</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Renforcer les actions de prévention ciblée vers les adolescents et les plus jeunes notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- en milieu scolaire en privilégiant les classes de jonction (CM2-6ème, 3ème-2<sup>nde</sup>), mais aussi envers les étudiants (Terminale – Fac) et les jeunes en formation professionnelle</li> <li>- en milieu sportif (clubs sportifs et classes de sport – études).</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Développer les programmes d'actions de prévention en milieu pénitentiaire et envers les personnes placées sous main de justice<br>(Elaboration de programmes de promotion de la santé en lien avec les UCSA : cf. schéma personnes détenues)                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br> | Réaffirmer le rôle des services de santé au travail dans la prévention des addictions et la sensibilisation aux risques induits en situation professionnelle.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine – UCSA – Education Nationale – SIUMPS – DRJSCS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CARSAT, Collectivités Territoriales, ANPAA, CMSEA, CDPA et autres structures œuvrant dans le domaine de l'addictologie, IREPS...                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                         |                                                                                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la sensibilisation des populations à risques. | Indicateur n°<br>Nombre de programmes développés à l'attention des populations à risques (enfants, ados, détenus) |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                  |
| Schéma Régional de Prévention<br>Volet Santé des personnes détenues du SROS PRS |

|                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                   |
| Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011<br>Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA) |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Addictologie</b> | <b>Poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès et à des prises de risques, situation de vulnérabilité ...)</b> |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | 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 ; (soutenir la mise en place d'actions d'éducation et d'accompagnement à la santé, information et formation en vue de développer les capacités de faire des choix favorables...)                                                                                                     |
| Mesure n°2<br>   | Diffuser les messages d'information, de prévention, d'éducation sur les pratiques à risques, notamment vis-à-vis des personnes les plus exposées du fait de l'âge, ou de situations particulières : (adolescents ou jeunes adultes en milieu festif, personnes privées de liberté...)                                                                                                                                                                      |
| Mesure n°3<br> | Poursuivre la mise en application des mesures de prévention , de dépistage et de prise en charge contenues dans le plan national de lutte contre les hépatites (renforcer la réduction des risques de transmission et répéter les tests de dépistage chez les usagers de drogues), inciter aux vaccinations, et améliorer l'évaluation des conséquences somatiques des consommations ( conventions de partenariat CSAPA- CH, accessibilité au Fibroscan..) |
| Mesure n°4<br> | Réduire les inégalités territoriales d'accès à la réduction des risques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°5<br> | Articuler les programmes de réduction des risques des CSAPA, et des CAARUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Cohésion Sociale, Administration Pénitentiaire, MILDT, ANPAA, CMSEA, CDPA et autres structures œuvrant dans le domaine de l'addictologie IREPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réduction des risques liés aux consommations<br>Amélioration des inégalités territoriales en termes d'accès à la réduction des risques | Indicateur n°<br>- Enquête ESCAPAD sur usage et expérimentation chez les jeunes lorrains<br>- Données épidémiologiques MILDТ chez usagers de drogues<br>- Couverture régionale des CAARUD |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Régional de prévention  
Thématique transversale Maladies chroniques

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Plan VIH  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

|                                               |                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Addictologie</b> | <b>Assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention<br/>conduites</b> |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions<br/>associées</b>                                                             | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer les partenariats entre les acteurs des programmes et actions de prévention, de façon à assurer la complémentarité des missions et des compétences et la cohérence des actions sur un territoire (par exemple : document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire) |
| Mesure n°2<br> | Favoriser la permanence et la continuité des actions de prévention sur la base des méthodes d'intervention reconnues comme efficaces (par le biais de contractualisations, d'appels à projet...)                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Promoteurs d'action de prévention                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                        |                                                                      |                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Optimisation de la coordination et de la qualité des actions conduites | Indicateur<br>Conventions<br>partenariat<br>promoteurs<br>prévention | n°<br>de<br>avec<br>de |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schéma Régional de prévention                                  |

|                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                  |
| Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 |
| Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)                                                                                                      |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• l'ensemble des mesures s'applique au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |

## Axe thématique n° 2 : structuration de l'offre de santé de premier recours (ambulatoire) en addictologie

### Diagnostic régional

#### Un mode d'entrée de prise en charge par les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours

La porte d'entrée la plus fréquemment empruntée est la médecine générale ( mais aussi d'autres acteurs de 1<sup>er</sup> recours comme les pharmaciens, les sages-femmes...) ; cependant face à un patient nécessitant une prise en charge sur le plan addictologique, le médecin généraliste doit pouvoir bénéficier d'une meilleure lisibilité des dispositifs, afin de parvenir à un découloignement et améliorer la fluidité du parcours de son patient.

**Une prise en charge de premier recours spécialisée assurée par les CSAPA (- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), les CAARUD, et les consultations hospitalières en addictologie.**

- Les CSAPA et les CAARUD constituent le dispositif médico-social en addictologie.

Une hétérogénéité de fonctionnement et des missions développées :

- ⇒ pluridisciplinarité différentielle des professionnels des structures
- ⇒ activités très variables : consultations, « consultations avancées » en lien avec le secteur pénitentiaire, les structures du champ social (CHRS notamment), rôle de la politique de répression conduisant à des prises en charge des personnes placées sous mains de justice, développement d'accueil spécifique de prise en charge (femmes enceintes, ...), développement de consultations jeune consommateurs
- ⇒ implication variable notamment dans le champ de la prévention – interventions externes en lien le plus souvent avec l'éducation nationale
- ⇒ implications variables dans les missions facultatives

Cette hétérogénéité de fonctionnement conduit parfois à des confusions et rend difficile une systématisation des réponses au plus près des besoins des publics et prenant en compte les différentes étapes de prise en charge. Elle est renforcée par la possibilité des CSAPA de conserver une spécialité (soit alcool, soit toxicomanie) et dépend beaucoup du type de gestionnaire (associatif ou hospitalier).

- Les CAARUD : actuellement présents dans 3 départements à l'exception de la Meuse, pour certains adossés à des CSAPA (CMSEA, AVSEA) et tous urbains. Il apparaît que les services rendus par les CAARUD (souvent gérés par des associations auto- support) soient très différents d'un territoire à l'autre.

- Les consultations hospitalières en addictologie sont un maillon de la filière hospitalière d'addictologie ; elles constituent l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Le mode d'accès à la consultation hospitalière d'addictologie résulte soit d'une démarche spontanée du patient, soit d'une orientation par le dispositif spécialisé médico-social, soit par le médecin traitant ou un partenaire institutionnel (éducation nationale, justice...). La consultation hospitalière d'addictologie est complémentaire des partenaires extérieurs à l'hôpital, notamment le dispositif spécialisé médico-social.

Les objectifs retenus sont :

- de renforcer la capacité des professionnels de ville à accueillir, repérer et orienter les patients.
- d'améliorer la structuration et la lisibilité de l'offre de santé de 1<sup>er</sup> recours (ambulatoire) en addictologie par territoire de santé.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Améliorer la couverture territoriale et la complémentarité de l'offre ambulatoire en addictologie, afin d'assurer un maillage territorial fonctionnel de l'offre de premiers recours spécialisé        | Priorités 2,4<br>OG n°5.3, 5.6, 11.1, 11.2, 11.3  |
| Renforcer la place des professionnels de ville dans l'offre de 1 <sup>er</sup> recours en addictologie en soutenant leur implication et en les inscrivant au sein d'une trajectoire de prise en charge | Priorités 2,4<br>OG n° 5.3, 5.4, 11.1, 11.2, 11.3 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Addictologie</b> | <b>Améliorer la couverture territoriale et la complémentarité de l'offre ambulatoire en addictologie, afin d'assurer un maillage territorial fonctionnel de l'offre de premiers recours spécialisé</b> |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Rendre lisible l'offre de soins spécialisée de 1 <sup>er</sup> recours en addictologie par la diffusion d'une cartographie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°2<br> | Veiller à la complémentarité entre consultations hospitalières et médico-sociales par territoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°3<br> | Identifier les missions et l'offre de santé proposées par les CSAPA en s'adaptant aux particularismes territoriaux :<br>⇒Caractériser l'ensemble des activités de chaque CSAPA qu'il soit généraliste ou spécialiste et favoriser le rapprochement des structures spécialisées (CSAPA « alcool » et CSAPA « toxicomanies ») sur le territoire de santé<br>⇒Préciser les types d'actions et/ou de programme d'action de prévention développés par la structure<br>⇒Préciser et formaliser les modes de collaboration avec les partenaires extérieurs<br>⇒Contractualiser avec les CSAPA sur la base des missions facultatives identifiées et reconnues<br>⇒Développer l'aide et l'accompagnement à destination de l'entourage, dans le dispositif médico-social, en s'appuyant sur les associations de patients. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CSAPA, Etablissements hospitaliers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                                 |                                                                                          |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Optimiser la couverture territoriale de l'offre de soins de 1 <sup>er</sup> recours spécialisée en addictologie | Indicateur n°<br>-mise en ligne d'une cartographie<br>-contractualisation avec les CSAPA |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet Santé des personnes détenues du SROS PRS

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

|                                           |                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Addictologie</b> | <b>Renforcer la place des professionnels de ville dans l'offre de 1<sup>er</sup> recours en addictologie en soutenant leur implication et en les inscrivant au sein d'une trajectoire de prise en charge</b> |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Améliorer la connaissance des dispositifs et des différents acteurs du territoire entre eux (annuaires, visiteur réseau au cabinet médical....) avec une perspective de meilleure articulation des différents acteurs (travail en réseau, passage de relais)                                                                                                                                                                                                                                         |
| Mesure n°2<br>  | A partir d'initiatives locales et sur la base d'une analyse des besoins de la population sur cette problématique dans le territoire, intégrer la prise en charge addictologique au sein des dispositifs innovants d'exercice collectif : <ul style="list-style-type: none"> <li>- délégations et coopérations entre professionnels, et éducation thérapeutique, dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux (ENMR),</li> <li>- nouveaux métiers en santé</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Améliorer les formations initiales et continues des professionnels de ville (en prenant en compte leurs attentes et leurs besoins), et leur diffuser des outils adaptés d'aide au repérage et à l'évaluation                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | URPS, Faculté de Médecine, IFSI, Assurance Maladie, Organismes de formation Continue., Réseaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                         |                                                        |                                                                                                                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Conforter l'implication de professionnels ambulatoires | Indicateur n°<br>- Formations en addictologie proposées<br>- Intégration de la thématique addictologie dans les projets de santé des MSP-PSP-CDS |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet ambulatoire du SROS PRS

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
 Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• l'ensemble des mesures s'applique au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>                                                      |



### Axe thématique n° 3 : trajectoire de prise en charge

#### Diagnostic régional

##### Etat des lieux des structures et dispositifs (en annexe) :

- tableau récapitulatif du dispositif addictologique hospitalier en Lorraine
- récapitulatif des dispositifs d'hébergement médico-social.

##### Constats :

Au-delà de l'organisation territoriale du dispositif addictologique, et de la formation des acteurs concernés, **2 enjeux** apparaissent : la notion de **parcours de soins** du patient et la nécessité d'une **coordination de l'offre de soins autour du patient**, sous – entendant de la part des partenaires concernés, des notions de connaissance mutuelle, de culture commune, de partage d'outils et d'informations....

La trajectoire de prise en charge des personnes confrontées aux addictions n'est pas linéaire et il y a la nécessité d'une **prise en charge adaptée en fonction des publics** sans pour autant créer des « filières spécifiques de prise en charge » stigmatisantes. L'importance des relais avec les acteurs de proximité et le travail sur des environnements favorables deviennent dans ce contexte prioritaire.

a) L'accessibilité et l'orientation dans le dispositif de santé sont à renforcer :

→ l'entrée dans le dispositif

→ l'accès au soin de certaines populations spécifiques : cf. annexe

b) Le dispositif de prise en charge en addictologie gradué et spécifique est à conforter : (cf. annexe « état des lieux »)

→ la filière graduée hospitalière :

- Le niveau 1 de proximité

En ce qui concerne la mise en place des consultations et des équipes de liaison **le maillage territorial est relativement satisfaisant quantitativement ; pour certains établissements disposant de services d'urgence il reste à garantir l'accès à une ELSA et/ou une consultation.**

En revanche l'**accès aux lits destinés à réaliser des sevrages simples reste difficile** par manque de lits ou du fait d'un positionnement difficile de ces lits au sein des services. Il est important de veiller à garantir la pérennité des dispositifs existants.

- Le niveau 2 de recours d'un territoire

**Une seule unité de court séjour de recours « soins résidentiels complexes » est actuellement reconnue par l'ARS** (service de Médecine L au CHU), **et n'offre pas de possibilité d'hospitalisation de jour** (par manque de définition claire et consensuelle de ce que doit comprendre ce type de prise en charge). Il faut donc compléter l'offre de recours en soins complexes sur la région, (un certain nombre d'établissements effectuent cette activité sans avoir la reconnaissance), et pouvoir rendre possible la mise en place d'hospitalisations de jour sur ces services.

Il existe **2 sites SSR spécialisés en addictologie sur la région** : « La Fontenelle » à Maizeroy et le CHS de St Nicolas-de-Port (orienté vers la prise en charge des troubles cognitifs)

- Le niveau 3 régional : **Un projet de centre de référence en addictologie est en cours au CHU** ; une logique de fonctionnement par produit et par spécialité semble persister.

→ **le dispositif hébergement médico-social** (cf. annexe)

Les modes d'hébergement sont disparates en termes de spécificité de prise en charge (par produits, par publics), de durée d'hébergement, de lieu d'implantation géographique

c) Collaborations et continuité des prises en charge

La filière de soins addictologiques doit s'appuyer sur des partenariats solides au sein de son territoire d'implantation, notamment avec les acteurs du secteur médico-social spécialisé et les acteurs de la ville. Ces partenariats peuvent être facilités par la coordination des acteurs en addictologie au sein des réseaux de santé.

Les réseaux de santé de proximité thématiques en addictologie connaissent de grandes difficultés pour la pérennisation de leur financement ; **un seul réseau est encore financé en Lorraine par le FIQCS : AMELUCTA sur le territoire de Moselle-est.** (cf. annexe)

De nombreux professionnels de santé, dont les acteurs libéraux, ont mis en place une organisation fonctionnelle de type « réseau informel »,

Le réseau LORADDICT a une vocation régionale. Il assure notamment des activités de coordination et d'expertise à l'échelle régionale.

- L'articulation du dispositif addictologique avec les autres dispositifs concernés, **notamment la psychiatrie**, mais aussi la périnatalité et la cancérologie, doit être développée.

Les grandes orientations seront donc :

- **d'améliorer l'accès au soin grâce au repérage et à l'orientation dans le dispositif spécialisé**
- **de conforter et diversifier les modes de prise en charge**
- **d'éviter les ruptures dans le parcours de soins en développant les coordinations entre les acteurs**

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs                                                                                  | Priorités 1,2,4<br>OG n° 2.2, 2.3, 5.2, 5.3, 5.6, 11.1, 11.2 11.3, 12.1, 12.5 |
| Finaliser la mise en place des filières hospitalières graduées                                                                                                         | Priorité 2<br>OG n° 5.2, 5.3, 5.6,                                            |
| Développer les collaborations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social, ces coordinations devant être facilitées dans le cadre des réseaux locaux | Priorités 2 4<br>OG n° 5.4, 5.6, 11.1, 11.2, 11.3                             |

| Objectif opérationnel<br>Addictologie                                                             | Améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°1<br>   | Améliorer et formaliser le repérage des problèmes d'addiction et la capacité d'orientation vers un dispositif de soins adaptés, <b>dans les services d'urgence</b> et les services d'hospitalisation :<br>- sensibilisation et formation du personnel (à l'évaluation, et aux interventions ultra-brèves),<br>- utilisation de questionnaires et de protocoles de prise en charge et d'orientation,<br>- intervention de l'ELSA immédiate ou différée (intérêt des lits d'UHCD)<br>- en cas de non possibilité d'intervention de l'ELSA lors du passage aux urgences, envoi de courriers proposant une offre de suivi spécialisé |
| Mesure n°2<br>   | Améliorer l'accès aux soins spécialisés des personnes en détention présentant des problèmes addictifs : lors de l'entrée (repérage par l'équipe de l'UCSA lors de la visite d'entrée, identification du besoin, orientation si nécessaire vers professionnels spécialisés), et à la sortie, en lien avec le dispositif spécialisé                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°3<br> | Favoriser l'entrée dans le dispositif de soins des adolescents présentant des conduites à risque ou un mésusage :<br>- en développant la mise en place de dispositifs adaptés à l'accueil et à l'accompagnement des adolescents et de leurs parents (maisons des adolescents, consultations jeunes consommateurs)<br>- en rendant plus lisible le dispositif spécialisé aux partenaires et institutions                                                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°4<br> | Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de vulnérabilité :<br>- en adaptant et diversifiant l'offre de soins<br>- en favorisant l'accès rapide aux dispositifs spécialisés (ex : conventions CSAPA/CHRS, accueil d'urgence en CSAPA..)<br>- en améliorant l'articulation des services d'urgences avec les PASS                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mesure n°5<br> | Adapter l'offre en hébergement médico-social par territoire de santé aux besoins de populations spécifiques présentant des conduites addictives (accueil mère- enfant, personnes sortant d'incarcération, populations vulnérables)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Réseaux Addictologiques, Etablissements hospitaliers, CSAPA, Associations, UCSA, Maisons des Adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                      |                                                                                                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmenter l'accès au dispositif de soins spécialisé des personnes présentant des problèmes addictifs | Indicateur n°<br>-interventions de l'ELSA aux urgences<br>- nombre de consultations jeunes consommateurs<br>- offre en hébergement médico-social |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets santé des personnes détenues, lutte contre l'exclusion sociale du SROS PRS  
Thématique transversale santé de l'enfant et de l'adolescent

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)  
Plan d'action stratégique pour les personnes sous main de justice 2010-2014  
Recommandations ANAES 2001 pour les patients admis aux urgences au décours d'une intoxication éthylique aigue.  
Guide de bonnes pratiques pour les équipes de liaison et de soins en addictologie ( 2003) s'appuyant sur les circulaires du 10 septembre 1996 et du 8 septembre 2000)

| Objectif opérationnel<br>Addictologie                                                             | Finaliser la mise en place des filières hospitalières graduées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n° 1<br>  | Garantir le juste recours à chaque niveau de la filière en s'assurant que chaque structure répond bien à ses missions spécifiques (par ex : les consultations hospitalières en addictologie doivent prendre en charge l'ensemble des conduites addictives, les ELSA n'ont pas vocation à faire des consultations, le SSR Addictologie n'a pas pour mission d'effectuer des sevrages...)                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br>   | → Pour les structures de niveau 1<br>- Généraliser l'accès à une équipe de liaison, à une consultation et à des sevrages simples effectués dans un service servant de référent, (de façon à mettre en place des unités fonctionnelles en addictologie), dans tous les établissements disposant d'un service d'urgences (sur place ou par convention)<br>- Veiller à identifier et à pérenniser l'activité de sevrage simple quand elle existe (en l'inscrivant dans les CPOM et les projets d'établissement).<br>- Développer les interventions des ELSA dans les Maternités et les Etablissements Psychiatriques. |
| Mesure n°3<br> | → Pour les structures de niveau 2<br>- Définir le nombre et la localisation des unités de court séjour assurant les soins résidentiels complexes sur la base d'un cahier des charges régional (objectifs : au moins 1 par territoire de santé) de façon à permettre leur labellisation dans le cadre du CPOM.<br>- Encourager la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle dans les établissements disposant d'un niveau 2 ou 3, (hospitalisation de jour, séjour de rupture, séjour séquentiel..) en tenant compte du contexte médico-économique                                            |
| Mesure n°4<br> | → Pour le niveau 3<br>Finaliser le projet de centre de référence régional d'addictologie au niveau du CHU.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Etablissements hospitaliers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                   |                                                                                                                                                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Conforter la filière hospitalière en addictologie | Indicateur n°<br>mise en œuvre de<br>chaque mesure :<br>CPOM, remontée<br>d'enquête auprès<br>des ETB sur le<br>niveau de réalisation<br>du plan addictologie |
|-------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Volet SSR du SROS PRS

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)  
Circulaires du 16 mai 2007 et du 26 septembre 2008

|                                               |                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Addictologie</b> | <b>Développer les collaborations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social, ces coordinations devant être facilitées dans le cadre des réseaux</b> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer et formaliser l'articulation entre structures de soins somatiques et psychiatriques</li> <li>- Améliorer l'articulation avec les autres dispositifs concernés : périnatalité notamment (dans le cadre du réseau Périnatal Lorrain)</li> </ul>                                                                                                          |
| Mesure n°2<br>   | Veiller à organiser le passage de relais à la sortie de l'hôpital :<br>⇒ Rôle de l'équipe de liaison dans la préparation à la sortie (articulation avec les CSAPA à formaliser par l'intermédiaire de conventions)<br>⇒ Développer le concept de relais et de référent unique (dans le cadre d'un réseau, d'un CSAPA, ou professionnel de ville) permettant d'assurer la continuité de la prise en charge |
| Mesure n°3<br>  | Intégrer la prise en charge des problèmes d'addiction dans les missions obligatoires des réseaux territoriaux en cours de restructuration                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure 4 :<br> | Conforter le réseau régional en addictologie afin de favoriser le rapprochement entre acteurs du domaine de l'addictologie, l'élaboration et la diffusion de référentiels et d'outils dans un objectif d'appropriation d'une culture commune.                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Etablissements hospitaliers, CSAPA, réseaux territoriaux, réseau régional en addictologie, réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                         |                                                                       |                                                                                                |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge | Indicateur n°<br>-conventions entre dispositif somatique et psychiatrique<br>-CPOM réseaux-ARS |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Thématique transversale Santé mentale  
Volet Périnatalité du SROS PRS  
SROS-PRS versant Ambulatoire

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plans de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011  
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser l'accès à une consultation, à une équipe de liaison et à des lits de sevrage en addictologie pour tous les établissements disposant d'un service d'accueil d'urgences.</li> </ul>   |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'offre de lits de sevrage simple.</li> <li>Finaliser la mise en place de la Polyclinique des addictions et de la filière addictologique Meurthe-et –Moselle sud au CHU</li> </ul>   |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conforter l'offre de lits de sevrage simple</li> <li>Permettre la reconnaissance d'une unité de sevrage complexe au CHS de Fains Veel</li> </ul>                                               |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conforter l'offre de lits de sevrage simple au CHR de Metz</li> <li>Permettre la reconnaissance de 2 unités de sevrage complexe au CHS de Jury-les –Metz et au CHS de Sarreguemines</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conforter l'offre de lits de sevrage simple au CH d'Épinal et au CH de St Dié</li> <li>Identifier une unité de sevrage complexe</li> </ul>                                                     |

## Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

### Diagnostic régional et territorial

**L'AVC représente en termes de morbidité et de mortalité au sein des maladies cardio-neuro-vasculaires :**

- La première cause de handicap acquis de l'adulte
- La deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer)
- La troisième cause de mortalité chez l'homme et deuxième cause chez la femme
- Environ 130 000 nouveaux cas par an (en France)

#### Au niveau régional :

5800 décès sont dus chaque année aux pathologies cardio-neurovasculaires et représentent 28% des décès lorrains.

- Le taux comparatif de mortalité reste supérieur au taux français (238 p 100 000 versus 210 p 100 000).
- Ces pathologies représentent la première cause de décès chez la femme et deuxième cause des décès en Lorraine tous sexes confondus.
- 23,5% des décès liés à une maladie cardio-neurovasculaire sont liés à une maladie vasculaire cérébrale (1363 décès/an)
- Il existe une disparité régionale et intra régionale (**gradient est/ouest**)
- Les dispositifs de prise en charge sont insuffisamment connus des usagers

#### Points forts:

- Filière d'urgence préhospitalière AVC formalisée
- Augmentation du nombre d'UNV par rapport au SROS 3 : 3 UNV actuellement
- Présence de services de soins de suite et de réadaptation spécialisés affections neurologiques dans chaque territoire de santé
- Des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC
- Une dynamique régionale autour de la télémédecine
- Des associations d'usagers présentes et entreprenantes

#### Points faibles:

- Méconnaissance des facteurs de risque d'AVC
- Méconnaissance des signes d'AVC ou d'AIT
- Recours insuffisant ou trop tardif au 15
- Dysfonctionnements de la prise en charge pré-hospitalière
- Démographie médicale déficitaire pour les neurologues, et fragile pour les médecins de médecine physique et de réadaptation
- Démographie des masseurs kinésithérapeutes inférieure de 32% / niveau national
- Accès limité à la thrombolyse lié au nombre de sites qui la réalisent
- UNV en nombre limité ne permettant pas l'optimisation du maillage territorial
- Manque de fluidité de la filière du pré-hospitalier au retour à domicile ou vers les structures médico-sociales.

**NB. Une évolution de l'AMM** est annoncée, elle permettrait l'administration de la thrombolyse sous condition par des médecins non neurologues. Cela nécessite un partage des pratiques professionnelles

## Implantation des structures d'urgence et des IRM



-  1 IRM
-  2 IRM
-  3 IRM

-  1 structure d'urgence générale
-  2 structures d'urgence générale
-  Localisation des Unités Neuro-Vasculaires

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des statistiques et analyses des données de santé - Octobre 2010

| Objectifs opérationnels                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge           | Priorité 1 :<br>Objectifs 2-3 et 3-1<br>Priorité 2 :<br>Objectifs 5-2, 5-4 et 5-5<br>Priorité 4 :<br>Objectifs 11-1 et 11-2 |
| Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC                                         | Priorité 1 :<br>Objectif 3-1<br>Priorité 2 :<br>Objectifs 5-1, 5-4 et 5-5                                                   |
| Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation                                                   | Priorité 1<br>Objectifs : 1-5 et 2-3<br>Priorité 4 :<br>Objectifs 11-2 et 11-3                                              |
| Améliorer la connaissance de l'AVC en Lorraine                                                         | Priorités 4<br>Objectifs : 12-1 et 12-5                                                                                     |
| Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine                                           | Priorité 1 :<br>Objectifs 2-2 et 3-1<br>Priorité 3 :<br>Objectif 8-2<br>Priorité 4 :<br>Objectifs 10-1 et 11-1              |
| Amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels | Priorité 1 :<br>Objectifs 1-6 et 2-2<br>Priorité 2<br>Objectifs : 5-1 et 6-1                                                |

|                                  |                                                                                                     |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel AVC</b> | <b>Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge</b> |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Organiser les filières autour de chacune des UNV <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les acteurs de la filière               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UNV</li> <li>○ SSR « spécialisés » avec des lits dédiés post-UNV,</li> <li>○ Structures sanitaires</li> <li>○ Structures médico-sociales,...</li> </ul> </li> <li>• Organiser les liens entre les acteurs</li> <li>• Définir les missions de l'UNV de recours et les liens entre UNV</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>  | Identifier et missionner les animateurs de filière <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les missions des animateurs de filière (définir le rôle de chacun des acteurs, développer les partenariats entre les acteurs, ...) en élaborant une fiche de poste.</li> <li>• Sélectionner les animateurs de filière</li> </ul>                                                                                                                                                  |
| Mesure n°3<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir les UNV du CHU (recours) et de Moselle</li> <li>• Créer une UNV dans le département des Vosges (Epinal)</li> <li>• Créer une UNV dans le département de la Meuse</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | UNV, Etablissements sanitaires et médico-sociaux, Assurance Maladie, MDPH, usagers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                                       |                                                              |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Intégration de chaque UNV dans une filière de prise en charge des AVC | Indicateur n° publication des filières                       |
|                         | Augmentation du nombre de patients admis en UNV                       | Indicateur n° Evolution de la part des patients admis en UNV |

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SROS PRS : Volets imagerie, permanence des soins en établissement de santé<br>SRP : Thématique cardio-neuro-vasculaire<br>SROMS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 – (E. Féry-Lemonnier)<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 » |

|                                  |                                                                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel AVC</b> | <b>Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC</b> |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

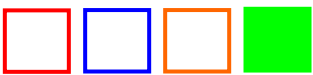
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Augmenter le nombre de sites pratiquant la thrombolyse <ul style="list-style-type: none"> <li>• En lien avec le programme de télé-médecine (télé-imagerie et télé-expertise)</li> <li>• Veiller à couvrir l'ensemble du territoire lorrain</li> </ul> <b>NB : lié à l'évolution de l'AMM</b>                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br>   | Organiser la filière de premier recours (pré-hospitalière) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admettre directement les victimes (ou suspicion d'AVC) dans les établissements sites de thrombolyse</li> <li>• Protocoliser les admissions des victimes d'AVC</li> <li>• Organiser les liens entre les établissements de santé sans UNV et les UNV</li> <li>• Former les professionnels à la thrombolyse en lien avec la modification de l'AMM</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Organiser le recours aux avis neurologiques et neuroradiologiques sur le territoire lorrain <ul style="list-style-type: none"> <li>• organiser le recours aux neurologues pour les patients éligibles à la thrombolyse</li> <li>• organiser le recours aux neuroradiologues</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Réseau Lorraine Urgences, fédérations, Etablissements sanitaires, urgentistes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                                     |                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Evolution de la part des patients AVC bénéficiant d'une thrombolyse | Indicateur n°<br>Taux de patients bénéficiant d'une thrombolyse |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                |
| SROS – Volets imagerie, permanence des soins en établissement de santé<br>Programme Régional de Télé-médecine |

|                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                  |
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 – (E. Féry-Lemonnier)<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 » |



| Objectif opérationnel AVC                                                                       | Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Mesure n°1<br> | Mettre en place un projet personnalisé d'éducation thérapeutique afin de réduire le risque de récurrence et de limiter les séquelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ par le dernier établissement d'accueil en lien avec le médecin traitant</li> <li>○ le remettre au patient et au médecin traitant</li> </ul>                      |  |
| Mesure n°2<br> | Permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC<br><br>(Cf. SRP – objectif opérationnel : maladie cardio-neurovasculaire)                                                                                                                                                                            |  |
| Mesure n°3<br> | Etudier le principe d'une consultation pluridisciplinaire « bilan » post AVC y compris pour les AVC dits « légers » <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décliner localement le cahier des charges élaboré au niveau national</li> <li>• Etudier la faisabilité d'une expérimentation régionale dans le cadre du plan national...</li> </ul> |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels de santé, collectivités territoriales, acteurs en promotion de la santé, éducation nationale, milieu du travail, PMI                                                                                                                                                                                                              |  |

|                         |                                                                           |                                         |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Elaboration d'un projet d'éducation thérapeutique « type » pour la région | Indicateur n° mise en œuvre de l'action |
|                         | Mise en place d'une consultation « bilan » post-AVC                       | Mise en place d'une expérimentation     |

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas      |
|--------------------------------------------------------------|
| SRP – objectif opérationnel : maladie cardio-neurovasculaire |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014) |

|                                  |                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel AVC</b> | <b>Améliorer la connaissance de l'AVC en Lorraine</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------|

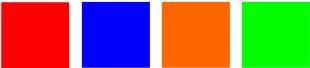
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mettre en place un observatoire de l'AVC en Lorraine : <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les dysfonctionnements pré-hospitaliers (FUP AVC, indication de thrombolyse,...)</li> <li>Analyser les pratiques hospitalières (choix d'indicateurs communs à l'ensemble des UNV,...)</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | GCS Télé santé, réseau lorraine urgences, urgentistes, neurologues neurovasculaires                                                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                                 |                                                                        |
|-------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Analyse des dysfonctionnements pré-hospitaliers | Indicateur n°<br>Tableau de bord des dysfonctionnements FUP AVC et UNV |
|-------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Programme régional de télémédecine (PRT)                       |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014) |

|                                  |                                                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel AVC</b> | <b>Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine</b> |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Elaborer/réviser et harmoniser les protocoles de prise en charge des victimes d'AVC (du pré-hospitalier au retour à domicile sur tous les champs) (professionnels)                                                      |
| Mesure n°2<br> | Identifier la filière AVC dans le ROR pour la diffusion de l'information auprès des professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures</li> <li>• Identification des filières</li> <li>• ...</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | GCS Télé santé Lorraine, les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes                                                                                                                           |

|                         |                                       |                                           |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Informers les professionnels de santé | Indicateur n°<br>Mise en ligne sur le ROR |
|                         | Diffusion des procédures régionales   | Indicateur n°<br>Mise en ligne sur le ROR |

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Programme régional de télémédecine (PRT)                       |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014) |

|                                  |                                                                                                               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel AVC</b> | <b>Amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels</b> |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Simplifier et amplifier les messages d'information sur l'AVC en Lorraine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'AIT et le recours au 15 dans le message</li> <li>• Augmenter la nature des supports</li> <li>• Multiplier les vecteurs de communication (y compris Mail via les ordres ou mailing par les assureurs,...)</li> <li>• Développer les partenariats avec la médecine du travail, le rectorat, l'assurance maladie</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Améliorer le recours au 15 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser le public aux premiers signes évocateurs d'un AVC et à la démarche d'alerte à adopter</li> <li>• Informer les professionnels de premier recours</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°3<br> | Développer les formations des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• A destination des professionnels sociaux et médico-sociaux</li> <li>• A destination des médecins susceptibles d'administrer la thrombolyse (<b>évolution de l'AMM</b>)</li> </ul>                                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | UNV-SSR-Etablissements sanitaires-Services d'urgences-URIOPS-CREAH-URPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                                |                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Elaboration d'un document pour les professionnels et d'un document à destination des usagers regroupant les principales informations sur l'AVC | Indicateur n°<br>Création des supports |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schéma Régional de Prévention                                  |

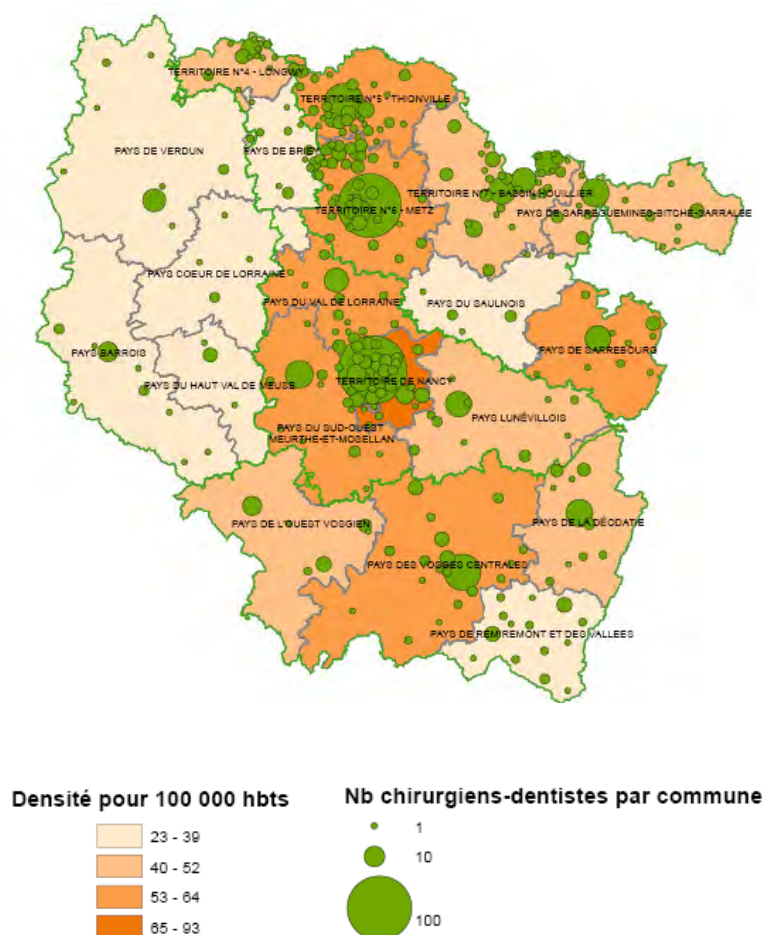
|                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                           |
| Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009<br>Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014) |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le recours au 15 par des actions d'information des usagers et des professionnels du 1<sup>er</sup> recours</li> <li>• Organiser la permanence des soins pour la prise en charge des patients AVC</li> <li>• Organiser les filières de prise en charge des patients AVC</li> <li>• Etendre la thrombolyse aux établissements sièges de médecine d'urgence en lien par télémedecine avec l'UNV de territoire</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir la mission de l'UNV de référence régionale et passer une convention avec chacune des UNV de territoire</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En priorité, organiser la filière de prise en charge des patients AVC de Meuse</li> <li>• Possibilité de créer une UNV H24 si la démographie médicale le permet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser les filières de prise en charge autour des 2 UNV de Moselle</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En priorité, organiser la filière de prise en charge des patients AVC des Vosges</li> <li>• Créer une UNV H24 si la démographie médicale le permet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## Chirurgie dentaire

### Diagnostic régional et territorial

#### 1. L'offre de soins ambulatoire



L'offre de soins ambulatoire se situe principalement dans le sillon lorrain. La densité de chirurgiens dentistes est particulièrement faible en Meuse, hormis Bar-le-Duc et Verdun, dans le sud-ouest des Vosges, et dans le Saulnois mosellan. Les prévisions montrent que l'évolution des dix prochaines années renforcera le poids du sillon lorrain au détriment des zones rurales.

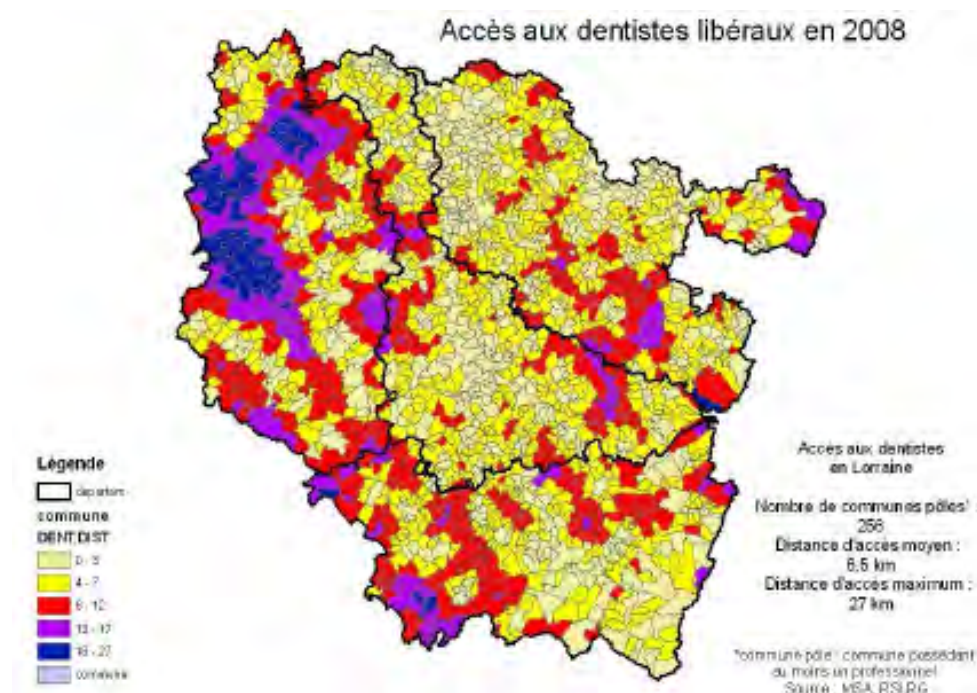
La Meuse est le département le plus fragile. La distance séparant les usagers des cabinets dentaires peut atteindre 27km. La densité départementale est de 3,9 pour 10 000 habitants. 13 cantons sont sans chirurgiens dentistes. (Chiffres CNSD).

Dans les Vosges, la densité moyenne est de 5,5, mais la couverture est bonne avec 94,5% de la population à moins de 10km d'un cabinet dentaire. Il y a un risque de désertification dans le sud du département.

En Moselle, la densité est de 6,1, avec une densité plus faible dans l'Est du département.

En Meurthe et Moselle, elle est de 7,3, soit une densité très supérieure à la moyenne nationale.

Les distances d'accès aux cabinets libéraux correspondent à ces zones dont la densité en matière d'offre de soins est faible :



Les centres de santé sont harmonieusement répartis sur le territoire lorrain avec une concentration sur les zones ex-minières (cf annexe). Ils peuvent être mis à contribution pour les soins destinés aux populations fragiles, précaires, et pour celles souffrant de dépendance à la toxicomanie.

La spécialité orthodontique est couverte par 63 praticiens spécialistes installés dans les agglomérations importantes. Cependant, ces actes sont réalisés également par des omnipraticiens, orthodontistes non spécialistes, exclusifs ou non.

Les gardes sont organisées sous la responsabilité du Conseil de l'Ordre Départemental. Les départements sont divisés en secteurs. Ces gardes sont effectuées le dimanche matin (hormis dans les Vosges où elles sont effectuées de 9h à 17h). Le fonctionnement de ces gardes est satisfaisant. Il n'y a pas d'astreinte ambulatoire la nuit et le dimanche après-midi.

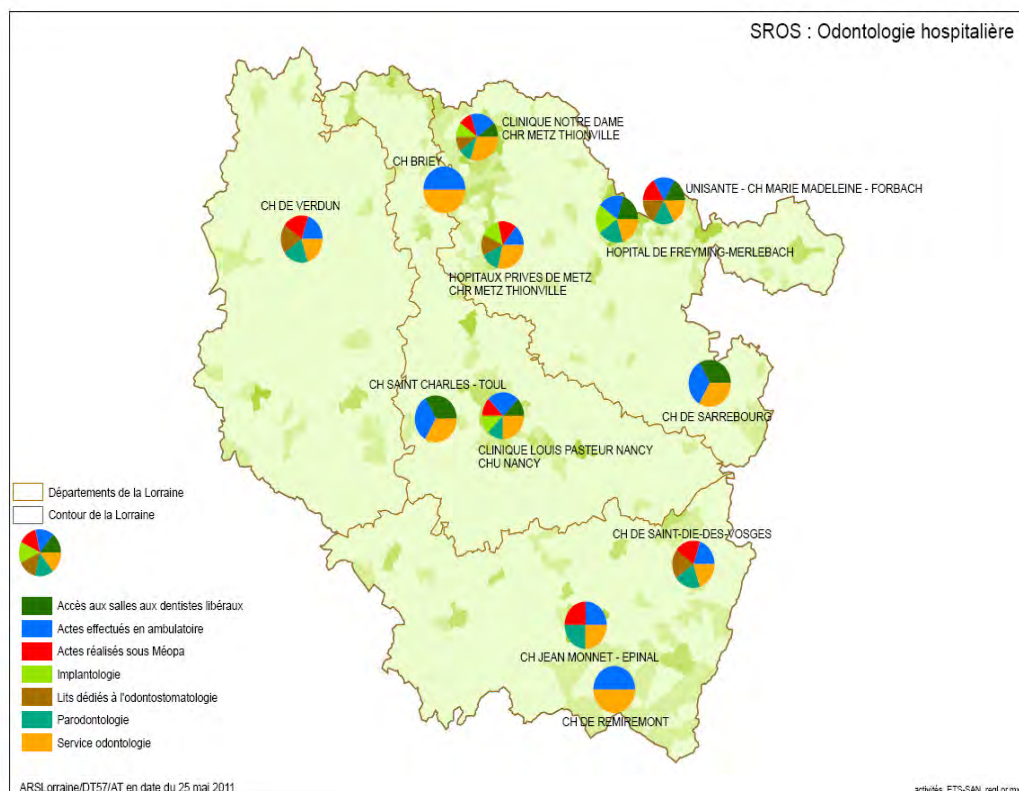
## 2. L'offre hospitalière

La mission des services hospitaliers consiste à :

- permettre l'accès aux plateaux techniques pour les personnes à risque (accidents infectieux, hémophiles, pathologies cardio-pulmonaires...),
- assurer la permanence des soins pour les situations d'urgence (traumatologie...)
- assurer les soins pour les personnes dont le handicap ou la situation de précarité sont susceptibles d'être une barrière aux soins dans un cabinet libéral

L'offre est présente sur l'ensemble du territoire lorrain. Néanmoins, le service d'odontologie de Verdun, en cours de structuration, doit permettre un meilleur maillage du territoire, et un renforcement des UCSA de Montmédy et Saint-Mihiel.





Sur le champ hospitalier, le CHR de Metz-Thionville organise une astreinte 24h/24. Cette astreinte est destinée plus particulièrement aux cas chirurgicaux envoyés par les services d'urgence ou par les chirurgiens dentistes de ville. En revanche, il n'existe pas d'astreinte hospitalière dans les autres départements.

### 3. Prise en charge des personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité

#### 3.1. PA et PH :

Tant dans les structures pour les personnes âgées que pour personnes handicapées, l'accent doit être porté sur les actions de prévention, dépistage, et sur les actes simples.

Les soins odontologiques sont traités de façon très hétérogène, en fonction de la structure.

Les conditions de soins dans les établissements médico-sociaux sont rarement réunies, de sorte que les chirurgiens dentistes ne peuvent, sans le fauteuil et le matériel adéquat, prodiguer des soins de qualité.

#### 3.2. Personnes en situation de précarité :

Plusieurs obstacles empêchent une prise en charge adaptée de ces personnes: les difficultés d'organisation (prise de rendez-vous et suivi), l'obstacle financier, les freins éventuels des chirurgiens dentistes qui craignent que la personne ne vienne pas au rendez-vous ou n'assure pas le paiement des soins...

| Objectifs opérationnels                                                                                                        | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées                      | P3 OG7 OS 71 et 76<br>P3 OG8 OS 81 et 84<br>P4 OG10 OS10-2 |
| Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité                                                       | P2 OG4 OS 43<br>P2 OG5 OS 53                               |
| Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer                       | P1 OG2 OS 23<br>P1 OG3 OS 31                               |
| Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins | P2 OG5 OS 55<br>P2 OG5 OS 51                               |

|                                                           |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Chirurgie dentaire</b> | <b>Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées</b> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

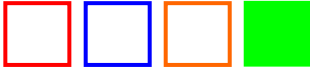
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Développer la prévention au sein des établissements, le dépistage, et l'information concernant l'hygiène de base |
| Mesure n°2<br>  | Développer les bilans dentaires au sein des établissements                                                       |
| Mesure n°3<br>  | Développer les partenariats entre établissements médico-sociaux et cabinets libéraux                             |
| Mesure n°4<br> | Améliorer l'accès aux soins dentaires en lien avec le PRGDR                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Ordres professionnels, URPS, Assurance Maladie, Etablissements médico-sociaux                                    |

|                         |                                                                      |                                                                     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et handicapées | Indicateur n°<br>Inscription dans le projet d'établissement des EMS |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROMS<br>Volet lutte contre l'exclusion du SROS PRS            |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| PRGDR                                                             |

|                                                    |                                                                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Chirurgie dentaire | <b>Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité</b> |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mettre en place des actions de sensibilisation et d'information auprès des établissements sociaux et des partenaires œuvrant dans le secteur social |
| Mesure n°2<br> | Renforcer le rôle de la PASS dentaire de Metz                                                                                                       |
| Mesure n°3<br> | Créer une PASS dentaire à Nancy                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | DDCS, Associations, CHU et CHR                                                                                                                      |

|                         |                                                                                  |                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Renforcer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires pour les personnes précaires | Indicateur n°<br><b>Création de la PASS dentaire à Nancy</b> |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet lutte contre l'exclusion du SROS PRS                     |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                           |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Chirurgie dentaire</b> | <b>Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

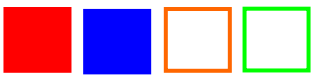
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Organiser une journée régionale de dépistage des cancers de la bouche. |
| Mesure n°2<br> | Assurer la participation des chirurgiens dentistes aux RCP.            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Conseil de l'ordre et URPS des chirurgiens dentistes, ONCOLOR          |

|                         |                                                                              |                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la prise en compte de la problématique bucco-dentaire en oncologie | Indicateur n°<br><b>Participation des dentistes aux RCP</b> |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Volet Cancer du SROS PRS<br>Schéma Régional de Prévention      |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                           |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Chirurgie dentaire</b> | <b>Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins</b> |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Définir le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des soins dentaires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux plateaux techniques des chirurgiens dentistes libéraux</li> <li>• Participation aux actions de formation</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Mettre en place une astreinte hospitalière 24/24 à Nancy                                                                                                                                                                                        |
| Mesure n°3<br> | Promouvoir les installations de chirurgiens dentistes au sein des Maisons Pluridisciplinaires de santé                                                                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Ordre professionnel, URPS, Etablissements hospitaliers                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                          |                                                             |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Clarification du rôle de l'hôpital en chirurgie dentaire | Indicateur n° <b>Nbre de MSP avec chirurgiens dentistes</b> |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volets PDSES et Ambulatoire du SROS PRS                        |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional                       |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | Mettre en place une astreinte 24/24 à Nancy<br>Créer une PASS dentaire à Nancy |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                |
| Territoire de la Moselle            | Renforcer le rôle de la PASS dentaire de Metz                                  |
| Territoire des Vosges               |                                                                                |



## Prise en charge des Enfants et des Adolescents

### Diagnostic régional et territorial

La convention internationale des Droits de l'Enfant, signée par les Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990, définit l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

Cette population en devenir compte 506 967 enfants en 2006, en Lorraine, soit un taux de 21,6% de la population générale. Selon les projections, sa part s'élèvera à 20,2% en 2021.

Comme chez l'adulte, la santé de l'enfant ne peut se réduire à une absence de maladies. Les facteurs socio environnementaux sont essentiels à prendre en compte en tant que déterminants de santé. Par ailleurs l'enjeu est d'assurer à l'adulte de demain un développement et un épanouissement harmonieux en s'appuyant sur les mesures de prévention, de suivi et d'accompagnement.

Dans ce contexte, la prise en compte de la santé de l'enfant rend indispensable une coordination de tous les acteurs au contact des familles et des enfants.

#### Le diagnostic :

1<sup>er</sup> constat : des données nombreuses autour de la santé de l'enfant mais morcelées.

2<sup>ème</sup> constat :

- Une augmentation des troubles du développement et du comportement chez le petit enfant, difficilement évaluable quantitativement faute d'un recueil organisé de données,
- Des disparités sur la santé de l'enfant, selon les territoires, avec une prégnance des déterminants socio environnementaux encore plus forte que chez l'adulte qui s'inscrit dès le début de la vie et se traduit dès l'âge de 4 ans par une disparité des résultats dans les bilans des écoles maternelles,
- La nécessité d'un dépistage et d'une évaluation précise le plus précocement possible d'une éventuelle déficience, pour tout petit lorrain, qu'il ait ou non des facteurs de risques, sans oublier le dépistage des troubles sensoriels générateurs de troubles de l'apprentissage (cf SROMS),

Les acteurs nombreux, provenant de secteurs variés (hospitaliers, libéraux, social...) et déjà impliqués localement dans la prise en compte de l'enfant, sont insuffisamment coordonnés autour des familles et de la santé de l'enfant.

La lorraine compte un total de 16 établissements de santé disposant d'un service de pédiatrie (hors néonatalogie). Ceux-ci sont aussi autorisés à une activité de gynéco obstétrique et de médecine d'urgence, à l'exception du CHU qui ne dispose pas de maternité. A l'inverse, 5 des 20 maternités et 5 des 22 structures de médecine d'urgence ne disposent pas d'unité de pédiatrie (hors néonatalogie).

3<sup>ème</sup> constat : des difficultés d'accès à des compétences pédiatriques sur certains territoires qui s'accroîtront compte tenu des perspectives démographiques inquiétantes chez les pédiatres, les médecins généralistes, les pédopsychiatres.

4<sup>ème</sup> constat : une filière de prise en charge des urgences insuffisamment structurée

- Des compétences pédiatriques pas toujours accessibles pour l'enfant pris en urgence, au sein des établissements de santé,
- une organisation pas toujours adaptée pour les enfants hospitalisés dans la moitié nord de la Lorraine et dont l'état nécessite une surveillance rapprochée dans une unité adaptée (USCP).

5<sup>ème</sup> constat : une filière de prise en charge médicale insuffisamment structurée, sur les points suivants, et d'autres points qui sont traités dans d'autres volets du SROS ( cf volets : santé mentale, addictologie, urgences, imagerie, réanimation / surveillance continue, cancérologie, lutte contre la douleur, soins palliatifs, insuffisance rénale chronique, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, ainsi que le SROMS, le SROS PRS volet ambulatoire et le SRP) :

- une filière des sur spécialités insuffisamment lisible,
- des taux d'obésité et de surcharge pondérale des enfants lorrains sensiblement identiques à ceux de l'ensemble des enfants français dans les enquêtes en milieu scolaire avec toutefois une problématique plus marquée en Moselle, dans le secteur de Remiremont, et aussi dans les milieux défavorisés ou en situation de pauvreté, le tout associé à une filière de prise en charge des anomalies du poids peu visible au niveau régional,
- Un besoin en matière d'éducation thérapeutique au regard de maladies chroniques plus prégnantes (allergies, ...),
- Des besoins d'aide exprimés par les professionnels de première ligne confrontés aux situations de souffrance de l'enfant en cas de violences familiales, ...

6<sup>ème</sup> constat : une filière de prise en charge de la chirurgie de l'enfant insuffisamment structurée :

- Une absence de permanence des soins en chirurgie spécialisée de recours sur le secteur de Metz, et une insuffisance de coordination entre les deux sites de recours existants, Nancy et Metz,
- Un désengagement des équipes de chirurgie et anesthésie dans la prise en charge de l'enfant, dans les établissements de santé « périphériques » (hors sites de recours), et plus spécifiquement des inquiétudes des chirurgiens ORL au regard des réticences de certains médecins anesthésistes à prendre en charge un enfant en bas âge.

7<sup>ème</sup> constat : des spécificités chez l'adolescent et le pré adolescent :

- des besoins au regard de situations de mal-être,
- une prégnance plus forte des troubles du comportement et de la violence,
- des besoins croissants en matière de conseil d'éducation à la sexualité et au respect de l'autre
- la prévention des conduites addictives.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Mieux connaître les besoins de l'enfant<br><i>Cet objectif est commun au volet « périnatalité » et à d'autres travaux SROS.</i>                                                                                                                                          | Priorité 4 : objectif 10.1                                                    |
| Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé<br><i>Cet objectif est commun au volet « périnatalité ».</i> | Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3 ;<br>Priorité 2 : objectif 4.2 ; 5.4 |
| Développer l'accès à des compétences pédiatriques, dans des secteurs caractérisés par une pénurie médicale                                                                                                                                                               | Priorité 2 : objectif 5.1. ; 5.4                                              |
| Améliorer l'organisation de la filière des urgences                                                                                                                                                                                                                      | Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2                                             |
| Améliorer l'organisation de la filière médicale                                                                                                                                                                                                                          | Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2                                             |
| Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant                                                                                                                                                                                                          | Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2                                             |
| Renforcer la lisibilité des dispositifs existants dédiés à la santé des adolescents                                                                                                                                                                                      | Priorité 2 : objectif 4.2                                                     |
| Renforcer la prévention des grossesses non désirées, notamment chez les mineurs, par une contraception adaptée.<br><i>Cet objectif est commun au volet « santé de l'enfant et adolescent »</i>                                                                           | Priorité 1 : objectif 1.6<br>Priorité 2 : objectif 4.1 ; 4.2                  |

|                                                                                                   |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Prise en charge</b><br><b>Enfants et</b><br><b>Adolescents</b> | <b>Mieux connaître les besoins de l'enfant</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Optimiser et partager l'utilisation des outils de coordination existants.<br>Spécifiquement pour le domaine de la périnatalité et de l'enfant, impulser l'agrégation régionale des données départementales type certificats du 8 <sup>ème</sup> jour, 9 <sup>ème</sup> mois, 24 <sup>ème</sup> mois et bilans des 4 ans, et leur exploitation régionale<br>Partager les informations existantes entre les différents acteurs |
| Mesure n°2<br> | Rappeler aux professionnels de santé l'obligation réglementaire de transmettre les certificats (cf art L 2132-3 du Code de Santé Publique)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec les conseils généraux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les PMI des quatre départements, URPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                       |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rendu annuel sur des indicateurs de santé de l'enfant | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>    |
|-------------------------------------------------------------------|
| Cet objectif est commun au volet « périnatalité » du SROS PRS SRP |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Prise en charge des enfants et des adolescents</b> | <b>Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner en transversal et en proximité l'ensemble des acteurs</b> , avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Généraliser les staffs médico psycho sociaux à l'initiative des maternités, en lien avec les PMI. |
| Mesure n°2<br> | Développer des formations pluri professionnelles en proximité.                                    |
| Mesure n°3<br> | Partager un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant sur les territoires |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseau périnatal Lorrain – Maternités - Conseils Généraux                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Créer du lien entre les acteurs.<br><br><u>Indicateurs :</u><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de staffs médico sociaux par établissements de santé</li> <li>- Nb de dossiers traités en staffs médico sociaux / nb de naissances</li> <li>- Nb de territoires qui ont structuré a minima un partenariat local (annuaire en place, formations réalisées, concertations organisées, ...)</li> <li>- Nb de formations pluri professionnelles réalisées / an</li> <li>- Mise à disposition d'un annuaire de ressources et de compétences, sur la santé de l'enfant</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| Cet objectif est commun au volet « périnatalité »<br>SROS PRS volet ambulatoire |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Note de cadrage ministérielle relative à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé<br>Territorialisation des politiques publiques |

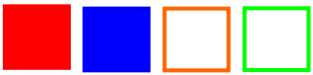
| Plan d'actions associées<br>Prise en charge des enfants et des adolescents                      | Développer l'accès à des compétences pédiatriques, dans des secteurs caractérisés par une pénurie médicale                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Dans le respect des maquettes des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), intégrer la construction de projets professionnels de médecins et d'internes en fin de cursus, notamment au bénéfice des établissements de santé périphériques.                                                                                                                                 |
| Mesure n°2<br> | Créer des postes de maitres de stage en cabinet de pédiatrie de ville et/ou dans les CAMSP.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br> | Développer les temps partagés entre établissements de santé, y compris les postes d'assistants spécialistes.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°4<br> | Valoriser le rôle des infirmières puéricultrices dans certains domaines (ex : prévention, éducation), au sein des dispositifs de 1 <sup>er</sup> recours (ex : maison de santé pluridisciplinaire) : intervention de puéricultrices au sein de MSP (codification des actes en réflexion au niveau national) ou liens renforcés des professionnels de la MSP avec la PMI |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Université de Lorraine – CHU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p>Assurer une couverture en compétences pédiatriques, dans les établissements de santé et en ville, plus particulièrement dans des zones de pénurie médicale.</p> <p><u>Indicateurs :</u><br/>           Evolution du nb d'internes dans la spécialité pédiatrique en 4<sup>ème</sup> année<br/>           Nb de postes de maîtres de stage en cabinet de pédiatrie de ville et / ou CAMSP, et évolution<br/>           Taux de fuites des internes spécialisés en pédiatrie, en fin de cursus, et évolution<br/>           Suivi du nb de pédiatres par territoire<br/>           Nb de candidats lorrains au DU santé de l'enfant<br/>           Nb de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dotées de temps de sage femme<br/>           Nb de MSP relevant d'une expérimentation avec intervention d'une IDE puéricultrice</p> | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas      |
|--------------------------------------------------------------|
| Volet périnatalité du SROS PRS<br>SROS PRS volet ambulatoire |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|                                                            |

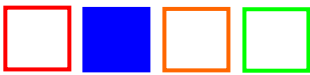
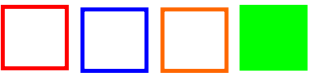


| Plan d'actions associées<br>Prise en charge des enfants et des adolescents                      | Améliorer l'organisation de la filière des urgences                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Généraliser des protocoles partagés entre médecins urgentistes et pédiatres, dans les structures d'urgence implantées dans des établissements qui ne disposent pas d'une présence pédiatrique H24.                                                                                                                                             |
| Mesure n°2<br> | Créer une 2 <sup>ème</sup> implantation d'unité de surveillance continue pédiatrique polyvalente (USCPP) de recours, au service des besoins de la moitié Nord de la Lorraine, adossée à une offre médico chirurgicale cohérente sur le site de Metz, et en lien étroit avec le plateau pédiatrique (réanimation / USCP) du CHU Brabois Enfant. |
| Pilotage de l'objectif                                                                          | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Partenaires                                                                                     | Réseau Lorraine Urgences – Etablissements de santé autorisés à la médecine d'urgence                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Résultat attendu | <p>Améliorer la couverture pédiatrique des prises en charge en urgence de l'enfant, et renforcer l'offre pour les situations nécessitant une surveillance rapprochée.</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de structures d'urgences implantées dans les ETS sans présence pédiatrique H24, disposant de protocoles partagés entre pédiatres et urgentistes / nb de structure d'urgences implantée dans ETS sans présence pédiatrique H24</li> <li>- Mise en œuvre d'une unité USCP pédiatrique à Metz conventionnée avec l'hôpital d'enfant au CHU</li> </ul> | Indicateur n° |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet médecine d'urgence du SROS PRS<br>Volet réanimation et surveillance continue du SROS PRS |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|                                                            |

| Plan d'actions associées<br>Prise en charge des enfants et des adolescents                       | Améliorer l'organisation de la filière médicale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | <u>La prise en charge de l'obésité et la surcharge pondérale chez l'enfant</u><br>Elargir ou relayer sur d'autres territoires des organisations en place pour la prise en charge de l'obésité et la surcharge pondérale (réseaux de ville « nutrition obésité » à Epinal et Metz), qui ont montré leur efficacité.                                                                             |
| Mesure n°2<br>  | <u>Les maladies chroniques</u><br>Développer l'éducation thérapeutique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Mesure n°3<br>  | Initier le développement au sein de structure d'hospitalisation à domicile (HAD) d'activité spécialisée en pédiatrie sur des secteurs à forte densité de population (cf volet HAD du SROS)                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°4<br> | <u>Situations de souffrance de l'enfant en cas de violences familiales (ou maltraitance).</u><br>Communiquer sur le dispositif mis en œuvre pour assurer la gestion des situations à risque de maltraitance ou de maltraitance avérée.<br>Mettre en place un référent dans les établissements de santé dotés d'une structure d'urgence, et renforcer la formation des urgentistes au repérage. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | GCS Télésanté - Réseaux de proximité - Conseils généraux, PJJ, COD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Créer du lien entre les acteurs.<br>Améliorer l'offre de soins pour la prise en charge de l'obésité et de la surcharge pondérale, et sa lisibilité.<br>Améliorer la prise en charge des enfants victimes de violences familiales (ou maltraitance).<br><br><u>Indicateurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution en nb des enfants bénéficiaires d'un programme d'éducation thérapeutique autorisé,</li> <li>- % de réseaux de proximité développant des prises en charge spécifiques de l'obésité et surcharge pondérale qui prennent aussi en charge l'enfant,</li> <li>- Taux d'établissements de santé dotés de structures d'urgences, qui disposent d'un référent formé sur les questions de maltraitance de l'enfant</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SRP<br>Thématique transversale Maladies chroniques             |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>          |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Programme national nutrition (PNNS) 2011 – 2015 - Plan Obésité 2010 - 2013 |

| Plan d'actions associées<br>Prise en charge des enfants et des adolescents                      | Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Formaliser une offre régionalisée spécialisée de recours (chirurgie spécialisée et chirurgie de l'enfant de moins de 1 an) assurant une permanence 365 jours sur 365 sur les deux sites, Nancy et Metz, et qui réponde aux bonnes pratiques organisationnelles sur l'un et l'autre site en particulier concernant le regroupement d'activités de chirurgie infantile sur un seul site.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°2<br> | Maintenir des compétences chirurgicales et anesthésiques, en « périphérie » (sites autres que ceux de recours spécialisé), pour la chirurgie standard de l'enfant plus grand, et aussi du petit enfant en ORL, sur la base d'une coopération entre sites de recours et sites « périphériques ».<br><br>Dispositif de coopération entre sites de recours et sites « périphériques » :<br><br>- élaboration d'un protocole partagé entre chirurgien / anesthésiste / pédiatre, au sein de l'établissement « périphérique », dans lequel sont présentés le périmètre des activités et des compétences, et l'organisation de la prise en charge de la chirurgie de l'enfant<br>- recours facilité à des avis et à l'expertise des sites spécialisés, et organisation d'actions de formation continue par ces derniers. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé réalisant une activité de chirurgie de l'enfant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

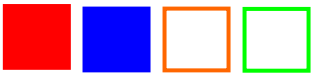
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Une offre de recours organisée sur deux sites, reconnue et formatrice, et l'évitement de fuites extra régionales.<br>Le maintien d'une offre périphérique compétente pour la chirurgie standard chez l'enfant, qui travaille en lien avec les sites de recours.<br><br><u>Indicateurs :</u><br>- Mise en œuvre d'une offre régionalisée spécialisée de recours (chirurgie spécialisée et chirurgie de l'enfant de moins de 1 an) assurant une permanence 365 jours sur 365 sur les deux sites, Nancy et Metz, et répondant aux bonnes pratiques organisationnelles sur l'un et l'autre site,<br>- % d'établissements de santé « périphériques » réalisant une activité de chirurgie de l'enfant, qui ont validé un protocole partagé,<br>- nb de médecins anesthésistes ayant bénéficié d'un stage sur les sites de recours. | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

|  |
|--|
|  |
|--|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                              |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Le projet est-il inscrit dans un plan national ou régional ?</p> <p>Le projet est-il inscrit dans un plan national ou régional ?</p> | <p>Le projet est-il inscrit dans un plan national ou régional ?</p> <p>Le projet est-il inscrit dans un plan national ou régional ?</p> |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                                 |                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan d'actions associées</b><br><b>Prise en charge des enfants et des adolescents</b>        | <b>Renforcer la lisibilité des dispositifs existants dédiés à la santé des adolescents</b> |
| Mesure n°1<br> | Création d'une maison des adolescents dans les Vosges                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              |                                                                                            |

|                         |                                                                             |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <u>Indicateurs :</u><br>Au moins une maison des adolescents par département | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Thématiques transversales Santé mentale et addictologie        |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                                                |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Prise en charge des enfants et des adolescents | <b>Renforcer la prévention des grossesses non désirées, notamment chez les mineurs et les jeunes adultes par une contraception adaptée</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | En inscrivant l'éducation à la sexualité dans les orientations de la commission de coordination des politiques publiques de santé, en tant qu'action prioritaire dans le cadre des actions d'éducation à la santé menées en établissement scolaire |
| Mesure n°2<br> | En améliorant l'efficacité des dispositifs en place pour l'accès des personnes mineures à la contraception (centres de planification et éducation familiale CPEF, maisons des adolescents).                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec les Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Santé scolaire                                                                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                              |               |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réduire le nb d'IVG chez les moins de 18 ans | Indicateur n° |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
| Volet Périnatalité du SROS PRS                          |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Plan périnatalité 2005 2007                                |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | L'ensemble des objectifs opérationnels concerne les 4 territoires de santé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Territoire de la Moselle            | Création d'une unité de surveillance continue polyvalente pédiatrique (USCPP) à Metz conventionnée avec le plateau de réanimation de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy.<br>Par souci d'efficacité et afin de répondre au mieux aux besoins des enfants, le regroupement du service des urgences, du service de pédiatrie, d'une maternité avec néonatalogie, du service de chirurgie infantile et de la future unité de surveillance continue pédiatrique doit être envisagé sur le site Mercy à Metz. |
| Territoire des Vosges               | Création d'une maison des adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## Maladies chroniques

### Diagnostic régional et territorial

#### PREAMBULE

- Le diagnostic ne peut pas s'effectuer maladie par maladie mais doit être global.

Conformément à l'esprit du dernier Plan National dont le titre rappelle que « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » doit être un objectif premier, les travaux du SROS-PRS sur le champ des maladies chroniques ont été menés sur le fondement d'une définition commune des maladies chroniques.

Définition commune et délimitant le champ de l'étude :

Problème de santé/maladie, organique, transmissible ou non, qui nécessite une prise en charge à moyen ou long terme et dont les symptômes, évolutifs ou non, affectent la vie sociale, professionnelle affective et familiale de la personne malade.

- Exclusion de la vieillesse
- Du handicap en tant que maladie chronique mais pas en tant que conséquence
- Exclusion de la maladie mentale
- Exclusion de toute forme d'addiction

- Si le diagnostic relatif au volet maladies chroniques doit comporter des données épidémiologiques, il est établi autour de la notion de parcours, notion qui a été le fil conducteur de la réflexion et qui devra continuer à l'être pendant toute la durée de validité du SROS-Hospitalier.

• • •

- La Lorraine présente une surmortalité due à des pathologies chroniques, notamment les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, les tumeurs, les troubles mentaux et du comportement et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.
- Les actions de prévention, pourtant multiples, ne peuvent pas toujours être opérantes en raison tant du manque de coordination des acteurs, que du défaut d'étude des comportements et des situations sociales qui permettrait de donner une cible et une cohérence aux différentes démarches préventives.

Au vu de ces constats, l'objectif opérationnel n°4 est affiché.

- L'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques peut connaître des ruptures ou manquer d'efficacité en raison du manque de globalité et/ou de graduation de la prise en charge ainsi que du défaut (non fautif) d'implication des patients dans la gestion de leur maladie.

#### ❖ Concernant l'implication du patient :

L'annonce de la maladie marque le passage de l'état d'usager à l'état de patient. Elle apparaît comme un élément fondateur de l'investissement du malade dans sa prise en charge. Les constats suivants doivent être faits :

- Même si la mise en application du dispositif est perfectible, une certaine visibilité existe pour l'annonce du cancer du fait de la mise en œuvre de la mesure 40 du plan cancer (consultation d'annonce)
- Pour les autres maladies, il semble que le principe de l'annonce, son organisation en étapes minimum ne soient pas acquis de manière uniforme. Principalement :

- Faute de temps, d'information, de formation les médecins généralistes peuvent être démunis lors de l'annonce d'un diagnostic.
- La pluridisciplinarité étant de rigueur pour cette étape, elle peut faire défaut tant en ville qu'à l'hôpital. Il est particulièrement pointé la nécessité de systématiser l'intervention de psychologues aux côtés du médecin et de l'infirmière.

Des actions d'Education Thérapeutique du Patient sont également indispensables à la participation du patient à sa prise en charge.

- la disparité (ville-hôpital) des modalités de tarifications ne facilitent pas la systématisation de ces actions qui sont consommatrices de temps et de moyens humains.
- L'initiation du processus de l'ETP peut se faire à l'hôpital mais le relais doit absolument être pris par le champ ambulatoire qui, au demeurant fait parfois défaut, faute de financement et de formation.
- Points forts constatés : Plus value des réseaux régionaux (référentiels, rôle expertal), Outils de télé médecine : logiciel de parcours d'ETP (diatélic) ou transplantélic, formation EDULOR, DU

Au vu de ces constats, l'objectif opérationnel n°1 est affiché.

❖ **Concernant la globalité et la graduation de la prise en charge, il est constaté les éléments suivants :**

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chronique passe par un accompagnement global, lequel ne peut être effectif que si un diagnostic complet de la situation des patients est effectué. Pour ce faire, la participation de professionnels des principaux champs de la santé est nécessaire, notamment travailleurs sociaux, médecin du travail, médecins conseils.

Par ailleurs, pour le domaine strict du soin, des graduations doivent être respectée.

- En établissements hospitaliers, l'assistante sociale peut être sollicitée, mais encore trop restrictivement. (en fonction de sa disponibilité ou du ressenti de l'équipe soignante)  
Par ailleurs, les assistantes sociales de secteurs ne semblent pas impliquées dans la prise en charge des maladies chroniques.
- Concernant les médecins du travail, ils ne sont pas systématiquement inclus dans la prise en charge.
- Alors que l'assurance maladie dispense des actions en faveur des patients atteints de maladies chroniques, les acteurs de santé au cœur de la prise en charge n'intègrent pas toujours les médecins conseils dans le processus d'accompagnement.
- 3 niveaux doivent être distingués dans la prise en charge médicale des maladies chroniques : le médecin traitant (en lien avec le pharmacien, l'IDE, le SSIAD...), le spécialiste, les services spécialisées, centres de référence.  
Or, la place de chacun n'est pas toujours connue ou reconnue :
  - Difficultés de « passer la main » au médecin généraliste
  - Relai non pris par la médecine ambulatoire car pas organisée et/ou formée, problématique de rémunération.
  - Les associations d'usagers ne sont pas toujours associées à l'établissement du programme personnalisé.

Au vu de ces constats, les objectifs opérationnels n°2 et 3 sont affichés.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Objectif opérationnel</u><br>Eclairer le patient pour le rendre acteur dans la gestion de sa maladie                                | <u>Priorité 1 :</u><br>Objectifs 1-5, 2-1<br><u>Priorité 2 :</u><br>Objectif 6-1, 6-2                                                      |
| <u>Objectif opérationnel</u><br>Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique un plan d'accompagnement personnalisé        | <u>Priorité 1 :</u><br>Objectifs 2-3, 3-1, 3-2<br><u>Priorité 2 :</u><br>Objectif 5-4<br><u>Priorité 4 :</u><br>Objectifs 11-1, 11-3, 12-1 |
| <u>Objectif opérationnel</u><br>Eviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire | <u>Priorité 1 :</u><br>Objectifs 2-3, 3-1, 3-2<br><u>Priorité 2 :</u><br>Objectif 5-4<br><u>Priorité 4 :</u><br>Objectifs 11-1, 11-3, 12-1 |
| <u>Objectif opérationnel</u><br>Adapter les actions de prévention aux besoins                                                          | <u>Priorité 1 :</u><br>Objectifs 1-1, 1-2, 1-4, 1-6<br><u>Priorité 4 :</u><br>Objectifs 10-1                                               |

|                                                            |                                                                                |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Maladies chroniques</b> | <b>Eclairer le patient pour le rendre acteur dans la gestion de sa maladie</b> |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | <u>GENERALISER ET ORGANISER DE MANIERE PLURIDISCIPLINAIRE LE TEMPS DE L'ANNONCE:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confier aux structures de références (réseaux régionaux, associations de professionnels et d'usagers...) l'élaboration de référentiels pour chaque grande maladie (Cancer, Insuffisances respiratoire et cardiaque, affections neurologiques, Diabète, VIH)</li> <li>➤ En organiser la communication au moyen d'outils communs de partage de l'information.</li> <li>➤ Mener une réflexion avec les établissements de santé, les réseaux et les acteurs de santé du champ ambulatoire pour aboutir à un maillage territorial des compétences de psychologues.</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | <u>FAIRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE UNE COMPOSANTE OBLIGATOIRE DE L'ACCOMPAGNEMENT</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Afin de généraliser et professionnaliser l'ETP, confier aux structures de références (réseaux régionaux, associations de professionnels et d'usagers...) l'élaboration de référentiels pour chaque grande maladie.</li> <li>➤ Partage des référentiels existants (HAS ...) et à venir par l'élaboration d'outils techniques de mise en commun</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseaux Régionaux, Association d'usagers, URPS, Assurance maladie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <u>Transmission</u> aux patients et <u>acquisition</u> par les patients de l'information et des explications/gestes nécessaires à la meilleure compréhension et gestion de leur maladie<br><br><b>Indicateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation des référentiels</li> <li>▪ % de professionnels ayant pris connaissance des référentiels aux moyens des outils techniques de partage de l'information.</li> <li>▪ Trace descriptive de la consultation d'annonce dans les dossiers des patients</li> <li>▪ Trace descriptive dans les dossiers des patients des actions d'éducation thérapeutiques mises en œuvre</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SRP<br>Volet Ambulatoire du SROS PRS<br>Volet Cancer, IRC, médecine, du SROS-PRS versant hospitalier<br>Thématique transversale AVC |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer<br>Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)<br>... |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Objectif opérationnel<br>Maladies chroniques                                                      | Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique un plan d'accompagnement personnalisé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mesure n°1<br>   | <u>OPERER POUR CHAQUE PATIENT UN DIAGNOSTIC DE SA SITUATION PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELLE</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faire élaborer par un collège de professionnels (Assistants sociaux, IDE, Education Nationale, Psychologues) une grille de diagnostic qui pourra être utilisée préalablement au temps d'annonce par tous les professionnels qui auront à élaborer un plan d'accompagnement personnalisé.</li> <li>➤ Organiser la diffusion de cette grille par la création d'un outil d'information commun.</li> </ul>                                                                                                                                   |
| Mesure n°2<br>   | <u>POSITIONNER CLAIREMENT CHAQUE NIVEAU D'ACCOMPAGNEMENT EN PRIVILEGIANT LE MEDECIN TRAITANT EN TANT QUE PIVOT DES INFORMATIONS ET DES ETAPES DU SUIVI.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborer une cartographie des professionnels susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques.</li> <li>➤ Construire un arbre décisionnel (fonction d'un cahier des charges) permettant la bonne orientation au bon moment des patients atteints de maladies chroniques.</li> <li>➤ Assurer la diffusion sécurisée et rapide de l'information par l'utilisation d'un système d'information, existant ou à venir</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | <u>ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT AU VIEILLISSEMENT ET AU HANDICAP DES PATIENTS ATTEINTS DE MC :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aider à l'accompagnement médico-social des personnes atteintes en sensibilisant les acteurs du champ médico-social au fait que certaines structures existantes ou à venir (appartements de coordination thérapeutiques) peuvent correspondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | URPS, Faculté de médecine, Réseaux régionaux, Assurance Maladie, Conseils Généraux, MDPH, Médecine du travail, associations usagers, associations de formation continue de médecins                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p>Assurer l'adaptation des parcours de prise en charge</p> <p><b>Indicateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation des référentiels, cartographies et fiches type</li> <li>▪ Trace dans le dossier patient du diagnostic psy-socio-professionnel</li> <li>▪ Trace dans le dossier patient des différentes étapes du parcours</li> <li>▪ Cahier des charges des futurs appels à projets médico-sociaux.</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Prévention  
 Schéma Médico-social  
 SROS-PRS versant ambulatoire  
 Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS versant hospitalier  
 Thématique transversale AVC

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer  
 Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)  
 ...

|                                                            |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Maladies chroniques</b> | <b>Eviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire</b> |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | <u>ORGANISER L'INFORMATION ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE.</u><br><br>Il est indispensable que ces actions soient à destination d'un maximum de professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens...) et soient menées autour d'un tronc commun. |
| Mesure n°2<br> | <u>ENCOURAGER LES EXPERIMENTATIONS RELATIVES AUX MODES DE COOPERATIONS PLURIDISCIPLINAIRES</u> (notamment réseaux, maisons de santé/pôle de santé, équipe mobile, consultations avancées...)                                                           |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Assurance maladie, Faculté de médecine, associations de formation continue de médecins, Ecole santé publique, URPS.                                                                                                                                    |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assurer la continuité des parcours de prise en charge<br><br><b>Indicateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de formations interprofessionnelles organisées</li> <li>▪ Nombre d'actions d'information interprofessionnelles organisées</li> <li>▪ Maillage territorial des différents modes de coopération pluridisciplinaires</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SROS-PRS versant ambulatoire<br>Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS<br>Thématique transversale AVC |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer<br>Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)<br>... |

|                                                            |                                                      |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Maladies Chroniques</b> | <b>Adapter les actions de prévention aux besoins</b> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | <u>COMPLÉTER L'OBSERVATION DES MALADIES CHRONIQUES ET L'ANALYSE DE LEURS CAUSES</u><br>➤ Confier à l'ORSAS une étude actualisée des maladies chroniques et de leurs déterminants (comportementaux également)<br><br>Les sources possibles de cette étude : données PMSI et Assurance Maladie, informations détenues par les professionnels du champ ambulatoire (notamment médecins et pharmaciens). |
| Mesure n°2<br> | <u>RENDRE LISIBLE L'ORGANISATION DES ACTEURS DE PREVENTION PRIMAIRE</u><br>➤ En fonction des résultats de l'étude visée précédemment, le rôle de chacun (effecteurs et financeurs) doit être défini dans un document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire (sous forme d'atlas par exemple)                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Assurance maladie, Etablissements de Santé, Ecole santé publique, URPS, ORSAS, Education Nationale, Administration Pénitentiaire, médecine du travail                                                                                                                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Disposer d'une base de données analysées sur l'évolution des maladies chroniques en Lorraine<br><br><u><b>Indicateurs :</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Synthèse de l'étude actualisée des maladies chroniques</li> <li>▪ Atlas des acteurs de prévention primaire</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schéma prévention<br>Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS<br>Thématique transversale AVC |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer<br>Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)<br>... |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | L'approche globale des travaux, fondée sur la notion de parcours, implique la nécessité de mettre en œuvre les mesures préconisées sur l'ensemble de la région. |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                                 |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                 |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                                                 |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                                                 |

## Prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

### Axe 1 - Prévention

**Orientation n°1.1. : prévenir le handicap évitable et le vieillissement pathologique (prévention primaire)**

#### Diagnostic

##### **Une prévention primaire possible avant la naissance**

1% des enfants nés chaque année présentent une déficience sévère, soit 270 enfants en Lorraine.

Or un certain nombre de handicaps ont une origine connue et de ce fait sont évitables. C'est le cas pour la période périnatale de la grande prématurité évitable, de l'effet délétère de l'alcool pendant la grossesse (Syndrome d'Alcoolisme Fœtal), du tabac (hypotrophie, accouchements prématurés, hypoxie fœtale), de certains agents infectieux, dont la contamination peut être évitée par la vaccination (rubéole, rougeole, varicelle) ou par l'application de mesures simples (prévention de la maladie des inclusions cytomégalliques et des anomalies de fermeture du tube neural). C'est aussi le cas des facteurs sociaux (violences interfamiliales, perturbations du lien mère-enfant, précarité), dont l'évolution est croissante.

La prévention des anomalies neuro développementales évitables chez le jeune enfant, acte de prévention primaire s'impose donc à plusieurs titres et ce d'autant que des mesures simples peuvent être mises en place.

Les accidents domestiques représentent une des principales causes des hospitalisations et des traumatismes graves de l'enfant, générateurs de handicaps éventuels.

##### **Prévention en direction des personnes âgées : focus sur le plan national « bien vieillir » 2007-2009**

L'augmentation rapide de l'espérance de vie moyenne depuis le début du siècle met en évidence le rôle important des facteurs extrinsèques (conditions de vie et de travail, nutrition, amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène, et les progrès de la médecine).

Le programme national "bien vieillir" visait à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation.

Le plan a été mis en œuvre par des appels à projets conjoints CNSA-DGAS-DGS identifiant et soutenant des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations).

Les actions en faveur des personnes âgées sont relativement marginales : elles ne représentent que 2% des actions financées par le GRSP en 2009.

| Objectifs opérationnels<br>PA/PH - Prévention                                                              | Lien avec les priorités<br>et objectifs PSRS                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prévenir les anomalies neuro développementales évitables du jeune enfant                                   | Priorité 1, objectifs 1.2 et 1.6<br>Priorité 2, objectifs 4.1 à 4.6<br>Priorité 3, objectifs 7.1 et 7.2 |
| Prévenir les accidents domestiques pour le jeune enfant et les conduites à risque chez les adolescents     | Priorité 2, objectif 4.2                                                                                |
| Prévenir les troubles de la conduite et du comportement surajoutés chez les adolescents accueillis en ESMS | Priorité 2, objectifs 4.2, 4.3 et 4.6<br>Priorité 3, objectif 7.3                                       |
| Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention en ESMS et à domicile                       | Priorité 2, objectifs 4.2 et 4.4<br>Priorité 4, objectif 12.1                                           |
| Soutenir la prévention des accidents du travail, de la route et des accidents de la vie quotidienne        | Priorité 2, objectifs 4.2 et 4.3                                                                        |
| Soutenir des actions ciblées vers les personnes âgées pour éviter le vieillissement pathologique           | Priorité 1, objectif 1.2<br>Priorité 2, objectif 4.4<br>Priorité 3, objectifs 7.5 et 7.6                |

|                                                       |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Prévenir les anomalies neuro développementales évitables du jeune enfant</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Prévenir et prendre en charge les comportements addictifs des futures mères (cf. SROS périnatalité, dépistage et prise en charge tabagisme)<br>Garantir l'accès à l'EPI (entretien prénatal individuel) à toutes les futures mères                                         |
| Mesure n°2<br>   | Prévenir les infections évitables (mise à jour des vaccinations)<br>Renforcement des mesures d'hygiène simples                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br>   | Harmoniser les pratiques obstétricales, en lien avec le Réseau périnatal lorrain.                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°4<br>  | Prendre en compte la dimension sociale (favoriser le développement des staffs médico-sociaux à l'initiative des maternités – articulation avec les acteurs sociaux)                                                                                                        |
| Mesure n°5<br> | Veiller à l'accompagnement global (accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention, projet de vie pour la mère et l'enfant, projet professionnel) des futures mères isolées pour lesquelles les départements ont compétence en matière d'accueil et d'hébergement |
| Mesure n°6<br> | Soutenir tous les dispositifs facilitant le lien mère-enfant (allaitement maternel, ateliers massage, groupes de parole, d'éducation à la santé, relais d'information dans les établissements, lieux parents-enfants, ludothèque, psychologue)                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine et Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Réseau Périnatal Lorrain, professionnels libéraux et acteurs sociaux (CCAS) conseils généraux et collectivités territoriales, établissements hospitaliers                                                                                                                  |

|                         |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mesure CO expiré pour toute future mère<br>Accès au traitement substitutif pour les femmes dépendantes<br>Généraliser l'accès à une compétence sociale<br>Promouvoir l'allaitement maternel | Indicateur n°<br>Nombre de futures mères ayant bénéficié d'une mesure du CO expiré<br>Taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets SROS-PRS périnatalogie, génétique,<br>Thématiques transversales addictologie, santé mentale, enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Note de cadrage périnatalité<br>Lutte tabagisme            |



|                                                       |                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Prévenir les accidents domestiques pour le jeune enfant et les conduites à risque chez les adolescents</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Soutenir et aider la 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 |
| Mesure n°2<br> | Développer les actions de prévention des conduites à risque chez les adolescents (cf. thématiques transversales adolescence, addictologie)                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec l'éducation nationale                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | PMI, CG, IRES, CCAS, éducation nationale                                                                                                                                                                            |

|                         |                                          |                                                                                          |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amplification des messages de prévention | Indicateur n°<br>Nombre d'actions de prévention relayées par l'ARS sur son site internet |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales enfance et adolescence, addictologie, santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan Addictologie                                                 |

|                                                       |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Prévenir les troubles de la conduite et du comportement surajoutés<br/>chez les adolescents accueillis en ESMS</b> |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer la prise en charge de ce public (en lien avec l'ASE, constituer un groupe de travail au niveau de chaque délégation territoriale, avec la PJJ, la psychiatrie, les ESMS, pour une étude fine du parcours de vie de chacun de ces jeunes et des échanges de pratiques entre professionnels) |
| Mesure n°2<br> | Prévenir les addictions des adolescents dans les ESMS                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Psychiatrie, ESMS, PJJ, MDPH, CMPP                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Connaissance de la dizaine de situations par département de jeunes réputés « violents et ingérables »<br>Mise en place de protocole de prévention et de traitement des crises | Indicateur n°<br>Nombre de droits de retrait exercés par les professionnels<br>Nombre de conventions avec le secteur psychiatrique |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                        |
| Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale, addictologie<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                       |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention en ESMS et à domicile</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

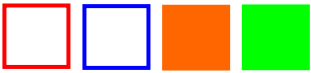
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>            | Promouvoir l'éducation à la santé dans les ESMS accueillant des enfants et des adolescents                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°2<br>            | Contrôler l'état vaccinal des personnes en situation de handicap enfant et adultes accueillis en ESMS (rougeole +++)                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br>            | Contrôler l'état vaccinal des personnes âgées accueillies en ESMS (coqueluche, BK, tétanos et grippe)                                                                                                                                                                                   |
| Mesure n°4<br>            | En fonction des conclusions du Haut Conseil de Santé Publique, soutenir de façon ciblée dans les ESMS la prévention du cancer du col par la vaccination                                                                                                                                 |
| Mesure n°5<br>    | Sensibiliser les personnes vulnérables (dont PA et PH) à l'intérêt de prendre en charge leur santé : face aux difficultés de la vie rencontrées, elles ne considèrent pas la santé comme une priorité et se sentant dévalorisées, ne s'estiment pas en capacité de prendre soin d'elles |
| Mesure n°6<br>    | Permettre l'accès et promouvoir la participation des personnes vulnérables (dont PA et PH) à des actions de promotion, d'éducation pour la santé et de prévention adaptées                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESMS, professionnels de santé, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                         |                                                                                                        |
|-------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la couverture vaccinale | Indicateur n°<br>Taux de couverture vaccinale (rougeole pour les enfants, grippe en Ehpad, coqueluche) |
|-------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                         |
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Recommandations nationales du HCSP<br>PRAPS                       |

|                                                       |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Soutenir la prévention des accidents du travail, de la route et des accidents de la vie quotidienne</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

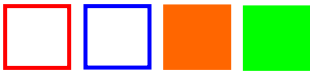
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Relayer les campagnes nationales de prévention au niveau régional ou infra régional en cohérence avec les projets locaux existants                                         |
| Mesure n°2<br> | En lien avec le volet addictologie, contribuer au développement des mesures de prévention contre les addictions, en particulier sur les lieux du travail et sur les routes |
| Mesure n°3<br> | Adapter les prestations de médecine du travail aux besoins identifiés dans les entreprises accueillant des travailleurs handicapés (entreprises adaptées, ESAT...)         |
| <b>Pilotage</b>                                                                                 | DIRRECTE et préfecture                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ARS Lorraine                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                          |                                                                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Renforcement de la présence du médecin du travail en ESAT (formalisation par convention) | Indicateur n°<br>Nombre de salariés en ESAT ayant bénéficié d'une visite de médecine de travail dans l'année |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales addictologie, santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan addictologie<br>Cf. inspection du travail                    |

|                                                       |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Soutenir des actions de prévention ciblées vers les personnes âgées pour éviter le vieillissement pathologique</b> |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Inciter et former les professionnels à repérer les situations à risque de chute à domicile, afin de proposer des actions de prévention <b>ciblées</b> répondant aux recommandations de l'HAS et de l'INPES |
| Mesure n°2<br>   | Inciter et former les professionnels à repérer les situations à risque de désocialisation liées à l'incontinence afin de proposer un traitement adapté                                                     |
| Mesure n°3<br>   | Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées : mettre en œuvre en région, en direction des personnes âgées, l'axe 3 mesures 1 à 3 du PNNS 2011-2015                          |
| Mesure n°4<br>   | Améliorer la qualité de la prise en charge de la dénutrition en Ehpad, sur la base des recommandations nationales : cf. programme GDR en Ehpad sur le thème nutrition                                      |
| Mesure n°5<br> | Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les populations âgées : mettre en œuvre en région l'axe 2 mesure 2 du PNNS 2011-2015                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Conseils généraux, CLICs, réseaux, CARSAT, caisses de retraite, mutuelles, Assurance Maladie, CCAS, associations....                                                                                       |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Améliorer l'espérance de vie en bonne santé</b><br>L'espérance de vie en bonne santé se définit comme l'espérance de vie sans limitation d'activité (ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatismes). Son amélioration permet de limiter et de retarder la dépendance.<br>En France, en 2007, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est estimée à 64,2 ans pour les femmes. Elle est plus faible pour les hommes (63,1 ans). | Indicateur n°<br>Nombre d'actions de prévention relayées par l'ARS sur son site internet |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Schéma régional de prévention  
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

### **Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012  
Plan Alzheimer 2008-2012  
Plan bien vieillir 2007-2009  
Evaluation du plan national bien vieillir 2007-2009, Haut Conseil de la Santé Publique, décembre 2010.  
Programme National Nutrition Santé 2011-2012  
Rapport de Mme Valérie Rosso-Debord sur la dépendance, juin 2010.  
Rapports des travaux nationaux sur la dépendance, juin 2011 (en particulier le groupe 1 : société et vieillissement)  
Rapport de CESE : la dépendance des personnes âgées, juin 2011.  
Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, rapport présenté par M. André Trillard, juin 2011.  
Contribution écrite du CODERPA 54 en annexe.

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées : recommandations HAS, avril 2009.  
Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile : référentiel de bonnes pratiques, document INPES, 2005.

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |

## Orientation n°1.2. : dépister précocement et évaluer précisément les déficiences (PH), et les pathologies propres au vieillissement (prévention secondaire)

### Diagnostic régional et territorial

#### Précocité du diagnostic et de l'évaluation

Le dépistage et l'évaluation précoce des déficiences chez l'enfant doivent être une priorité à plusieurs titres. Le diagnostic de déficience engage l'avenir de l'enfant mais permet aussi très tôt de mettre tout en œuvre pour développer les « capacités » de l'enfant (plasticité cérébrale), accompagner les familles et aider à prévenir le « sur handicap » (psychologique, social).

**Structures de dépistage** : cf. bilan du PSRS

#### Iatrogénie médicamenteuse

Les personnes de plus de 65 ans représentent 16% de la population française et environ 40 % de la consommation de médicaments en ville

- La polymédication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée polypathologique : le risque iatrogénique est alors majoré
- La iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires

Ces données nationales de la HAS sont naturellement transposables en Lorraine.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Faciliter le dépistage le plus précoce possible des déficiences                                                                          | Priorité 2, objectifs 4.1<br>Priorité 3, objectif 7.2              |
| Garantir l'évaluation multidisciplinaire globale, précoce et précise de la situation de tout enfant handicapé (déficiences et capacités) | Priorité 2, objectif 5.1 à 5.3                                     |
| Accompagner l'enfant et sa famille dans le dépistage, l'évaluation et le suivi                                                           | Priorité 2, objectifs 5.3, 6.1<br>Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4 |
| Prévenir la iatrogénie chez les personnes âgées                                                                                          | Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.5                                 |



|                                                       |                                                                        |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Faciliter le dépistage le plus précoce possible des déficiences</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Pérenniser le dépistage des enfants à risque grâce au réseau « RAFAEL »                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mesure n°2<br> | Pour les enfants, nés sans risque particulier, en lien avec les spécialistes, sensibiliser les acteurs de la petite enfance, (médecin traitant, puéricultrice et médecin de PMI, personnel des crèches, assistants(e) maternel (le)s) au dépistage des troubles du développement et des anomalies sensorielles |
| Mesure n°3<br> | Généraliser le dépistage néonatal de la surdité dans les maternités                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseau Rafael, PMI, CG, personnels de santé, CRA...                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmenter le nombre d'enfants vus par le réseau Rafael<br>Généraliser le dépistage néonatal de la surdité en région Lorraine<br>Abaisser l'âge moyen du diagnostic pour certains troubles dont l'autisme | Indicateur n°<br>Nombre d'enfants vus par le réseau Rafael |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS<br>Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Note de cadrage sur la périnatalité 2011 (cf. annexe)<br>Plan autisme<br>Plan maladies rares |

|                                                       |                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Garantir l'évaluation multidisciplinaire globale, précoce et précise de la situation de tout enfant handicapé (déficiences et capacités)</b> |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer la lisibilité par la gradation des dispositifs existants (CAMSP-Pédiatrie spécialisée, Génétique-CMP-CRA-CMPP-CLAP-SESSAD) et clarifier le rôle de chacun |
| Mesure n°2<br> | Recentrer l'activité des CAMSP sur l'évaluation (70%) par rapport au suivi (30%)                                                                                    |
| Mesure n°3<br> | Améliorer la coordination des dispositifs existants en lien avec la PMI, légitime dans ce rôle                                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CG, MDPH, CAMSP-Pédiatrie spécialisée, Génétique-CMP-CRA-CMPP-CLAP-SESSAD), établissements et services médico-sociaux                                               |

|                         |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Des liaisons formalisées entre les différents acteurs<br>Un accès à la connaissance de tous les dispositifs pour les usagers et les professionnels<br>Diminution des délais d'attente pour accéder au CAMSP et CMPP | Indicateur n°<br>Délais d'attente pour accéder aux centres de recours : CRA, CAMSP et CLAP |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS<br>Thématique transversale enfance et adolescence,<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Note de cadrage sur la périnatalité 2011 (cf. annexe)<br>Plan autisme<br>Plan maladies rares |

|                                                       |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Accompagner l'enfant et sa famille dans le dépistage, l'évaluation et le suivi</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | En lien avec la PMI (enfants de moins de 6 ans), sur chaque territoire, permettre à l'enfant en situation de handicap et à sa famille de bénéficier des dispositifs de droit commun (accueil petite enfance) (accompagnement des professionnels, sensibilisation au handicap...) |
| Mesure n°2<br> | En lien avec la MDPH, évaluer annuellement le nombre de cas notifiés et s'assurer pour chacun d'entre eux de l'existence et du suivi d'un projet d'orientation                                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | MDPH, CG                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | DOSAAT, éducation nationale, CAMSP, CMP, CMPP, pédiatrie spécialisée, communes et intercommunalités, DRJSCS                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                              |                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de l'accès aux dispositifs de droit commun aux enfants en situation de handicap | Indicateur n°<br>Données de la MDPH sur les orientations et leur suivi |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS<br>Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                       |                                                   |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Prévenir l'iatrogénie chez les sujets âgés</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>    | Limiter la prescription de benzodiazépines en Ehpad (cf. programme de GDR)                                                                                      |
| Mesure n°2<br>    | Limiter la prescription de neuroleptiques chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer en Ehpad (cf. programme de GDR)                                    |
| Mesure n°3<br>    | Assurer la sécurité du circuit du médicament en Ehpad, en intégrant le pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARS Lorraine                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ESMS - association des médecins coordonnateurs - ordre des pharmaciens - URPS                                                                                   |

|                         |                                                     |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Baisse du nombre d'accidents iatrogéniques en Ehpad | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme de GDR                                                  |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## **Orientation n°1.3. : Prévention des complications des déficiences et des pathologies du vieillissement (prévention tertiaire)**

### **Diagnostic régional et territorial**

Le handicap (quelque soit l'âge) est la résultante sur les activités et la participation à la vie sociale de l'interaction entre des facteurs personnels comme les altérations de structures et fonctions du corps et les facteurs environnementaux, qui se comportent comme facilitateurs ou obstacles. Toute action empêchant en amont la survenue de cette limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale, participe à la prévention du handicap. Il en est ainsi de la promotion de la santé tout au long de la vie, du jeune en situation de handicap (pour éviter le surpoids, les pathologies buccodentaires, les comportements addictifs, les troubles psychologiques...) comme de la personne âgée (suicide, déficiences sensorielles, pathologies buccodentaires, dénutrition...).

La prévention tertiaire en matière de perte d'autonomie consiste donc à amoindrir les conséquences et notamment les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées par exemple, à un accident ou à une maladie chronique.

L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de la participation à la vie sociale. De même, l'amélioration de l'accompagnement de la personne, par une politique de compensation efficace, a des conséquences en matière de préservation, de restauration ou d'acquisition de l'autonomie et constitue par conséquent une action de prévention tertiaire.

**Le dispositif des GEM**, initié par la loi du 11 février 2005, est une alternative aux prises en charge classique et participe de manière effective à l'amélioration des conditions de vie des personnes souffrant d'un handicap psychique ou des personnes atteintes d'un traumatisme crânien : il s'agit d'un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale.

Depuis 2005, 16 GEM bénéficient d'un financement en région Lorraine et l'efficacité de ce dispositif conduit à insister sur son utilité et la nécessité d'en développer l'accès sur l'ensemble de la région Lorraine.

### **Santé bucco-dentaire**

Au niveau national, de nombreuses études en ont fait la preuve : la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale mais également un indicateur d'intégration sociale.

Une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie (douleurs, stress, sommeil...). Notre région n'échappe pas à ce constat d'enjeu majeur de santé publique qui par ailleurs est traité en région Lorraine sous l'angle de la GDR, pour le moment, sur le thème de la nutrition en EHPAD.

A noter que cette problématique est vraie pour les personnes handicapées (enfants et adultes) tant à domicile qu'en institutions et pour les personnes âgées qu'elles soient ou non également en établissement.

En Lorraine, et ce de façon quasi identique sur l'ensemble des départements, il ressort des groupes de travail du SROMS que les personnes âgées et handicapées sont limitées pour ne pas dire « empêchées » dans leur accès à la santé bucco-dentaire, parce que l'environnement n'est pas favorable en termes d'accessibilité. Cette notion d'accessibilité ne se cantonne pas seulement au bâti et peut être émotionnelle (difficulté de prise en charge pour la personne handicapée), financière (le temps de soins est souvent accru) voire émaner d'une méconnaissance de l'information (prévention, orientation). Sur ce dernier point, une des solutions mise en avant par le groupe de travail, pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et handicapées, est de sensibiliser et former l'entourage familial et professionnel (favoriser l'implication des aidants professionnels et naturels).

Lors d'une étude réalisée en 2006 par la CNAMTS portant sur 8401 enfants de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un établissement pour polyhandicapés, France entière, il apparaissait que 77% des enfants nécessitaient une action de prévention : ces résultats sont transposables à la Lorraine.

| Objectifs opérationnels                                                                                                 | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Améliorer l'état de santé des personnes en situation de handicap tout au long de la vie                                 | Priorité 1, objectif 1.2<br>Priorité 2, objectif 4.4<br>Priorité 3, objectif 7.6 |
| Prévenir le sur handicap psychique et les troubles des traumatisés crâniens                                             | Priorité 1 objectif 1.3<br>Priorité 3 objectif 7.3<br>Priorité 3 objectif 9.4    |
| Améliorer le dépistage des pathologies bucco dentaires et les déficiences sensorielles (personnes âgées et handicapées) | Priorité 1 objectif 2.2<br>Priorité 2 objectif 4.2                               |

|                                                       |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Améliorer l'état de santé des personnes en situation de handicap tout au long de la vie</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | 60% des enfants d'un IME sont en surpoids ou obèses : mettre en place dans les EMS des programmes d'éducation à la santé et de prévention du surpoids                                    |
| Mesure n°2<br>  | Les enfants en institution ne bénéficient pas du programme d'éducation à la santé M'Tdents de la Cnamts : inscrire la Lorraine comme région expérimentale pour ce programme dans les EMS |
| Mesure n°3<br>  | Il y a plus de 30% de tabagisme dans les EMS : en lien avec la thématique transversale addictologie, assurer une campagne de prévention du tabagisme dans les EMS                        |
| Mesure n°4<br> | Prévenir les autres addictions au sein des ESAT et des lieux de vie des personnes en situation de handicap                                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | ESMS, Cnamts, CG, associations gestionnaires                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                              |                                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Organisation de la diffusion des campagnes nationales vers les populations fragiles en situation de handicap | Indicateur n°<br>Nombre d'ESMS ayant bénéficié de la campagne M'Dents |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                     |
| Thématiques transversales addictologie, chirurgie dentaire<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                                                |
| PNNS<br>Plan obésité<br>Plan addictologie<br>Besoins en santé bucco dentaire des enfants et adolescents en IME ou établissement pour polyhandicapés : étude CNAMTS 2006<br>Rapport de la mission « handicap et santé bucco dentaire », secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, juillet 2010 |



|                                                       |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Prévenir le sur handicap psychique et les troubles des traumatisés crâniens</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Soutenir les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)<br>- ils représentent un dispositif particulièrement adapté à la situation et aux besoins des personnes atteintes de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise<br>- conforter le maillage territorial par 4 GEM |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | GEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                         |                           |                                         |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | 4 nouveaux GEM à financer | Indicateur n°<br>Nombre de GEM financés |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales santé mentale, AVC<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                      |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>PA / PH - Prévention | <b>Améliorer le dépistage des pathologies bucco dentaires et des déficiences sensorielles (personnes âgées et handicapées)</b> |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Sensibiliser les médecins coordonnateurs au dépistage en diffusant les expérimentations existantes en Ehpad (dépistage buccodentaire par les médecins coordonnateurs formés par exemple)                                 |
| Mesure n°2<br> | Sensibiliser les médecins coordonnateurs au dépistage en diffusant les expérimentations existantes en Ehpad (dépistage des troubles visuels par les médecins coordonnateurs formés)                                      |
| Mesure n°3<br> | Favoriser la mise en place de formations à destination des familles, des personnels médico éducatifs et des aidants professionnels à domicile, selon les recommandations du rapport « handicap et santé bucco-dentaire » |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et Service Médical de l'Assurance Maladie                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Ordre et URPS des chirurgiens dentistes                                                                                                                                                                                  |

|                         |  |                                                                              |
|-------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> |  | Indicateur n°<br>Nombre de projets d'établissements intégrant ces dépistages |
|-------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale chirurgie dentaire<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport de la mission « handicap et santé bucco dentaire », secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, juillet 2010 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |

## **Orientation n°1.4. : favoriser le lien social et lutter contre l'isolement**

### **Diagnostic régional et territorial**

**Les données sur l'isolement** sont pratiquement inexistantes au niveau régional ou départemental ; cependant, les échanges dans les groupes de travail ont fait une large place aux problèmes liés à la solitude et l'isolement ; des personnes âgées ou handicapées, mais également de leurs aidants, le regard de la société et les réactions devant des comportements atypiques produisant un sentiment de honte qui conduit les familles à réduire les occasions de contact.

Les professionnels du secteur constatent que les repas portés à domicile ne sont pas toujours consommés, et une enquête locale a fait apparaître une proportion importante de personnes ayant pris tous leurs repas seules, 365 jours de l'année.

Cet isolement va de pair avec le nombre élevé d'états dépressifs et le fort taux de suicide chez les personnes âgées notamment.

Une part non négligeable des personnes âgées dépendantes se trouvent en situation d'isolement (25% des plus de 75 ans en perte d'autonomie d'après l'enquête « *les solitudes en France* » de la Fondation de France menée en juillet 2010) : pour elles, le recours à des aidants non familiaux est décisif.

Les proches ne sont pas épargnés et plus de la moitié des conjoints de malades d'Alzheimer développent une dépression. Il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les 3 années qui suivent le début de la maladie de leur proche.

Selon l'enquête HSM de la DREES, 83 % des aidants auprès des personnes âgées de 60 ans et plus sont membres de la famille (dont les alliés) mais 5% sont des amis, 3% des voisins et 9% d'autres personnes encore.

### **Suicide**

Sur la période 2005-2007, on recense en moyenne 426 décès annuels par suicide, dont les 3/4 chez des hommes (sachant qu'il existe une sous-déclaration évaluée à 20%). Sur la période 2006-2008, on recense en moyenne 3900 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, dont les 2/3 concernent des femmes.

Entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007, on observe en Lorraine, une augmentation de 16% du taux de mortalité par suicide alors qu'en France, sur la même période, le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%.

22,5% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

La comparaison des territoires lorrains au regard des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide (moyennes annuelles) distingue notamment les départements de la Meuse et des Vosges où les prévalences sont les plus importantes.

**L'Enquête Handicap-Santé auprès des aidants (HSA)** réalisée en 2008 par la DREES évalue à 4,3 millions de personnes de 16 ans ou plus qui aident régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral une personne de 60 ans ou plus vivant à domicile et présentant un problème de santé ou un handicap.

Parmi ces aidants, 54% sont des femmes.

Les situations d'aide sont extrêmement variables, en fonction de la pathologie de la personne aidée, des configurations d'aide (aidant solitaire ou plusieurs aidants, cohabitant ou non), ou encore de la situation de l'aidant lui-même : si plus de la moitié des aidants sont retraités, quatre aidants sur 10 sont en emploi.

Aussi les réponses doivent-elles être diversifiées pour offrir des solutions adaptées à toutes les situations : par exemple, les accueils de jour doivent être accessibles aux conjoints ne pouvant plus conduire, mais également une amplitude d'ouverture suffisante pour ceux qui ont une activité professionnelle.

| Objectifs opérationnels                       | Lien avec les priorités et objectifs PSRS             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Développer l'aide aux aidants                 | Priorité 3, objectif 7.4                              |
| Lutter contre l'isolement des personnes âgées | Priorité 3, objectif 7.3<br>Priorité 4, objectif 11.3 |

|                                                             |                                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>PA / PH - Prévention</b> | <b>Développer l'aide aux aidants</b> |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|

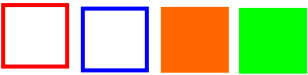
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer les informations/formations d'aide aux aidants<br>L'ARS finance en 2011 73 actions de formation d'aide aux aidants dans le cadre du plan Alzheimer ; il serait souhaitable d'élargir le bénéfice de ces formations aux autres aidants (handicap, cancer....) |
| Mesure n°2<br> | Développer les plateformes de répit<br>2 plateformes pourront être financées en Lorraine en 2011, et 2 en 2012                                                                                                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Promouvoir en lien avec les associations, les groupes de paroles, bistrot et cafés-mémoire                                                                                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CLICs, CCAS, associations de familles                                                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                |                                                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diminuer la fréquence des périodes de crises<br>Améliorer la santé des aidants | Indicateur n° :<br>enquêtes auprès des personnes ayant bénéficié des dispositifs |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan Alzheimer<br>Plan « bien vieillir »<br>Plan Autisme<br>Programme d'actions contre le suicide 2011-2014 |

|                                                       |                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>PA / PH - Prévention</b> | <b>Lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées</b> |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Promouvoir au sein des EHPAD une réelle culture d'animation ouverte vers l'extérieur.                                                                                                               |
| Mesure n°2<br>  | Favoriser le logement des PA en « Résidence Accompagnée » ex : CAPS et CG 54                                                                                                                        |
| Mesure n°3<br>  | Promouvoir les STAPA (service téléphonique d'appel aux personnes âgées, en lien avec les municipalités)                                                                                             |
| Mesure n°4<br> | Faciliter la mise en œuvre des mesures à même de lutter contre l'isolement des personnes handicapées, en lien avec les associations, les collectivités territoriales et les animateurs territoriaux |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine, Conseils généraux                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | CCAS, associations                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                              |                                                                                                   |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Nouveaux modes d'habitat des personnes âgées | Indicateur n°<br>Nombre de projets d'établissement prévoyant une ouverture de l'EHPAD sur la cité |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale<br>Thématique transversale santé mentale<br>Programme national de prévention du suicide 2011-2014 |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan « bien vieillir »                                            |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |



## Axe 2 – Offre de services

### Orientation n°2.1 : améliorer la connaissance des besoins et de l'offre

#### Diagnostic régional et territorial

Dès la phase de réalisation de l'état des lieux du PSRS, volet handicap et vieillissement, il est rapidement apparu que les données relatives aux besoins des personnes relevant du champ médico-social étaient éparpillées, parcellaires, voire indisponibles, notamment sur le secteur des personnes handicapées :

Ce constat est partagé par les partenaires du champ médico-social : ainsi le schéma départemental 2009-2013 du Conseil Général des Vosges a-t-il défini un axe 1 de ses orientations stratégiques intitulé « Mieux observer et s'organiser ensemble pour mieux répondre à l'évolution des besoins »

Le schéma de l'autonomie 2010-2015 du Conseil Général de la Moselle constate un « foisonnement d'indicateurs disparates..... » et le « manque de consolidation et de partage de ces informations » ; son orientation n°11 s'intitule : « organiser et pérenniser un observatoire des besoins »

La lecture des schémas départementaux, récemment renouvelés, est extrêmement riche en renseignements, surtout sur le champ des personnes âgées : âges, niveau de dépendance, revenus, aides dispensées, services disponibles, places vacantes en EHPAD, listes d'attente...

Ces données, disponibles, mériteraient d'être organisées.

L'ex-CRAM du Nord-est avait initié une plate-forme d'observation régionale, que l'actuelle CARSAT souhaite relancer. Ce sujet a été abordé lors du débat sur la dépendance en Région.

La gestion des listes d'attente est également une préoccupation majeure de Conseils Généraux : Moselle et Meurthe et Moselle, après avoir élaboré des dossiers uniques de demande en EHPAD, expérimentent des outils informatiques permettant de connaître les retours des admissions en établissement et les places disponibles.

L'ARS dispose des données issues de la base FINESSE, qui sont strictement quantitatives, et des résultats des enquêtes organisées par la Direction Recherche Etude Evaluations et Statistiques (DREES) du ministère.

Mais la dernière enquête ES portant sur les personnes accueillies dans les établissements et services pour personnes handicapées date de 2006, et ne peut rendre compte de l'impact de la loi de 2005 sur la scolarisation des enfants handicapés.

L'enquête EHPA date de 2007, et son exploitation au niveau régional a été très réduite.

Le manque de données est particulièrement bloquant sur le secteur du handicap :

Le rapport IGAS de novembre 2010 qui portait sur le bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH soulignait : « *Au-delà des décisions d'allocation et d'orientation des CDA, les MDPH ont la responsabilité du suivi des personnes et le recueil de données générales de suivi. Sur ces deux points, la question des liens entre les MDPH, le secteur médico-social et les agences régionales de santé (ARS) est posée. Les progrès attendus en matière de planification régionale et départementale en dépendent* ».

La CNSA lançait chaque année, une enquête dite de « pression de la demande » auprès des DDASS qui la renseignait conjointement avec les MDPH, généralement par interrogation directe des établissements et services ; cette collation des listes d'attente multiplie les doublons, et ne permet pas de connaître précisément le besoin réel des personnes, le nombre de demandes par défaut de structures adaptées étant difficilement évaluable (de même que les personnes accueillies dans une structure par défaut)

L'ARS de Lorraine a reconduit cette enquête mi 2011, avec la même interrogation quant à la fiabilité des données recueillies : en Moselle par exemple, 997 demandes d'admission en ESAT non satisfaites sont recensées, pour une capacité existante de 2290 places.

Les « amendements Creton » permettent le maintien dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent. Cette population de jeunes adultes mérite une attention toute particulière pour plusieurs raisons.

La question de cette population (nombre et caractéristiques individuelles) est posée pour la Lorraine. Une étude de ce type est en cours au CG57.

En ce qui concerne l'offre de services, structures et dispositifs destinées aux personnes handicapées, depuis la disparition du CREAL de Lorraine, il n'existe plus d'annuaire ou cartographie accessible aux professionnels et au grand public. La mise en place du CRA a permis de rendre plus lisible l'offre à destination des autistes.

Ce manque a été fréquemment souligné dans les groupes de travail.

Les conseils généraux diffusent largement l'information sur le champ des personnes âgées.

| Objectifs opérationnels                                                                        | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evaluer le nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état | Priorité 2, objectif 5.6<br>Priorité 4, objectifs 10.1 et 10.2                            |
| Garantir une information au public et aux professionnels sur l'offre existante                 | Priorité 2, objectifs 6.1 et 6.2<br>Priorité 3, objectif 8.2<br>Priorité 4, objectif 11.1 |

|                                                          |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Evaluer le nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Coordonner l'agrégation régionale des données existantes pour améliorer la connaissance des besoins (participer à la plate-forme régionale d'observation initiée par la CARSAT du Nord-est et à son extension à la région, aux dispositifs d'observation des Conseils Généraux...) |
| Mesure n°2<br>   | Réaliser ou faire réaliser des enquêtes complémentaires sur des populations particulières, (CRETON, adolescents en situation de handicap, troubles chroniques du comportement, enfants et adultes accueillis en Belgique).                                                         |
| Mesure n°3<br>   | Exploiter les données des MDPH lorsque les logiciels seront renseignés et leur contenu récupéré par la CNSA                                                                                                                                                                        |
| Mesure n°4<br> | Promouvoir un système d'informations partagées relatif au parcours de vie de la personne âgée (domicile - établissement sanitaire - établissement ou service médicosocial), afin d'affiner la connaissance des listes d'attente, des délais et des besoins                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | MDPH (CNSA), Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | ARS, CG, MDPH, CARSAT, ESMS                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                     |                                                                      |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la connaissance des besoins pour adapter la planification | Indicateur n°<br>Nombre d'enquêtes sur des populations particulières |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PDHI 2010                                                         |

|                                                          |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Garantir une information au public et aux professionnels sur l'offre existante</b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Constituer une cartographie et un annuaire des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées (afin d'améliorer la lisibilité de leur parcours)                             |
| Mesure n°2<br> | Constituer une cartographie et un annuaire des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de handicap afin d'améliorer la lisibilité de leur parcours (handicap psychique, traumatisés crâniens, SESSAD.....) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ESMS, associations, DIRECCTE....                                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                                   |                                                                          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diffusion de l'information par le biais du site internet de l'ARS | Indicateur n°<br>Nombre de consultations du site internet par thématique |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## Orientation n°2.2 : adapter les réponses à la spécificité de chaque handicap

### Diagnostic régional et territorial

1) Les troubles spécifiques du langage (TSL) sont des troubles où les modalités normales « d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement et ne sont pas attribuables à des anomalies neurologiques, à des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement et s'accompagnent souvent de problèmes associés de lecture, d'orthographe, de perturbations des relations interpersonnelles, de troubles émotionnels, de troubles du comportement. (Définition : réf.OMS Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes- 10<sup>ème</sup> révision, CIM 10). Ils concerneraient 4 à 5% des enfants avec 1% de formes graves.

Cette déficience pose 2 questions a) son dépistage et son évaluation

b) sa prise en charge et son accompagnement

a- Dépistage et évaluation: A ce jour, les 4 MDPH sollicitées sur le nombre de notifications « TSL ou troubles des apprentissages » ne peuvent donner de réponse. La MDPH 54 fait état de 150 à 200 TSL sur 3788 dossiers notifiés avec une grande variabilité dans la sévérité des troubles, certaines demandes de notification étant faites uniquement pour avoir une aide à la scolarisation.

L'entrée dans la déficience est souvent générée par l'échec scolaire

Le CLAP fait état d'un délai de 12 mois pour l'obtention d'un rendez-vous et de 160 dossiers traités par an.

4 éléments sont nécessaires pour l'évaluation et la notification MDPH : l'examen médical pour confirmer l'absence de trouble neurologique associé, l'évaluation psychologique, les tests d'intelligence, un bilan orthophonique, tous éléments qui peuvent être réalisés en dehors du CLAP

b- Accompagnement et prise en charge :

En 2009, à partir de données issues des établissements et services (109 réponses d'EMS ou services sur 174) 762 enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ont été recensés, 264 en institut pour déficients auditifs, 319 en CMP, 24 en CMPP, 22 en CAMSP, 27 en ITEP, 106 en IME et SESSAD.

L'origine géographique des enfants est pour 17, hors Lorraine ; 355 du 54 ; 58 du 55 ; 240 du 57 ; 92 du 88.

2/3 de garçons ; 1/3 filles

Sur 762 enfants, le lieu de scolarisation n'est pas connu pour 46. La scolarisation a essentiellement lieu dans les classes de l'EN.. Les taux pour le 88 sont de 85% ; 71% pour le 54 ; 64% pour le 57 ; 63% pour le 55 mais 12 enfants non scolarisés. La scolarisation relève essentiellement de l'EN en Moselle, des établissements d'accueil en 54

Ces données parcellaires ne permettent pas d'apprécier la question de la couverture des besoins. Les délais d'attente de rendez-vous, et les interpellations récurrentes des services par les familles, devant une impossibilité de scolarisation en classe ordinaire, renforcé par le ressenti (non quantifié) des professionnels et des MDPH convergent vers une problématique, dont le nombre est en augmentation, mais pour laquelle il est nécessaire de préciser l'âge, la gravité, les associations, le pronostic en matière d'apprentissage.

2) **Le handicap psychique** : La nouvelle loi du 11 février 2005 définit le handicap dans son article 2, comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques** (...) ». La prise en compte de la dimension psychique dans cette définition très large du handicap englobe ainsi toutes les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont des répercussions dans la réalisation des activités quotidiennes et/ou compromettent la scolarité, la formation, l'activité professionnelle et/ou des activités sociales et citoyennes. Différents plans nationaux offrent aussi une certaine reconnaissance au handicap psychique, comme le plan santé mentale. Les professionnels du secteur psychiatrique insistent, dans la définition du handicap psychique, sur ses conséquences sociales (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation, etc.) dues en partie au sentiment d'étrangeté que suscite, chez les autres, certains comportements.

Ils pointent en particulier le caractère imprévisible de ce handicap, par la variabilité de ses troubles (handicap instable) mais aussi par la difficulté pour l'entourage d'identifier et de comprendre les manifestations de ce handicap (handicap non visible).

Au vu de la prévalence des troubles psychiques graves et persistants dans la population et des constats sur les handicaps résultant de ces troubles, le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques pour leur vie quotidienne et leur participation sociale, auquel ne peuvent seules répondre les actions de soins, se pose avec ampleur et de manière souvent aiguë. D'autant que ces quarante dernières années, beaucoup de patients ont quitté l'hôpital où ils passaient leur vie, pour la cité.

Environ 5% de la population serait concernée par la maladie psychique.

Il est important de souligner qu'il s'agit d'un handicap fluctuant nécessitant des réponses adaptées. De plus, il est nécessaire de dé-stigmatiser le handicap psychique, l'objectif principal étant de réadapter les personnes pour une meilleure reconnaissance sociale.

**3) Les personnes atteintes d'autisme ou de TED:** Le plan national autisme 2008-2010 prévoit 3 axes majeurs : mieux connaître l'autisme et les TED pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner, diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux.

En termes d'épidémiologie, les dernières données de l'Has estiment le taux de prévalence pour les TED à 6 à 7/1000, dont l'autisme (2/1000), dont les TED avec retard mental (3/1000), pour la tranche des 20-59 ans. Toutefois, on est face à des situations très variées.

En Lorraine, la mise en place du dispositif médico-social de ressources sur l'autisme en 2005 (CRA et ses antennes) a permis d'améliorer considérablement le diagnostic précoce de l'autisme chez le jeune enfant. Il a permis de constituer un véritable réseau de professionnels, d'associations et d'ESMS autour de la prise en compte de l'autisme. Une population en 570 et 3000 personnes de moins de 20 ans est estimée présenter des troubles du spectre autistique.

5% des enfants vus dans les CAMSP sont diagnostiqués « TED ».

Les constats en matière d'offre de santé montrent une insuffisance de formation des professionnels de santé pour le dépistage et l'évaluation précoces, des délais d'attente de 4 à 6 mois pour le premier rendez-vous et un délai de même ordre entre le bilan et la synthèse, un manque d'homogénéité dans les évaluations des MDPH. Or la difficulté du dépistage précoce entraîne un retard dans la prise en charge précoce et constitue de ce fait un frein à la socialisation de l'enfant. L'évaluation des capacités de l'enfant autiste doit être réalisée par un ensemble de tests orthophoniques, psychomoteurs, neuropsychiques, préalables indispensables pour apprécier les fonctions cognitives et les possibilités de communication autres dans un souci d'interactivité. Ces nécessités sous-entendent une formation des intervenants auprès de ces enfants (interventions sur le langage, sur les interactions sociales, méthode ABA, programme TEACCH).

D'un point de vue régional, il existait au 01/01/2010 174 places autisme enfant autorisées, dont certaines non encore installées.

**4) le polyhandicap :** les personnes polyhandicapées sont des enfants et adultes atteints de déficience grave et durable, dues à des causes variées le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises, liées à des accidents ou à des affections progressives et dégénératives, entraînant une restriction extrême de leur autonomie nécessitant un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soin communication et socialisation, ainsi qu'un accompagnement proche et individualisé. Les contraintes du polyhandicap s'évaluent par les handicaps associés. Les handicaps ne s'additionnent pas, ils se multiplient. Les atteintes cérébrales ne permettent pas une compensation des handicaps physiques (moteurs et sensoriels).

La prévalence du polyhandicap est de 1,8 pour mille chez les moins de vingt ans, et s'élève à 2,5 pour mille chez les moins de soixante ans.

Le plan « polyhandicap » prévu depuis 2005 n'a jamais vu le jour.

**5) les personnes atteintes d'un traumatisme crânien ou cérébro-lésées:** le traumatisme crânien est un handicap "invisible" qui nécessite un accompagnement individualisé continu, avec un cadre bien défini; Les familles ont besoin d'une écoute et d'un soutien.

Il n'existe pas de taux de prévalence mais des incidences annuelles : le TC concerne environ 250 cas pour 100 000 habitants et 75% des victimes ont moins de 35 ans.

| Objectifs opérationnels                                                                                                   | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organiser une offre graduée adaptée à chaque situation de handicap, en favorisant une réponse de droit commun             | Priorité 4, objectifs 5.1 et 5.2<br>Priorité 4, objectifs 10.2, 10.4 et 11.2                                  |
| Prendre en compte les spécificités de chaque handicap : TSL, dyspraxies et déficiences sensorielles                       | Priorité 2, objectif 5.2<br>Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3 |
| Offrir un accompagnement adapté et spécialisé au handicap psychique et introduire une souplesse dans les prises en charge | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |
| Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (enfants)                                                     | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |
| Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (adultes)                                                     | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |
| Accompagner les besoins spécifiques des enfants polyhandicapés et plurihandicapés                                         | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |
| Construire une filière de prise charge adaptée pour les traumatisés crâniens et cérébro-lésés                             | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |
| Construire une filière de prise charge adaptée pour personnes atteintes d'AVC                                             | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4<br>Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3                             |



|                                                          |                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Organiser une offre graduée adaptée à chaque situation de handicap, en favorisant une réponse de droit commun</b> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Offrir à chaque personne en situation de handicap une prise en charge de proximité, sous réserve qu'elle soit adaptée à ses besoins et à son parcours de vie |
| Mesure n°2<br>   | Identifier des structures de référence à vocation régionale (recours, enseignement, diffusion des bonnes pratiques, évaluation, formation...)                |
| Mesure n°3<br>   | Formaliser les coordinations entre la proximité et le recours (accompagnement des prises en charge et accompagnement des professionnels)                     |
| Mesure n°4<br>   | Développer les coordinations entre les acteurs de proximité (professionnels de santé, autres ESMS..) sur un territoire donné.                                |
| Mesure n°5<br> | Développer des compétences spécifiques pour l'accompagnement de chaque type de handicap dans les SESSAD généralistes                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | CLAP, CRA, établissements sanitaires et médicosociaux pour personnes en situation de handicap, professionnels de santé...                                    |

|                         |                                                        |                                                                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la structuration de l'offre et sa lisibilité | Indicateur n°<br>Enquête ES (à compléter par les données MDPH lorsque les outils seront fonctionnels) |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                          |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Prendre en compte les spécificités de chaque handicap (TSL, dyspraxies et déficiences sensorielles)</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

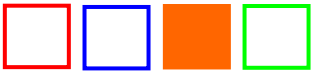
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Assurer l'accès à une évaluation précise et le plus précocement possible de la déficience sensorielle ou d'un TSL au niveau de la Région<br>Valider les bilans diagnostiques réalisés en Moselle, à l'IES, pour les déficients sensoriels et les TSL |
| Mesure n°2<br>   | Recentrer l'activité des établissements spécialisés sur leurs compétences d'évaluation ou de centre de ressource régional et développer un réseau de professionnels en capacité de poursuivre les actions initiées par l'établissement spécialisé.   |
| Mesure n°3<br>   | Développer des compétences spécifiques sur les déficients sensoriels dans les SESSAD généralistes                                                                                                                                                    |
| Mesure n°4<br> | Pour les troubles spécifiques du langage, structurer au niveau régional, une filière dédiée, en lien avec le CLAP, MDPH, CMP, CMPP, IES, orthophonistes libéraux avec une approche de prévention et de prise en charge.                              |
| Mesure n°5<br> | Pour les troubles de l'apprentissage, mener une réflexion avec l'Education Nationale les MDPH et l'ARS, dans l'objectif de partager un vocabulaire et des référentiels communs.                                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine, EN, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | MDPH, CLAP, IES ; INJS, IJS, Pédiopsychiatrie, EMS                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                              |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Validation des bilans TSL réalisés à l'IES de Metz<br>Regroupement de tous les acteurs pour une organisation régionale de la filière TSL (Définition et prise en charge harmonisées, élargissement des acteurs potentiels pour l'évaluation). | Indicateur n°<br>Délai d'attente de rendez vous au CLAP (rapport d'activité) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                         |
| SROS Génétique<br>Thématique transversale enfance, adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico sociale |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Plan maladies rares<br>Programme Education Nationale       |

|                                                          |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Offrir un accompagnement adapté et spécialisé au handicap psychique et introduire une souplesse dans les prises en charge</b> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Développer et pérenniser dans chaque bassin de vie, les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br>   | Evaluer les GEM qui sont des dispositifs indispensables à la réadaptation de la personne handicapée psychique, et rationaliser et développer l'offre                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°3<br>   | Renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques pour leur offrir un meilleur accompagnement vers l'emploi et dans l'emploi:<br>* En développant les stages en entreprise (cf. Alpha Moselle)<br>* En développant la pré orientation psy avec prise en charge séquentielle, face à l'augmentation des demandes d'évaluation de capacités des PH psychiques et de prises en charge en stages d'orientation (cf. IRR Nancy) |
| Mesure n°4<br> | Trouver une solution de prise en charge pour les « inadéquats » en psychiatrie, sous réserve d'avoir évalué précisément les besoins et les demandes d'orientations vers des ESMS                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine, Conseils généraux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | MDPH, DIRRECTE, GEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Nb de places de SAVS et SAMSAH, nb de GEM pérennisés et nouveaux GEM, renforcement des structures de pré orientation<br><br>Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements.<br>Augmentation du nombre de GEM pour handicapés psychiques |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                |
| Thématique transversale santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico sociale |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                   |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Plan santé mentale<br/>Plan pluriannuel de création de places en ESMS</p> |

|                                                          |                                                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (enfants)</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>            | Développer le dépistage et l'évaluation précoces en identifiant et coordonnant les centres d'évaluation                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°2<br>            | Harmoniser les évaluations (cahier des charges), par la diffusion et l'accompagnement des bonnes pratiques                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br>            | Favoriser l'approche globale et intégrée (thérapeutique, éducative, pédagogique) centrée sur l'évaluation et l'accompagnement pédo-psychiatrique, complétée par l'équipe pluridisciplinaire formée (cf. formations de formateurs nationales EHESP en cours, à destination des professionnels), sur un territoire donné |
| Mesure n°4<br>            | Coordonner l'intervention des SESSAD – CRA – psychiatrie et travailler sur l'autonomie sociale des autistes                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°5<br>    | Inciter à la formation des professionnels de la petite enfance au repérage des troubles du spectre autistique                                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°6<br>    | Renforcer la coordination avec les actions de l'Education Nationale (inspecteurs spécialisés et enseignants référents)                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°7<br>    | Poursuivre la requalification de places spécifiques pour enfants autistes en IME                                                                                                                                                                                                                                       |
| Mesure n°8<br>    | Créer par redéploiement des places de SESSAD spécifiques autisme                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESMS, CRA, psychiatrie, MDPH, EN, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                     |                                            |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Harmonisation de la prise en charge | Indicateur n°<br>Délai d'attente au<br>CRA |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|

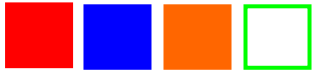
| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet génétique du SROS-PRS<br>Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico sociale |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------------|

|              |
|--------------|
| Plan autisme |
|--------------|

|                                                          |                                                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (adultes)</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer l'évaluation globale des adultes autistes en termes de diagnostic, de parcours de vie et d'évaluations fonctionnelles, par le renforcement du CRA et de ses équipes                        |
| Mesure n°2<br> | Améliorer la spécificité de la prise en charge en évaluant les pratiques professionnelles, pour une prise en charge adaptée                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Accompagner les personnes autistes sans déficience dans l'insertion professionnelle                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br> | Faciliter la transition entre établissements pour enfants et adultes, en prévoyant des places d'accueil de jour ou HT en MAS, ou prévoyant des stages de 6 mois dans les établissements pour adultes |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Secteur psychiatrique, ESMS, CRA, MDPH, Conseils Généraux                                                                                                                                            |

|                         |                                                          |                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la fluidité du parcours des personnes autistes | Indicateur n°<br>Nombre de jeunes bénéficiant d'une immersion en structure pour adultes en accueil de jour<br>Nombre de personnes formées au corpus commun de connaissances sur l'autisme |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux                                         |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan autisme<br>PRITH                                             |



|                                                    |                                                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Offre de services</b> | <b>Accompagner les besoins spécifiques des enfants polyhandicapés et plurihandicapés</b> |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Garantir les conditions d'accompagnement à domicile aux enfants en situation de polyhandicap et une continuité des réponses institutionnelles, adapté à cet âge de la vie et à ses besoins (Service de soins à domicile : SSAD complémentaire des dispositifs existants : cf. projet expérimental 88) |
| Mesure n°2<br> | Mise en place d'un dispositif expérimental de service sur un territoire, pour la prise en charge des enfants polyhandicapés à domicile                                                                                                                                                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CG, PMI, associations, CAMSP, professionnels de santé libéraux et établissements et services médico-sociaux                                                                                                                                                                                           |

|                         |                                                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la condition des enfants poly et pluri handicapés et de leur famille, dans le respect de leur choix | Indicateur n°<br>Nombre d'enfants polyhandicapés maintenus à domicile (données MDPH) |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux d'organisation médico sociale           |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Objectif opérationnel<br>Offre de services                                                        |  | Construire une filière de prise en charge adaptée pour les personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées                                                                            |                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          |  | Libellé                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                            |
| Mesure n°1<br>   |  | Construire une filière assurant la continuité de la prise en charge entre sanitaire et médicosocial, renforcer le rôle de l'UEROS dans sa mission de coordination des différents acteurs |                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br>   |  | Prévoir une structure innovante à la sortie de l'hôpital (phase d'éveil) pour éviter la rupture de prise en charge                                                                       |                                                                                                                                            |
| Mesure n°3<br>   |  | Créer des places supplémentaires dédiées en EMS pour désengorger les SSR                                                                                                                 |                                                                                                                                            |
| Mesure n°4<br>   |  | Maintenir la diversité des réponses possibles et la souplesse entre dispositifs (SAVS, SAMSAH, GEM), améliorer la réactivité des MDPH dans les décisions d'orientation                   |                                                                                                                                            |
| Mesure n°5<br>  |  | Adapter la prise en charge dans les EMS, au niveau architectural (contrôle des accès par exemple)                                                                                        |                                                                                                                                            |
| Mesure n°6<br> |  | Faciliter l'intégration sociale des TC et de leur famille pour rompre l'isolement, renforcer et pérenniser certains dispositifs existants (GEM, maison relais)                           |                                                                                                                                            |
| Pilotage de l'objectif                                                                            |  | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |
| Partenaires                                                                                       |  | UEROS, établissements sanitaires et médico sociaux, secteur social, médecine du travail                                                                                                  |                                                                                                                                            |
| Résultat attendu                                                                                  |  | Eviter les ruptures de prise en charge et faciliter l'intégration sociale                                                                                                                | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de places nouvelles adaptées en MAS<br>Augmentation des GEM à destination des traumatisés crâniens |

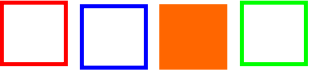
|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales AVC et santé mentale<br>Schémas départementaux |
|--------------------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| Décret du 17/03/2009 (UEROS) |
|------------------------------|

|                                                   |                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Offre de services | <b>Construire une filière de prise charge adaptée pour personnes atteintes d'AVC</b> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Construire une filière assurant la continuité de la prise en charge entre sanitaire et médicosocial autour de l'UNV (animateur de filière)                             |
| Mesure n°2<br> | Créer des places supplémentaires en MAS et FAM                                                                                                                         |
| Mesure n°3<br> | Maintenir la diversité des réponses possibles et la souplesse entre dispositifs (SAVS, SAMSAH, GEM), améliorer la réactivité des MDPH dans les décisions d'orientation |
| Mesure n°4<br> | Adapter la prise en charge dans les EMS pour les patients très lourdement handicapés                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | UNV, établissements sanitaires et médico sociaux, secteur social, médecine du travail                                                                                  |

|                         |                                                                           |                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Eviter les ruptures de prise en charge et faciliter l'intégration sociale | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de places nouvelles adaptées en MAS |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                  |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales AVC et Santé mentale<br>Schémas départementaux |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Plan national AVC                                          |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |

## **Orientation n°2.3 : améliorer l'offre de service à destination de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap**

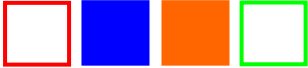
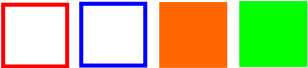
### **Diagnostic régional et territorial**

L'offre de service à destination de l'enfant et de l'adolescent en situation de handicap doit s'entendre dans sa globalité, c'est-à-dire tenir compte de l'offre en matière de dépistage, d'évaluation, d'accueil dans une structure ou d'accompagnement par un service adapté, de soutien à domicile, de prestations utiles, d'accès à tous les dispositifs de droit commun..., ceci afin de permettre la réalisation du projet de vie de l'enfant.

Or un certain nombre de constats ont pu être faits dans les groupes de travail lors des travaux d'élaboration du SROMS : Ils tiennent soit aux particularités de la population concernée (vulnérabilité des enfants ASE en situation de handicap, spécificités de certains handicaps. TSL, TCC, TED ... Amendement Creton...), soit au manque de lisibilité et de structuration de l'offre médicale et médico-sociale qui nécessitent d'être plus structurées, plus coordonnées, plus homogènes, globales, mieux adaptées à chaque situation, et enrichies de toutes les avancées et connaissances dans ce domaine.

| <b>Objectifs opérationnels</b>                                                                           | <b>Lien avec les priorités et objectifs PSRS</b>                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Faciliter la lisibilité et l'accès à l'offre en matière de handicap chez le petit enfant                 | Priorité 2, objectif 5.4<br>Priorité 3, objectif 8.2<br>Priorité 4, objectifs 11.2 et 11.3 |
| Permettre à chaque enfant et adolescent en situation de handicap de réaliser son projet de vie           | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2                                       |
| Développer des réponses adaptées pour les adolescents à forts troubles de la conduite et du comportement | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2                                       |
| Rendre au dispositif Creton son caractère transitoire                                                    | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2                                       |

|                                                          |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Faciliter la lisibilité et l'accès à l'offre en matière de handicap chez le petit enfant</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Permettre aux familles de bénéficier d'un référent dès l'annonce du handicap (assistante sociale de secteur, médecin PMI, médecin traitant, CAMSP, pédiatre...)                     |
| Mesure n°2<br> | Favoriser toute initiative permettant aux familles de bénéficier d'un accompagnement personnalisé (temps de répit : accès aux haltes-garderies de droit commun, lieux d'écoute....) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ESMS, CAMSP, PMI, médecins traitants, pédiatres...                                                                                                                                  |

|                         |                                                                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Lisibilité du dispositif<br><br>Indicateur n°<br>Mise en ligne du dispositif sur le site de l'ARS |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>           |
| Volet génétique du SROS-PRS<br>Thématique transversale enfant-adolescent |

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                   |
| Plans maladies rares, autisme<br>Programme pluriannuel de création de place en établissement et service (2008-2012) |

|                                                          |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Permettre à chaque enfant et adolescent en situation de handicap de réaliser son projet de vie</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Promouvoir une scolarisation, un apprentissage, une formation adaptée ou l'accès à l'enseignement supérieur à tout enfant ou adolescent en situation de handicap en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé (en particulier par la mise en œuvre et l'actualisation des conventions EMS - éducation nationale)                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br>  | Promouvoir une intégration naturelle et spontanée des enfants en situation de handicap dans les activités de la cité ou au sein des MS, en particulier par le biais de conventions avec les associations et en associant les familles et par le recours au référent « sport handicap » au sein des DDCCS (chargés de former et sensibiliser les personnels des mouvements associatifs et sportifs sur le plan pédagogique et d'adapter les locaux pour favoriser la mixité des publics) |
| Mesure n°3<br> | Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge des adolescents en situation de handicap                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine, Education nationale, DRJSCS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Associations, collectivités territoriales et Conseils Généraux, DIRECCTE, ESMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                                                                                                                      |                                                                                  |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la collaboration ESM - éducation nationale. Augmentation du nombre d'inscriptions d'enfants en situation de handicap dans les associations sportives | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de conventions EMS - éducation nationale |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets génétique du SROS-PRS<br>Thématiques transversales enfants-adolescents et santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plans maladies rares, autisme                                     |



|                                                   |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Offre de services | <b>Développer des réponses adaptées pour les adolescents à forts troubles de la conduite et du comportement</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Répondre aux besoins de prise en charge pour des jeunes à forts troubles de la conduite et du comportement par des dispositifs expérimentaux adaptés (coordination des acteurs...)          |
| Mesure n°2<br> | Articuler la prise en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète séquentielle, en établissement médico social et permettre un accompagnement éducatif                   |
| Mesure n°3<br> | En lien avec la thématique transversale santé mentale, développer les prises en charge « mixtes » adultes et infanto-juvéniles pour les 16-25 ans en mutualisant les moyens des deux champs |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Education nationale, ASE, Conseils Généraux, PJJ                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Pédopsychiatrie                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Elaboration pour chaque adolescent en ESMS d'un projet de vie adapté<br><br>Gestion des situations difficiles (environ 10 par département) d'adolescents en situation de handicap en ESMS | Indicateur n°<br>Nombre de droits de retrait exercés par les professionnels<br>Nombre de conventions avec le secteur psychiatrique |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Lien avec le schéma de protection de l'enfance des CG             |

|                                                          |                                                              |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Rendre au dispositif Creton son caractère transitoire</b> |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Inciter à un temps d'accueil limité avec les EMS afin que le dispositif ne serve pas de remplacement à un accueil plus adéquat            |
| Mesure n°2<br> | Permettre pour cette population vulnérable l'élaboration de perspectives d'avenir (existence d'un projet de vie, suivi de l'orientation.) |
| Mesure n°3<br> | Eviter les situations de retour au domicile familial sans accompagnement (données recueillies dans le groupe de travail)                  |
| Mesure n°4<br> | Développer un accompagnement adapté des jeunes en situation d'amendement « Creton » (dispositif expérimental, coordination, référent...)  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, MDPH et Conseils Généraux                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ESMS, DIRRECTE.....                                                                                                                       |

|                         |                                                            |                                                                               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réduction de la durée d'accueil des « amendements Creton » | Indicateur n°<br>Age moyen des « amendements Creton » dans les établissements |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## Orientation n°2.4 : favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

### Diagnostic régional et territorial

L'intégration professionnelle des personnes handicapées est un élément fondamental pour leur participation à la société et leur accès à une vie autonome.

Par ailleurs, cette intégration est indissociable d'un accompagnement social et médico-social parallèle.

Les pratiques des MDPH varient d'un département à l'autre : certains autorisent les doubles orientations (par ex. ½ temps en ESAT et ½ temps en FAS), d'autres pas.

L'ARS a en responsabilité directe une partie du champ du travail protégé (ESAT, CRP, UEROS) ; ces structures subissent une double évolution :

- au niveau du public accueilli : vieillissement des personnes handicapées, prévalence croissante du handicap psychique et précarisation d'une partie des usagers
- au niveau du contexte économique : sortie vers l'emploi de plus en plus complexe, budgets commerciaux en tension, exigences de technicité de plus en plus élevée

- La DIRECCTE s'occupe du milieu ordinaire de travail :

\* des demandeurs d'emploi (+16 ans) accompagnés par les CAP' emploi avec une politique d'accès à l'emploi (formation/qualification/adaptation à l'offre d'emploi).

\* les demandeurs d'emploi non inscrits au pôle emploi, les salariés handicapés : politique de maintien dans l'emploi (cas également de salariés devenus handicapés suite à un accident).

Il existe un besoin important de places en entreprises adaptées, en particulier pour les jeunes handicapés.

Au niveau des travaux de planification régionaux, une articulation doit être nécessairement faite entre le SROMS et le PRITH (programme régional d'insertion des travailleurs handicapés) : Ce plan sera lancé par la DIRECCTE en septembre 2011. Il fixe une politique régionale qui sera déclinée au niveau départemental et associe la DIRECCTE, le conseil régional, l'AGEFIPH, le FIPHFP, pôle emploi et cap emploi. 3 objectifs :

Coordination régionale de l'insertion des TH

Porter à la connaissance des acteurs de terrain les dispositifs de droit commun

Répondre aux besoins d'adaptation à l'emploi des TH.

Un des axes forts sera le maintien dans l'emploi des salariés devenus handicapés

| Objectifs opérationnels                                                                                                                    | Lien avec les priorités et objectifs PSRS        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Accompagner les entrées, prises en charge et sorties d'ESAT                                                                                | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4 |
| Offrir un accompagnement social et médico-social aux travailleurs handicapés et à leurs familles, en milieu ordinaire et en milieu protégé | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4 |
| Faciliter l'accès en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap (sortant d'IMPro ou de l'Education Nationale)               | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4 |

|                                                          |                                                                    |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Accompagner les entrées, prises en charge et sorties d'ESAT</b> |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

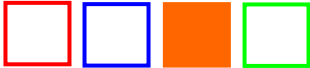
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Articuler le dispositif d'évaluation du travailleur handicapé (EMT), entre la MDPH et les établissements (ESAT), dans la perspective de faire émerger un projet professionnel adapté aux besoins et au choix de la personne                               |
| Mesure n°2<br>   | Développer des prises en charge adaptées aux sujétions particulières de certains types de handicap : accueil à temps partiel ou séquentiel... pour répondre aux besoins des travailleurs handicapés vieillissants et handicapés psychiques en particulier |
| Mesure n°3<br>   | Mettre en œuvre un dispositif coordonné permettant de rechercher une solution de sortie adaptée et un suivi de la personne. Trouver un médiateur neutre participant à l'articulation entre partenaires institutionnels.                                   |
| Mesure n°4<br> | Inciter les ESAT à persévérer dans les mises à disposition en milieu ordinaire, en développant les possibilités d'accompagnement du projet d'intégration                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine, CG                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | MDPH – cap emploi – associations pyramide, DIRECCTE .....                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                                                                                                                               |                                                                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place d'un dispositif départemental<br>Création de places nouvelles en ESAT<br>Nombre de conventions d'appui (mise à disposition en milieu ordinaire) | Indicateur n°<br>Nombre de places à temps partiel / objectif 10% |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                      |
| Schémas départementaux<br>PRITH<br>Plan ministériel d'investissement en ESAT 2011-2013 |

|                                                          |                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Offrir un accompagnement social et médico-social aux travailleurs handicapés et à leurs familles, en milieu ordinaire et en milieu protégé</b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

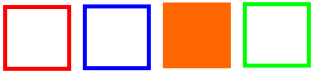
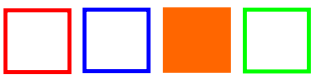
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Renforcer la prise en charge éducative en ESAT en développant l'offre parallèle en SAVS et SAMSAH                                                           |
| Mesure n°2<br> | Prendre en compte les problématiques d'hébergement et de vie sociale des travailleurs handicapés, en offrant une palette de réponses adaptées et évolutives |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS et Conseils généraux                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | MDPH, DIRECCTE, ESMS                                                                                                                                        |

|                         |                                                                             |                                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diminuer le nombre de ruptures dans le parcours des travailleurs handicapés | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux                                         |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| PRITH                                                             |

|                                                          |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Faciliter l'accès en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap (sortant d'IMPro ou de l'Education Nationale)</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Définir un parcours individualisé d'intégration professionnelle et son accompagnement pour les jeunes en situation de handicap (faciliter par exemple l'accompagnement des jeunes en alternance par l'accès aux Services d'Accompagnement aux Contrats en Alternance dans chaque département, par le biais d'un dispositif coordonné (lien avec le PRITH) |
| Mesure n°2<br> | Eviter les ruptures entre formation et monde du travail (par exemple : maintenir l'accompagnement, le suivi par l'IMPRO pendant 3 ans à la sortie de l'IME et dans l'attente d'une orientation en ESAT ou autre)                                                                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS et DIRECCTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | MDPH-CAP EMPLOI-AGEFIPH-Education Nationale                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                              |                                                                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Dispositif coordonné dans chaque département | Indicateur n°<br>% de jeunes sortants d'IMPro orientés en insertion professionnelle ou en alternance (tous types de contrats) : rapport d'activité des IMPro |
|-------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux                                         |

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                        |
| Lien avec le PRITH<br>Plan national de formation professionnelle (dispositifs de contrats en alternance) |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |



## **Orientation n°2.5 : améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile**

### **Diagnostic régional et territorial**

#### **Personnes en situation de handicap**

##### **Enfants :**

L'action des S.E.S.S.A.D. recouvre 3 dimensions, thérapeutique, éducative et pédagogique afin d'assurer deux fonctions complémentaires d'interface et de lien social d'une part, d'appui et de ressources en lien avec l'expertise du handicap, d'autre part.

Des observations ont été faites sur les SESSAD, tant sur leur mode de fonctionnement, que sur les modalités d'autorisation et de financement ainsi que sur la nécessité d'une harmonisation entre les 4 départements.

Manque de lisibilité des S.E.S.S.A.D. existants, de leur spécificité (capacités, types de handicaps, zone d'intervention...) sur l'ensemble de la Région.

Méconnaissance du rôle et des missions des S.E.S.S.A.D., de la part des familles, voire des professionnels.

Des situations départementales contrastées.

Une appréciation de la notion d'activité différente d'un département à l'autre, d'un S.E.S.S.A.D. à l'autre.

Des autorisations qui n'intègrent pas systématiquement la notion de périmètre d'intervention (géographique, types de handicaps).

Des coûts à la place qui ne prennent pas en compte la spécificité propre liée au type de handicap ni à la qualité de S.E.S.S.A.D. autonome ou rattaché à une structure d'hébergement.

Des listes d'attente de place en S.E.S.S.A.D. conséquentes, 271 pour la région dont 107 pour la Moselle, 62 pour les Vosges, 4 pour la Meuse, des orientations autres par la M.D.P.H. par défaut.

Manque de places de S.E.S.S.A.D. professionnel, aucun équipement dans certains départements.

Des situations prises en charge par les S.E.S.S.A.D. qui ont tendance à être plus lourdes que par le passé du fait d'un environnement social plus fragile.

Des disparités dans la prise en charge des frais de transport.

##### **Adultes :**

Si le plan national de création de places 2008-2012 a permis de diversifier les modes d'accompagnement des adultes handicapés en encourageant la création de places de SSIAD et de SAMSAH, la région Lorraine a un retard à rattraper en la matière : l'offre d'hébergement prédomine (94% des capacités totales). A noter également une certaine frilosité des départements à s'engager dans la démarche des SAMSAH.

#### **Personnes âgées**

A l'aune des rendus des différents groupes de travail réunis sur le thème du maintien à domicile, on peut affirmer que même si l'âge moyen de la dépendance a tendance à croître, le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible est persistant.

Cette volonté s'accompagne du souhait que ce maintien se fasse dans des conditions de vie agréables et acceptables.

L'approche régionale est confirmée par un sondage CSA sur ce thème élaboré en novembre 2010, « 87 % des enquêtés sont prêts à faire en sorte qu'une personne âgée de leur entourage puisse rester chez elle, que ce soit en lui rendant visite le plus souvent possible ou en faisant appel à une aide extérieure ». Par ailleurs, la préférence pour le domicile dépasse en outre l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées. Elle concerne l'ensemble des usagers, et pas seulement les PA, qui pour une cause ou une autre, sont confrontées à la nécessité d'être accompagnées dans l'organisation de leur vie quotidienne face à l'avancée en âge ou développant une pathologie.

Cette préférence des usagers est donc un élément fondamental à prendre en compte et nous conduit à poser la structuration des soutiens au maintien à domicile comme un objectif majeur de notre action.

Ce scénario du libre choix (maintien à domicile) implique un effort de développement de l'offre de services et de soins à domicile et de réduire les inégalités territoriales, notamment en termes de démographie médicale.

De plus, l'offre de « services » qu'elle soit à domicile ou alternative en établissement, est aussi le moyen de permettre à l'entraide familiale de jouer son rôle (ce que les personnes âgées et leur entourage souhaitent), sans faire peser sur les générations actives un poids trop lourd et facilite pour l'aidant le maintien des liens de qualité avec la personne aidée et son environnement.

Pour cela, il faut à la fois simplifier l'accès à l'offre de soins et aux prestations, former les professionnels pour répondre à la spécificité de cette maladie et soutenir les aidants.

Les accueils de jour et autres structures de répit sont des dispositifs-clés : en effet, s'agissant de l'accompagnement de personnes atteintes de troubles du comportement, les aidants sont souvent épuisés ; les orientations visant à fermer les structures inférieures à 6 places sont controversées ; le maintien de structure de proximité est nécessaire en milieu rural, et les participants ont souligné qu'un accueil de qualité pouvait être assuré en intégrant les personnes fréquentant l'accueil de jour aux activités des résidents.

Il est difficile d'évaluer combien des 363 places d'hébergement temporaires pour personnes âgées installées en Lorraine, sont utilisées en hébergement complet ; les arguments des gestionnaires peuvent être entendus : comment garder une chambre disponible, alors qu'il existe une liste d'attente, sachant que la vacance est pénalisante financièrement ?

Comme pour les accueils de jour, une réflexion est en cours au niveau national ; les orientations seraient le regroupement des places sur des établissements moins nombreux, et l'organisation de formation des gestionnaires à cette organisation particulière.

Les hébergements temporaires devraient offrir des séjours de rupture pour les personnes, et de répit pour les aidants.

Une autre fonction serait d'assurer un hébergement transitoire en sortie d'hospitalisation ou de SSR. Ce besoin de solutions d'aval sera accru avec le passage des SSR en T2A.

Un texte est annoncé pour :

- concentrer les places d'HT sur un nombre défini d'EHPAD dans chaque territoire de santé
- favoriser le développement d'un projet pour chaque service d'accueil temporaire, répondant aux objectifs fixés et viables avec un seuil d'activité minimal permettant un fonctionnement équilibré, avec une équipe de professionnels dédiée.

Le bilan à 6 mois de la structure expérimentale de Post-Urgence Orientation Gériatrique (durée de séjour autour de 5 jours) constate plus de 40 % de retours à domicile ou EHPAD, avec des difficultés pour ces retours lorsque le logement n'est pas adapté ou l'accompagnement familial défaillant.

Le plan Alzheimer prévoit des Equipes Spécialisées à domicile, qui sont constituées d'assistants de soins en gériatrie, d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens.

Il s'agit de proposer dès le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, une éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement et de mettre en place des soins de réhabilitation et de stimulation cognitive.

| Objectifs opérationnels                                                                                   | Lien avec les priorités et objectifs PSRS  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Optimiser et développer le dispositif des SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de handicap | Priorité 3, objectifs 8.2, 8.3, 9.1 et 9.2 |
| Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile à l'âge adulte                                       | Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4           |
| Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge                             | Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4           |
| Développer l'habitat alternatif et les structures intermédiaires                                          | Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4           |

|                                                          |                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Optimiser et développer le dispositif des SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de handicap</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

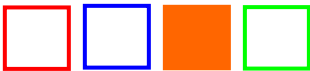
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Territorialiser les SESSAD                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br>   | Créer des SESSAD « généralistes », des SESSAD spécialisés, par redéploiement de places d'I.M.E. dont le T.O. est insuffisant ou par création ex nihilo pour une ouverture plus importante sur l'extérieur.            |
| Mesure n°3<br>   | Créer des places de S.E.S.S.A.D.-professionnels dans tous les départements                                                                                                                                            |
| Mesure n°4<br>   | Harmoniser entre les départements, les modalités d'autorisation des S.E.S.S.A.D. ainsi que les modalités de prise en charge des frais de transport au niveau des caisses d'Assurance Maladie et des Conseils Généraux |
| Mesure n°5<br> | Mener une réflexion sur l'intégration dans les notifications de la M.D.P.H., les modalités de transport et leur financement.                                                                                          |
| Mesure n°6<br> | Valoriser dans les forfaits, le temps de coordination, la spécificité propre liée au type de handicap, à la qualité de S.E.S.S.A.D. autonome ou rattaché à une structure d'hébergement                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Associations, MDPH, CG, éducation nationale, ESMS...                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                            |                                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Développer les services d'accompagnement par redéploiement | Indicateur n°<br>Augmentation de la part des services dans l'offre globale, par département |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                         |
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux d'organisation médico sociale |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                          |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile à l'âge adulte dans le respect du projet de vie</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'offre d'accompagnement à domicile des adultes handicapés : places de SAVS et de SAMSAH (cf. orientations publics spécifiques) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et Conseils Généraux                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | MDPH, communes, CCAS                                                                                                                       |

|                         |                                                                                                                                  |                                                                                                                     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmenter les places en SAVS et SAMSAH<br>Diminuer le nombre de ruptures dans le parcours des personnes en situation de handicap | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico sociale           |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan pluriannuel de création de places 2008-2012                  |

|                                                   |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Offre de services | <b>Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge dans le respect du projet de vie</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

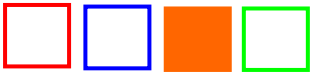
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>    | Développer l'offre de service et de soins : services d'aide à domicile et SSIAD                                                                                                          |
| Mesure n°2<br>    | Développer les accueils de jour et assurer un maillage du territoire garantissant l'équité d'accès                                                                                       |
| Mesure n°3<br>    | Assurer le bon fonctionnement de l'hébergement temporaire<br>Expérimenter un regroupement sur un établissement médico-social en lien avec les structures hospitalières et SSR du secteur |
| Mesure n°4<br>    | Assurer le maillage du territoire en Equipes spécialisées Alzheimer : 5 sont en fonctionnement au 1 <sup>er</sup> août, 5 sont financés en 2011, et 5 compléteront le dispositif en 2012 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARS Lorraine et Conseils généraux                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Associations, gestionnaires                                                                                                                                                              |

|                         |                                 |                                                       |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assurer accès et équité d'accès | Indicateur n°<br>Nombre d'ESA, de places d'AJ et d'HT |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lien avec la prévention (répit et aide aux aidants)<br>Schémas départementaux d'organisation médico sociale |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan Alzheimer<br>Plan bien vieillir                              |

|                                                          |                                                                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Développer l'habitat alternatif et les structures intermédiaires</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Promouvoir les résidences avec services lorsque l'habitat n'est plus adapté et retarder l'admission en EHPAD ou en établissement accueillant des personnes handicapées |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Conseils Généraux, CARSAT                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ARS Lorraine, communes, Comité National de Coordination Action Handicap et autres organismes investis dans le champ du handicap                                        |

|                         |                                  |                                                          |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Offrir une alternative à l'EHPAD | Indicateur n°1 :<br>évolution des <b>GIR5-6 en EHPAD</b> |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico sociale           |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Action sociale des CARSAT                                         |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |



## Orientation n°2.6 : accompagner les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes

### Diagnostic régional et territorial

**Le vieillissement des personnes handicapées est un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale.** Il est un véritable défi posé aux organisations médico-sociales dans leur capacité d'adaptation à ce phénomène, qu'il s'agisse de l'offre à domicile ou de l'accueil en institution. Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension: il contient une action spécifique relative à l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés". La survenue du vieillissement renforce la nécessité de personnaliser les réponses et donc la logique de l'accompagnement. Les problématiques induites par le vieillissement:

- allongement plus fréquent de la vie en institution, comme un phénomène à multiples implications : vieillissement des personnes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, le bâti...
- l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissement pour adultes : malgré un doublement en 10 ans de la capacité d'accueil en MAS, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement a sans doute à peine permis d'absorber le vieillissement de la population accueillie
- la capacité d'adaptation des structures déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie
- la nécessité de réévaluer les situations individuelles
- la nécessité de prendre en compte l'environnement de la personne

Un consensus se forme autour de l'âge de **40 ans** comme début du processus de vieillissement.

#### Proposition de définition de la CNSA :

Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, qu'elle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent en l'apparition:

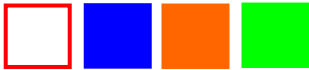
- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge
- d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Les différentes problématiques qui se dégagent des travaux menés par les groupes de travail, sont les suivantes:

- 1) Prise en compte de l'évolution des pathologies, de la lourdeur des handicaps et de la perte d'autonomie.
- 2) Problème de l'isolement des PHV, qui nécessite un accompagnement social adapté, notamment en ESAT.
- 3) Problème des passages entre dispositifs et entre les dispositifs et le domicile
- 4) Problème des défaillances des aidants.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                               | Lien avec les priorités et objectifs PSRS             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes                                                                                  | Priorité 1, objectif 5.3<br>Priorité 4, objectif 10.2 |
| Adapter les établissements pour prendre en charge l'évolution de la dépendance des personnes handicapées                                              | Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4                      |
| Disposer d'une palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée et introduire une souplesse dans les prises en charge | Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4                       |

|                                                   |                                                                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Offre de services | <b>Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer les conditions d'hospitalisation des PHV, l'accès aux urgences, aux soins de suite, l'accès à la prévention et aux consultations spécialisées                    |
| Mesure n°2<br> | Avoir un référent médical par établissement médico-social (médecin coordonnateur en MAS et IDE en ESAT) et un référent "personnes handicapées" par établissement de santé. |
| Mesure n°3<br> | Sensibiliser les professionnels de santé libéraux au handicap                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ESMS, établissements sanitaires, professionnels libéraux                                                                                                                   |

|                         |                                           |                                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de l'accès aux soins des PHV | Indicateur n°<br>Nombre de référents médicaux dans les ESMS (à intégrer dans le rapport d'activité) |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS-PRS versant ambulatoire                                   |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                   |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Offre de services | <b>Adapter les établissements pour prendre en charge l'évolution de la dépendance des personnes handicapées</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Adapter les établissements médico-sociaux d'un point de vue architectural (exemple : recréer des salles d'animation ou des lieux de vie collectifs) |
| Mesure n°2<br> | Adapter les établissements au niveau de la médicalisation (par exemple transformation de places de foyers en FAM ou intervention de SSIAD/SAMSAH)   |
| Mesure n°3<br> | Adapter les établissements au niveau éducatif (animation renforcée), pour rompre l'isolement social                                                 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et Conseils généraux                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ESMS                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                           |                                                                            |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes | Indicateur n°<br>Nombre de places de FAM / nombre total de places de foyer |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>               |
| Objectif prioritaire du plan pluriannuel national de création de places en ESMS |

|                                                          |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Disposer d'une palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée et introduire une souplesse dans les prises en charge</b> |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Prévoir des modulations dans les prises en charge (entre domicile- travail - établissement) et expérimenter les coordinations avec les EHPAD.                                                                                  |
| Mesure n°2<br>  | Accompagner les aidants familiaux eux aussi vieillissants                                                                                                                                                                      |
| Mesure n°3<br>  | Garder la possibilité d'expérimenter : « droit à l'essai », ou faire en sorte que la décision d'orientation puisse être réversible dans le délai le plus court possible.<br>Renforcer en ce sens la coordination avec la MDPH. |
| Mesure n°4<br> | Evaluer, valoriser et pérenniser les expériences innovantes existantes                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | MDPH – DIRECCTE – ESAT....                                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                                                            |                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Présence d'une palette de services offerte au public sur chaque territoire | Indicateur n°<br>Nombre de dispositifs spécifiques aux PHV |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## **Orientation n°2.7 : favoriser la diversité des accompagnements des personnes âgées**

### **Diagnostic régional et territorial**

#### **Versant médicosocial :**

La prise en charge des personnes âgées soulève de nombreuses questions et notamment celle de l'évolution des EHPAD. À quoi ressembleront-ils demain alors que l'entrée en établissement est de plus en plus tardive, que la durée de vie s'allonge, que les prix de journée augmentent ?... Ce sont autant d'interrogations qui méritent une réflexion.

Les résidents, les familles et les professionnels (notamment au cours des groupes de travail du SROMS Lorraine) du secteur se sont interrogés sur la capacité des EHPAD à être de vrais pôles de services, à même d'apporter une réponse graduée à tous les besoins des personnes âgées.

Les objectifs relevés par les différents acteurs mettaient en évidence une réflexion collective sur l'EHPAD de demain et sur la mise en cohérence coordonnée des interventions aux fins de proposer des orientations concrètes, à savoir :

- adapter les établissements à l'évolution des attentes et réponses alternatives, notamment au regard des dispositifs « Alzheimer » (UVP, UHR MS, PASA...)
- mettre en œuvre des architectures adaptées avec des moyens issus des nouvelles technologies (environnementales, multimédias....)
- faire des EHPAD les pivots de plateformes territoriales multiservices
- la prise en charge en EHPAD des personnes handicapées vieillissantes

#### **Versant sanitaire :**

Tous établissements lorrains confondus, 35,15% des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33% en 2007.

Une UCC est ouverte (Thionville), une seconde doit ouvrir au CHU de Nancy en octobre 2011, et une troisième à Marange en 2011. L'objectif prévu dans le plan Alzheimer pour la Lorraine est de 2 UCC supplémentaires d'ici fin 2012.

Une UHR sanitaire a été labellisée en juillet 2011 au CHU de Nancy, d'autres dossiers sont en cours d'étude dans les différents départements, retardés le plus souvent pour des raisons architecturales. L'objectif prévu par le plan Alzheimer est de 4 UHR sanitaires supplémentaires d'ici fin 2012.

USLD : les opérations de partition ont ramené le nombre de lits à 1194 au 01/01/2011, ce qui conduit à un taux d'équipement déséquilibré entre départements (3.88 pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans dans les Vosges, 7.14 en Meurthe et Moselle par exemple).

CM : elles sont au nombre de 15, et le maillage territorial est satisfaisant.

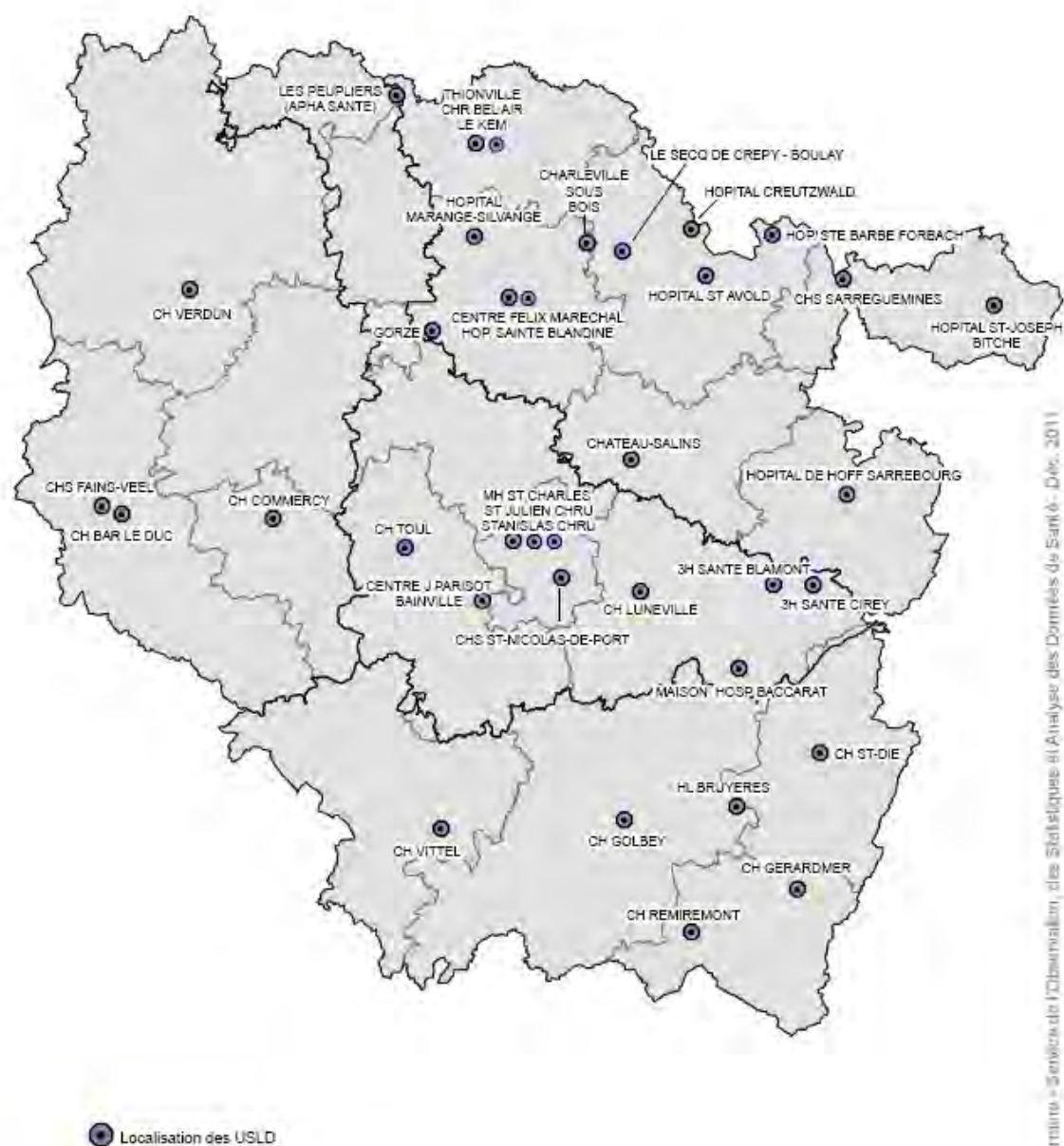
Le CMRR est maintenant unique (CHU de Nancy), et doit poursuivre son positionnement comme référent régional

SSR : 13 SSR bénéficient de la mention spécialisée « personnes âgées polypathologiques », avec un maillage territorial correct.

La connaissance et le positionnement de l'HAD dans la filière de soins restent à conforter tant auprès des acteurs hospitaliers, médico-sociaux que des professionnels libéraux et de la population. Le nombre d'interventions d'HAD en EHPAD est très faible.

Un diagnostic régional complet sur l'offre de soins à destination des personnes âgées est annexé au PSRS.

## UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE Etat des lieux AU 31.12.2010



Source : FINESS au 31.12.2010 / SAE 2010

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observatoire, des Statistiques et l'Analyse des Données de Santé - Dec. 2011

| Etat des lieux 2011 au 01/12/2011<br>(par FINESS géographique) |                  |
|----------------------------------------------------------------|------------------|
| IMPLANTATIONS USLD                                             |                  |
| Territoire de santé meusien                                    | 4 implantations  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 11 implantations |
| Territoire de santé mosellan                                   | 15 implantations |
| Territoire de santé vosgien                                    | 6 implantations  |
| Région lorraine                                                | 36 implantations |

| Objectifs opérationnels                                                | Lien avec les priorités<br>et objectifs PSRS                  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation | Priorité 3, objectifs 8.3 et 8.4<br>Priorité 4, objectif 10.2 |
| Préparer l'EHPAD de demain                                             | Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4                              |
| Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées            | Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4                         |



|                                                          |                                                                               |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Garantir à toute personne âgée l'accessibilité à un diagnostic ou une évaluation gériatrique adaptée à ses besoins (consultation mémoire, maladie de Parkinson....)               |
| Mesure n°2<br> | Offrir à toute personne âgée un panel de réponses adapté à son état de santé en proximité, dans le respect de son projet de vie, et dans le cadre d'une filière gériatrique.      |
| Mesure n°3<br> | Reconnaitre la place des établissements et services médicosociaux à destination des personnes âgées dans la filière gériatrique (équipes mobiles en Ehpad...)                     |
| Mesure n°4<br> | Soutenir la mise en place de l'UCOG (Unité Lorraine de Coordination Oncogériatrique) pour permettre à toute personne âgée le nécessitant l'accès à une évaluation oncogériatrique |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Collectivités locales, associations d'usagers, ADEME, tous établissements hospitaliers concernés par l'activité d'oncogériatrie, CAV, CHU, Oncolor, professionnels libéraux       |

|                         |                                                                                                              |                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Favoriser une offre diversifiée en proximité<br>Fluidification de la filière, réduction des délais d'attente | Indicateur n°<br>Nombre d'EMG intervenant en Ehpad, délai d'attente pour accéder à une CM ou un avis oncogériatrique |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan Alzheimer, PSGA<br>Appel à projet Inca de mai 2011           |

| Objectif opérationnel<br>Offre de services                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Préparer l'EHPAD de demain                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |
| Mesure n°1<br>            |  | Poursuivre l'objectif de réduction des inégalités territoriales en matière de taux d'équipement, particulièrement les anciens bassins miniers                                                                                                                                                                                      |                                            |
| Mesure n°2<br>            |  | Accompagner les flux géographiques des populations, en tenant compte de l'attractivité des zones urbaines (services, proximité des enfants.....)                                                                                                                                                                                   |                                            |
| Mesure n°3<br>            |  | Poursuivre l'ouverture des Pôles d'Activité Spécifiques (PASA) destinés aux malades d'Alzheimer avec troubles du comportement modérés, des Unités d'Hébergement Renforcés Médico-sociales destinées aux malades d'Alzheimer avec troubles du comportement très sévères, en coordination avec les EHPAD du secteur et la gériatrie. |                                            |
| Mesure n°4<br>        |  | Mener une réflexion sur les Unités de Vie Protégées(UVP) : pour qui, est-ce que l'on en sort, selon quels critères ?<br>La même réflexion est à mener sur les UHR                                                                                                                                                                  |                                            |
| Mesure n°5<br>    |  | Adapter l'architecture aux nouvelles technologies                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |
| Mesure n°6<br>    |  | Organiser les EHPAD en petites unités de vie : privilégier ce type de projets architecturaux pour les restructurations et constructions nouvelles<br>La perte du bénéfice du séjour en UVP est en grande partie imputée au retour en locaux collectifs où les personnes se sentent perdues                                         |                                            |
| Pilotage de l'objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ARS Lorraine et Conseils généraux                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |
| Partenaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Collectivités locales, associations d'usager, ADEME                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |
| Résultat attendu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Installation des dispositifs issus du plan Alzheimer (PASA, UHR...).<br>Construction, réhabilitation d'EHPAD respectant les nouvelles normes environnementales et technologiques                                                                                                                                                   | Indicateur n°<br>taux d'installation + PAI |

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan Alzheimer<br>PAI CNSA                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées</b>                                                                                                                                                         |                                                              |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                              |
| Mesure n°1<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Réinterroger les besoins en USLD issues de la réforme organisant la partition des USLD pour personnes âgées au moyen des coupes PATHOS réalisées fin 2011.                                                                 |                                                              |
| Mesure n°2<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Poursuivre l'implantation des UCC et des UHR sanitaires, les évaluer et définir leur place dans le panel des réponses existantes                                                                                           |                                                              |
| Mesure n°3<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Promouvoir la complémentarité entre SSR et établissements médicosociaux, en affirmant le rôle de recours et d'expertise des SSR avec mention spécialisée poly pathologie de la personne âgée.<br>Cf. volet SRR du SROS-PRS |                                                              |
| Mesure n°4<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Favoriser l'intervention de l'HAD en Ehpad, en organisant par département des réunions d'information auprès des EHPAD, compte tenu du faible niveau d'activité d'HAD en EHPAD (cf. volet HAD du SROS)                      |                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                               |                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Etablissements sanitaires et médico sociaux pour personnes âgées, Conseils Généraux                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evaluation et adaptation de l'offre de soins à destination des personnes âgées                                                                                                                                             | Indicateur n°<br>Résultat des coupes pathos en USLD et Ehpad |
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| Volet SSR du SROS-PRS<br>Volet HAD du SROS-PRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| Plan Alzheimer 2008/2012 et circulaires d'application, PSGA<br>Circulaire du 15/05/2006 relative à la redéfinition des USLD<br>Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA 193 du 10/05/2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée<br>Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de suite et de réadaptation et modifiant le code de la santé publique<br>Circulaire DHOS relative au décret SSR d'avril 2008<br>Circulaire du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique<br>Circulaire du 28 mars 2007 sur la filière gériatrique |                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des mesures s'appliquent au niveau régional</li> <li>• Circulaire DHOS du 05/09/2008 : objectif de 5 UCC en SSR à la fin du plan Alzheimer (2012)</li> <li>• Instruction DHOS du 23/02/2010 : objectif de 5 UHR en USLD à la fin du plan Alzheimer (2012)</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une UHR sanitaire à installer</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux UHR sanitaires à installer</li> <li>• Une UCC à installer</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une UHR sanitaire à installer</li> <li>• Une UCC à installer</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |

| OQOS (par FINESS géographique)          |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| OQOS IMPLANTATIONS USLD                 |                  |
| Territoire de santé meusien             | 4 implantations  |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan | 10 implantations |
| Territoire de santé mosellan            | 15 implantations |
| Territoire de santé vosgien             | 6 implantations  |
| Région lorraine                         | 35 implantations |

## **Orientation n°2.8 : favoriser l'accès aux soins**

### **Diagnostic régional et territorial**

#### Populations vulnérables et précarité

Les personnes âgées et handicapées représentent, de par le faible niveau de leurs revenus (en particulier, les veuves), une part non négligeable des populations vulnérables.

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 passées et présentes qui caractérisent la précarité sociale induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité les exposent à de plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes.

Plusieurs études récentes ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé liées au milieu d'origine entendu comme les conditions de vie dans l'enfance et les caractéristiques des ascendants : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte.

Il paraît également important de tenir compte du lien étroit entre santé mentale/souffrance psychique/précarité.

Les situations de précarité et d'exclusion placent les personnes dans des conditions de vie difficiles, non seulement d'un point de vue matérielle, sociale et citoyenne mais aussi psychologique. Les personnes, alors que l'on n'a pas identifié de troubles de la personnalité, des troubles mentaux dans leur histoire, présentent après un certain temps de situation de précarité et d'exclusion, d'authentiques troubles mentaux caractérisés. Un lien de causalité est identifiable. Les troubles mentaux les plus souvent présents sont :

- les psychoses et notamment toutes les variétés de schizophrénie, très invalidantes socialement,
- toutes les pathologies de la personnalité ou troubles du comportement qui conduisent à des conflits, des ruptures, des difficultés d'inscription et de fonctionnement dans la famille et dans la société
- les pathologies addictives qui mènent à la marginalisation
- une sur représentation en déficit intellectuel.

#### Accès aux soins buccodentaires et handicap

Lors d'une enquête publiée en 2006 par la CNAMTS, un échantillon de 8 401 enfants de 6 à 20 ans, accueillis en IME ou en établissement pour polyhandicapés, a été constitué.

Au cours de l'année précédant l'enquête, pour 5 236 réponses, 44,3 % des enfants n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste ou de médecin stomatologiste. Parmi les 198 enfants victimes d'une chute ayant occasionné une lésion de la sphère oro-faciale au cours des trois mois précédant l'enquête, 30,3 % n'avaient pas consulté consécutivement un professionnel de santé dentaire. De même, parmi les 483 enfants ayant manifesté une gêne ou une douleur d'origine bucco-dentaire lors des deux semaines précédant l'enquête, 36,9 % n'avaient pas consulté consécutivement un professionnel de santé dentaire. Parmi les 4 092 enfants présentant une dysmorphie sévère, 91,3 % n'étaient pas en cours de traitement lorsque l'information était connue.

Si l'on considère les personnes handicapées à domicile ayant besoin d'aide pour les actes simples de la vie quotidienne et les personnes institutionnalisées qui, toutes, ont des difficultés d'accès aux soins buccodentaires, on parle a minima d'un demi-million de personnes, enfants et adultes, qui n'ont pas suffisamment voire pas du tout accès à la santé buccodentaire (rapport 2010 cf. infra)

| Objectifs opérationnels                                                                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès aux soins                                                      | Priorité 2, objectifs 6.1 et 6.2<br>Priorité 3, objectifs 7.6 et 8.4 |
| Favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées | Priorité 3, objectif 8.4                                             |
| Mettre en œuvre le programme de télémédecine                                                                 | Priorité 4, objectif 12.3                                            |
| (L'accès à l'hospitalisation des personnes handicapées et âgées est développé dans le thème 3)               |                                                                      |

|                                                          |                                                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès aux soins</b> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Informar de manière adaptée les personnes en précarité (dont PA et PH) sur le système de santé et de droits sociaux, les accompagner dans leur démarche vers les soins                    |
| Mesure n°2<br> | Prendre en compte les besoins et les difficultés particulières des populations vulnérables au sein des établissements, services et dispositifs administratifs, de santé et médico-sociaux |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CG, DRJSCS, établissements et services médico sociaux.....                                                                                                                                |

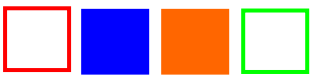
|                         |                                                                                      |                                |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Meilleur accompagnement des personnes âgées et handicapées en situation de précarité | Indicateur n°<br>ceux du PRAPS |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|                                                                |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| PRAPS                                                             |



|                                                          |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées</b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer la connaissance du handicap par les professionnels en lien avec les URPS (chirurgiens dentistes) et la faculté dentaire                     |
| Mesure n°2<br> | Soutenir toute mesure expérimentale en région destinée à favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées et des personnes âgées |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | URPS, ordre des chirurgiens dentistes, faculté dentaire, ESMS, Conseils Généraux                                                                      |

|                         |                                                                            |                                                                                                                  |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la santé bucco dentaire des personnes âgées et handicapées | Indicateur n°<br>Nombre d'établissements ayant conventionné avec un établissement de soin, un cabinet libéral... |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>             |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale chirurgie dentaire<br>SROS-PRS versant ambulatoire |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                          |                                                               |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Offre de services</b> | <b>Développer la télémédecine dans le champ médico-social</b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Favoriser toute initiative destinée à développer la télésurveillance des maladies chroniques des personnes âgées et/ou handicapées à domicile |
| Mesure n°2<br> | Favoriser toute initiative destinée à développer la télémédecine en établissements accueillant des personnes âgées et/ou handicapées          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Ehpad, ESMS, Conseils Généraux, GCS télésanté.....                                                                                            |

|                         |                                                                                                               |                                                          |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Intégration de la réflexion sur la télémédecine dans les évolutions des Ehpad et ESMS dans les années à venir | Indicateur<br>Nombre d'ESMS et Ehpad adhérant au GSMS n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                     |
| Rapport CGES « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » 2008<br>Programme régional de télémédecine |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## Axe 3 – Coordination

### Orientation n°3.1 : organiser la coordination autour de la personne adulte handicapée, âgée ou en perte d'autonomie

#### Diagnostic régional et territorial

##### Les réseaux :

L'article 84 de la loi du 4 mars 2002 crée une catégorie unique de réseaux et en donne la définition : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire ».

Le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisés par le découplage entre les professionnels de ville, les établissements de santé, les centres de santé, les professionnels et les établissements du secteur médico-social.

La région Lorraine se caractérise par un fort dynamisme des promoteurs puisque l'on dénombre 35 réseaux de santé (7 régionaux et 28 réseaux de proximité) ; la thématique la plus développée et servant de base à la nouvelle politique régionale dans ce domaine étant la gériatrie (13 réseaux).

En concordance avec les dispositions inscrites dans la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière d'évolution des réseaux, l'ARS de Lorraine a dès le 2ème semestre 2010, proposé aux promoteurs de l'ensemble des réseaux de santé lorrains de travailler à une nouvelle organisation.

Dans le contexte de la préparation du Projet régional de santé (PRS), deux groupes de travail ont été mis en place (réseaux régionaux et réseaux territoriaux) afin de déterminer les priorités en termes de missions et d'organisation des réseaux de santé et afin d'élaborer un cahier des charges permettant d'aboutir à une contractualisation (CPOM), comme prévu dans la loi HPST de 2009.

##### Les MAIA :

Les Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été définies dans le *Plan Alzheimer 2008-2012* en proposant des expérimentations.

Le projet expérimental Meurthe-et-Mosellan retenu a la particularité de concerner un territoire urbain : Nancy, en partenariat avec le réseau Gérard Cuny, et le lunévillois rural avec Réseau' Lu. Ce projet a été pérennisé et tombera dans le dispositif commun en 2012. La pérennisation des MAIA expérimentales s'accompagne d'une généralisation progressive du dispositif : une seconde MAIA, retenue suite à un appel à projet lancé au printemps 2011, est en cours d'installation en Moselle. Elle est portée par le Conseil Général.

Les MAIA sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné.

Pour les situations plus complexes, un accompagnement individualisé est assuré par un « gestionnaire de cas » (mesure 5 du plan national Alzheimer).

Depuis 2011, les MAIA s'adressent, outre aux patients souffrant de maladie d'Alzheimer, à « toute personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle ».

| Objectifs opérationnels                                                                               | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Développer la coordination territoriale des acteurs autour de la personne                             | Priorité 4, objectifs 10.2 11.1 à 11.3    |
| Développer sur l'ensemble de la région des organisations en réseaux permettant le maintien à domicile | Priorité 4, objectifs 10.3 et 11.2        |

|                                                     |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Développer la coordination territoriale des acteurs autour de la personne</b> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Repositionner les professionnels de santé notamment le médecin généraliste comme pivot de la prise en charge coordonnée                                                                                        |
| Mesure n°2<br> | Favoriser un guichet unique porté par le réseau de proximité, multithématique, populationnel                                                                                                                   |
| Mesure n°3<br> | Accompagner les deux MAIA existantes (installation de la MAIA 57 et adaptation au nouveau cahier des charges et au passage au droit commun de la MAIA 54), accompagner le déploiement des MAIA prévues en 2012 |
| Mesure n°4<br> | Mettre en place une gouvernance par territoire de proximité en impliquant les professionnels de santé libéraux (URPS)                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS, Conseils Généraux, URPS                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseaux, CLICs, associations de familles, usagers...                                                                                                                                                           |

|                         |                                                                    |                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place du guichet unique<br>Mise en place de la gouvernance | Indicateur n°<br>nombre de<br>personnes entrant en<br>gestion de cas |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS-PRS versant ambulatoire                                   |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Cahier des charges des réseaux<br>Plan Alzheimer 2008/2012        |

|                                                     |                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Développer sur l'ensemble de la région des organisations en réseaux permettant le maintien à domicile</b> |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Etablir avec les promoteurs des réseaux territoriaux existants un cahier des charges commun définissant les missions du réseau et son organisation |
| Mesure n°2<br> | Reconfigurer l'organisation actuelle des réseaux en termes de couverture territoriale et de restructuration juridique                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseaux, Conseils Généraux...                                                                                                                      |

|                         |                                      |                                                 |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Maillage territorial par les réseaux | Indicateur n°<br>Nombre de réseaux reconfigurés |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

(\*)

Efficacité : % de la population concernée incluse dans les réseaux par territoire identifié

Organisationnel : % de couverture régionale

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

**Orientation n°3.2 : organiser la coordination autour de l'enfant et de l'adolescent handicapé****Diagnostic régional et territorial**

Il existe un grand nombre de dispositifs pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge (consultations de pédiatrie spécialisées, CAMPS, CMP, CMPP, CLAP, CRA, institut pour déficients sensoriels, EMS, SESSAD.....) mais les collaborations et coopérations entre ces différents dispositifs restent à développer. Or cette coordination est essentielle dans la mesure où l'évaluation du handicap se doit d'être multidimensionnelle et multidisciplinaire, afin de permettre à chaque enfant de réaliser son projet de vie.

Un diagnostic détaillé est annexé au PSRS.

| Objectifs opérationnels                                                                                                         | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Organiser la coordination territoriale entre les acteurs (C.A.M.S.P. / Crèches/ C.M.P.P. / C.M.P./I.M.E./Education Nationale.)  | Priorité 3, objectif 8.2 à 8.4                                |
| Faciliter les orientations des enfants de plus de 6 ans                                                                         | Priorité 3, objectifs 8.2 et 9.1<br>Priorité 4, objectif 11.3 |
| Assurer la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services du secteur médico-social            | Priorité 3, objectif 9.1<br>Priorité 4, objectif 11.3         |
| Passer d'une « logique d'orientation à une logique de formation », en lien avec les plans de formation de l'éducation nationale | Priorité 3, objectifs 9.1 et 9.2<br>Priorité 4, objectif 11.2 |



|                                                     |                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Organiser la coordination territoriale entre les acteurs (C.A.M.S.P./ Crèches/ C.M.P.P./ C.M.P./I.M.E./Education Nationale..)</b> |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

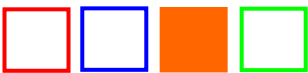
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Positionner le CAMSP comme élément structurant du diagnostic et de l'orientation du jeune enfant en situation de handicap, en partenariat avec les CMPP, les SESSAD, les acteurs libéraux... pour le suivi de l'enfant |
| Mesure n°2<br> | Promouvoir la coordination entre les C.A.M.S.P., les services de PMI et le réseau périnatal en vue d'une harmonisation de la couverture de la prise en charge                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et CG                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | PMI, CMP, CMPP, CRA, CLAP, CAMSP, pôle mère-enfant.....                                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                           |                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Formalisation des collaborations sur un territoire donné entre ces différents dispositifs | Indicateur n°<br>Délai d'attente pour le premier RV |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes) |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plans autisme, maladies rares, santé mentale<br>Programmes de l'éducation nationale sur l'intégration scolaire |

|                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Faciliter les orientations des enfants de plus de 6 ans</b> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

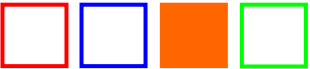
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Privilégier des solutions mixtes et adaptées de scolarisation                                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br> | Régler les problèmes juridico-administratif-financiers freinant entre autres la réalisation de passerelles entre les dispositifs et ne permettant pas une égalité de prise en charge quand il y a nécessité de transport |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | MDPH +++, Conseils Généraux, éducation nationale, ESMS                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                              |                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assouplissement des dispositifs existants, parcours à orientations multiples | Indicateur n°<br>Nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                   |
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes) |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plans autisme, maladies rares, santé mentale                      |

|                                                     |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Assurer la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services du secteur médico-social</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mettre en place, conformément au décret avril 2009, le groupe technique départemental de suivi de la scolarisation entre l'A.R.S. et l'inspecteur d'Académie, au niveau départemental (comme cela existe déjà dans certains départements) |
| Mesure n°2<br> | Partager des réflexions sur l'élaboration d'un référentiel commun d'apprentissage des fondamentaux I.M.E., EMS /Education Nationale                                                                                                       |
| Mesure n°3<br> | Généraliser les conventionnements EMS / éducation nationale pour la scolarisation des enfants en situation de handicap accueillis en EMS                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Education Nationale et ESMS                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ARS Lorraine, MDPH                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                       |                                                                |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Existence du groupe technique<br>Elaboration de référentiels partagés | Indicateur n°<br>Nombre de conventions EMS/éducation nationale |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes) |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plans autisme, maladies rares, santé mentale                      |

|                                                     |                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Coordination</b> | <b>Passer d'une « logique d'orientation à une logique de formation », en lien avec les plans de formation de l'éducation nationale</b> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>    | S'assurer que chaque enfant en situation de handicap a des perspectives de formation et d'avenir, état des lieux avec les référents EN |
| Mesure n°2<br>    | Privilégier un suivi individualisé de l'adolescent (inscription au projet d'établissement et/ou CPOM)                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Education Nationale et MDPH                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ARS, ESMS                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                 |                                                                                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Présence d'un projet de vie élaboré, évolutif et partagé avec le jeune en situation de handicap | Indicateur n°<br>Nombre d'établissements ayant inscrit le suivi individualisé de l'adolescent au CPOM |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale enfance et adolescence<br>Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes) |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plans autisme, maladies rares, santé mentale<br>Programmes éducation nationale d'intégration scolaire |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |

**Orientation n°3.3 : décloisonner les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social****Diagnostic régional et territorial****Urgences et hospitalisation:**

Tous établissements lorrains confondus, 35,15% des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33% en 2007.

La DMS, tous séjours et toutes classes d'âge confondus, tend à diminuer, sauf pour les plus de 85 ans, pour qui elle reste relativement stable autour de 10 jours. Globalement, toutes les DMS sont en légère baisse, sauf pour les patients de 75 à 79 ans en attente de transfert pour une USLD : la DMS passe de 16,4 jours en 2007 à 18,64 jours en 2009.

**Dossier de liaison d'urgence en EHPAD :**

| Département | Nombre d'Ehpad | Ehpad où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence | Ehpad où le DLU est mis en place |
|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 55          | 20             | 100 %                                                                        | 100 %                            |
| 54          | 60             | 82 %                                                                         | 52 %                             |
| 57          | 112            | 71 %                                                                         | 71 %                             |
| 88          | 67             | 100 %                                                                        | 91 %                             |

Données ARS juin 2010.

Le dossier unique de liaison, utilisé en cas d'hospitalisation pour faciliter les transmissions Ehpad - hôpital, est mis en place de manière inégale selon les départements.

Cette fiche synthétique de renseignements en vue d'une hospitalisation en urgence est rarement retrouvée dans les établissements accueillant des enfants ou adultes en situation de handicap.

Les grands adolescents souffrant de maladie chronique et/ou de handicap, en situation d'urgence, sont souvent orientés de par leurs antécédents vers le service de pédiatrie qui les a pris en charge antérieurement, ce qui n'est habituellement pas, sur le plan sanitaire, la solution la mieux adaptée.

Une enquête a été diligentée par l'ARS de Lorraine dans le cadre des travaux du volet SROS « urgences », par questionnaire auprès des établissements de Lorraine durant l'été 2011. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent selon les établissements de 6 à 20% des passages. On note de manière générale une absence de référent gériatrique ou à destination des personnes handicapées aux urgences. L'évaluation gériatrique aux urgences est par contre le plus souvent possible. Seuls 4 établissements ont mis en place une organisation particulière destinée aux personnes âgées et/ou handicapées. L'ensemble des résultats de cette enquête peut être consulté dans le volet « urgences » du SROS-PRS.

Le CHU a mis en place par redéploiement interne une unité post urgence gériatrique. Ses missions sont de favoriser la prise en charge rapide et spécialisée gériatrique, d'anticiper le projet de soins et de vie, limiter la rupture d'autonomie et de diminuer la DMS du court séjour. L'évaluation menée en juin 2011 est satisfaisante : la DMS de l'UPOG est inférieure à 6 jours, ce qui atteste d'un retour facile vers le domicile (lien +++ entre le service social, la CARSAT et le CG) et d'une orientation assez aisée vers le SSR. Les orientations vers les services de spécialité du CHU restent insuffisantes. Une évaluation du rôle de l'EMG aux urgences sera faite au 3<sup>e</sup> trimestre 2011, et une nouvelle évaluation de l'UPOG, sur une année de fonctionnement, entière, fin 2011. Il apparaît dès à présent que cette organisation donne satisfaction, et que le temps de présence de l'EMG aux urgences devrait être renforcé.

L'hébergement temporaire constitue une solution adaptée à certaines situations où l'hospitalisation ne se justifie plus mais où le retour à domicile reste provisoirement problématique. Il peut aussi constituer une période d'essai avant l'entrée définitive en établissement.

Pourtant les taux d'occupation fixés dans les conventions tripartites sont difficilement atteints ce qui pèse sur l'équilibre financier des EHPAD. Ces places sont ainsi souvent utilisées comme de l'hébergement permanent.

L'éparpillement des places ne favorise pas la gestion organisée de ces accueils qui sont de plus, d'une nature différente d'un hébergement permanent. En effet, la gestion des places d'accueils temporaire suppose une gestion adaptée et distincte.

### **Gérontopsychiatrie :**

La Lorraine manque de professionnels libéraux : le taux d'équipement est faible (5,9/100000 habitants) soit pratiquement la moitié du taux national (10,6/100000), et 65% ont plus de 50 ans. L'offre n'est pas homogène et certains territoires de santé sont dépourvus de praticiens.

On comprend d'emblée la nécessité de renforcer la place du médecin généraliste dans le dispositif, d'autant qu'il est souvent le professionnel de 1<sup>er</sup> recours.

### **Equipements pour adultes :**

Le maillage est globalement homogène : chaque secteur comporte au moins un CMP, 1 CATTP et 1 HJ, mais souffre également du manque de professionnels, d'où une saturation des CMP.

Les résultats des coupes pathos 2010 en Ehpad montrent que 46% des résidents accueillis présentent des troubles du comportement, 35% un état dépressif et 53% un syndrome démentiel. Ce dernier chiffre est probablement sous évalué pour des raisons liées à l'outil et avoisine les 75%.

### **Suicides**

Entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007, on observe en Lorraine, une augmentation de 16% du taux de mortalité par suicide alors qu'en France, sur la même période, le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%.

22,5% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

La comparaison des territoires lorrains au regard des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide (moyennes annuelles) distingue notamment les départements de la Meuse et des Vosges où les prévalences sont les plus importantes.

Dans le cadre du plan Alzheimer, une UCC est ouverte (Thionville), une seconde doit ouvrir au CHU de Nancy en octobre 2011, et une troisième à Marange en 2011. L'objectif prévu dans le plan Alzheimer pour la Lorraine est de 2 UCC supplémentaires d'ici fin 2012.

Une UHR sanitaire a été labellisée en juillet 2011 au CHU de Nancy, d'autres dossiers sont en cours d'étude dans les différents départements, retardés le plus souvent pour des raisons architecturales. L'objectif prévu par le plan Alzheimer est de 4 UHR sanitaires supplémentaires d'ici fin 2012.

| <b>Objectifs opérationnels</b>                                                          | <b>Lien avec les priorités et objectifs PSRS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation                     | Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4                 |
| Développer les interfaces entre les dispositifs                                         | Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4                 |
| Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie | Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4                 |

| Objectif opérationnel<br>Coordination                                                             |  | Améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°1<br>   |  | Développer les modes de prise en charge en amont des urgences, sur la base de la continuité des soins organisée au sein des EHPAD et ESMS. Veiller à la présence du DLU dans chaque Ehpap et établissement accueillant des personnes handicapées.                                 |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°2<br>   |  | Eviter le passage des personnes âgées par les urgences en incitant à la mise en place d'un numéro d'appel unique par établissement, pour une orientation directe en court séjour, en SRR, ou toute autre réponse la mieux adaptée                                                 |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br>   |  | Organiser la présence de référents personnes âgées et handicapées aux urgences (ou un lien formalisé avec un service hospitalier adapté)                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°4<br>  |  | Renforcer les EMG (équipe mobile de gériatrie), aux urgences comme dans les services de médecine et chirurgie                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°5<br> |  | Favoriser un accueil de qualité des personnes handicapées et âgées aux urgences (locaux dédiés, matériel adapté, organisation type ultra court séjour du CHU de Nancy : en tirer tous enseignements utiles), pour prendre en compte la vulnérabilité particulière de ces publics. |                                                                                                                                                    |
| Mesure n°6<br> |  | Anticiper les sorties d'hospitalisation (APA et PCH en urgence, CARSAT...) en faisant connaître les procédures d'urgence possibles, inciter à une organisation des services visant à prévoir la sortie dès l'entrée (services sociaux, cadres IDE...).                            |                                                                                                                                                    |
| Pilotage de l'objectif                                                                            |  | ARS Lorraine, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |
| Partenaires                                                                                       |  | Etablissements hospitaliers, services sociaux, ESMS                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |
| Résultat attendu                                                                                  |  | Faciliter les entrées et sorties d'hospitalisation                                                                                                                                                                                                                                | Indicateur n°<br>Nombre d'EMS et Ehpap ayant mis en place une fiche de liaison en cas d'urgence<br>Nombre de plaintes concernant l'hospitalisation |



| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet urgences et permanence des soins ambulatoires du SROS-PRS<br>Volet SSR du SROS-PRS<br>Schémas départementaux d'organisation médico-sociale |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport Jeandel Pzitenmeyer Vigouroux : la place de la personne âgée à l'hôpital<br>Rapport de l'IGAS : l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, juin 2011. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                              |                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Coordination | <b>Développer les interfaces entre les dispositifs</b> |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Favoriser l'articulation entre les SAD/SSIAD et l'hospitalisation pour éviter les réhospitalisations en facilitant les retours à domicile (dans une réflexion globale sur les filières gériatriques) |
| Mesure n°2<br> | Proposer l'hébergement temporaire comme solution d'aval du parcours hospitalier                                                                                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Conseils Généraux, CARSAT, Mutuelles, Collectivités locales, SAD, SSIAD, établissements hospitaliers                                                                                                 |

|                         |                                                      |                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Faciliter le retour à domicile après hospitalisation | Indicateur n°<br>Nombre de places d'hébergement temporaire |
|-------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schémas départementaux d'organisation médico-sociale           |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan Alzheimer, PSGA<br>Rapport Igas « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » |

| Objectif opérationnel<br>Coordination                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
| Mesure n°1<br>            |  | Formaliser par convention, les liens avec la psychiatrie, par la mise à disposition ou par l'intervention de personnels psychiatriques, afin d'améliorer les projets de vie et éviter les hospitalisations d'office ou les prises en charge dans l'urgence. |                                                                                            |
| Mesure n°2<br>            |  | Prévoir l'intervention dans chaque ESMS pour enfants et adultes, des personnels psychiatriques                                                                                                                                                              |                                                                                            |
| Mesure n°3<br>            |  | Promouvoir des formules permettant un accompagnement médico-social intermédiaire entre la structure médico-sociale et l'hôpital psychiatrique, afin de permettre un réapprentissage à la vie sociale.                                                       |                                                                                            |
| Mesure n°4<br>            |  | Réactiver la psychiatrie de liaison avec les Ehpad, inciter le secteur psychiatrique à intervenir en Ehpad                                                                                                                                                  |                                                                                            |
| Mesure n°5<br>    |  | Développer la compétence psychiatrique dans la filière gériatrique (dans les équipes mobiles de gériatrie, par formation des gériatres ou intégration de temps de psychiatre par exemple)                                                                   |                                                                                            |
| Mesure n°6<br>    |  | Rapprocher la psychiatrie de la personne âgée de la filière gériatrique : favoriser l'intervention de psychiatres en court séjour gériatrique                                                                                                               |                                                                                            |
| Mesure n°7<br>    |  | Préciser la place des UHR sanitaires et médicosociales dans les dispositifs existants, prévoir leur évaluation                                                                                                                                              |                                                                                            |
| Pilotage de l'objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Professionnels de la psychiatrie – cohésion sociale                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |
| Partenaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ARS Lorraine, EHPAD, ESMS                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |
| Résultat attendu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Renforcement de la compétence psychiatrique dans le champ médico social, possibilité d'obtenir un avis psychiatrique autant que de besoin                                                                                                                   | Indicateur n°<br>Nombre de conventions entre le secteur psychiatrique et les ESMS ou Ehpad |

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
| Thématique transversale santé mentale                   |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan santé mentale<br>Plan Alzheimer<br>Plan Solidarité Grand Age<br>Circulaire du 28 mars 2007 sur la filière gériatrique |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## Axe 4 – Qualité

### Orientation n°4.1 : améliorer la connaissance des acteurs et professionnaliser les intervenants à domicile

#### Diagnostic régional et territorial

Les connaissances et la formation des personnels : aides à domicile, salariés des établissements, enseignants, médecins et professionnels libéraux, conditionnent la qualité des services et des soins prodigués.

S'agissant de personnes particulièrement sensibles aux comportements et aux gestes de leur entourage (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autisme, de handicaps psychiques .....), les formations centrées sur les aspects relationnels et le savoir être permettent d'humaniser les rapports, d'améliorer à la fois les conditions de travail des intervenants et de réduire la consommation de médicaments psychotropes.

La CNSA, qui dispose de ressources spécifiquement dédiées à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile (section IV de son budget), a décidé de renforcer l'efficacité de ses dépenses dans ce champ d'activité, par des actions de structuration contractuelle de l'offre de services

Les dossiers proposés au cofinancement de la section IV s'inscrivent dans le cadre :

- de conventions de modernisation des services passées avec les [conseils généraux](#). Ces dernières, conclues pour une durée de 3 ans, s'inscrivent dans un cadre organisé de développement de l'aide à domicile et de formation des personnels, à partir des orientations nationales et des priorités locales,
- de [conventions nationales](#) avec les grandes structures animatrices de réseaux de services d'aide à domicile pour personnes âgées et handicapées,
- de conventions avec les organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle continue et avec les fédérations et réseaux d'employeurs.

En ce qui concerne la modernisation et la structuration des services d'aide à domicile, les actions visées s'articulent autour de quatre axes :

- le soutien au recrutement et à l'insertion de nouveaux salariés,
- la modernisation de la gestion des services d'aide à domicile,
- l'amélioration de l'offre de services et la structuration du secteur,
- la mise à jour des connaissances professionnelles des salariés

Des financements sont aussi consacrés à ::

- la promotion des actions innovantes permettant le maintien à domicile ;
- la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile, y compris ceux exerçant en emploi direct ;
- la formation des aidants familiaux ;
- la formation des accueillants familiaux ;
- la qualification des personnels soignants des services de soins infirmiers à domicile, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées. Cela, principalement via des [accords cadres](#) avec quatre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) du secteur : ANFH, FORMAHP, UNIFAF et CNFPT.

En Lorraine, le Conseil Général de la Moselle a signé une convention pour la période 2009-2011 prévoyant notamment la mise en place d'une charte qualité et la construction d'un observatoire départemental des besoins des personnes âgées

Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées :

L'augmentation du nombre de personnes âgées va s'accroître dans la région pour les années à venir, nécessitant des besoins de prise en charge autour du soin et de la dépendance avec comme effet un développement de la demande de services surtout pour les personnes souhaitant vivre à domicile. Les enjeux de qualification des personnels par rapport aux besoins des usagers sont essentiels, que ces derniers soient à domicile ou en établissement.

Lors des débats des groupes de travail sur le SROMS, la nécessité de « professionnalisation » des intervenants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles a été mise en exergue (notamment dans le cadre de la prise en charge de personnes « Alzheimer »).

Cette professionnalisation par ailleurs, doit suivre l'évolution de la société et s'adapter aux nouveaux besoins des « futures » personnes âgées (utilisation multimédia, mode de vie différent....).

Dans le cadre du handicap, un accent peut être mis sur la méconnaissance par les professionnels de santé de certains troubles spécifiques (TED, autisme, TSL, maladies génétiques), sur l'absence de sensibilisation des professionnels autour de l'enfant en situation de handicap sur les particularités des déficiences (personnels des structures d'accueil, de loisir, écoles...).

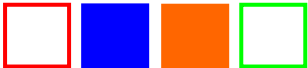
En particulier, on peut relever :

- le temps limité consacré aux handicaps spécifiques dans les études de médecins,
- le peu de temps dans les études des paramédicaux,
- l'absence de formation des personnels de crèche au repérage et à l'accompagnement des enfants déficients,
- la difficulté des MDPH à utiliser la classification internationale

Les objectifs opérationnels du SROMS seront transmis aux différents instituts de formations (IFSI, IFAS, IFE, IFMK..) par la Direction de l'Ambulatoire et de l'Accès à la Santé de l'ARS.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Améliorer le niveau de connaissance des spécificités du handicap et du vieillissement de tous les professionnels de santé et éducatifs | Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.2        |
| Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées                                                           | Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.2        |
| Anticiper les besoins en professionnels sur le champ médicosocial                                                                      | Priorité 2, objectif 5.6                  |

|                                                |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Améliorer le niveau de connaissance des spécificités du handicap et du vieillissement de tous les professionnels de santé et éducatifs</b> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Sensibiliser les établissements dispensant la formation des personnels soignants et paramédicaux (IFSI, UFR sciences médicales, écoles d'ergothérapie, kinésithérapie.....aux spécificités de la prise en charge des personnes handicapées et âgées<br>(Prise en compte dans la définition des projets d'école et le choix des « situations emblématiques » en IFSI) |
| Mesure n°2<br>   | Développer des formations adaptées à certains handicaps pour les professionnels de santé et ESMS (autisme, handicap psychique...)                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br>   | Développer une connaissance commune du handicap entre secteur médico social et éducation nationale (par le biais d'une formation partagée entre ESMS et éducation nationale par exemple)                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°4<br> | Former les personnels des ESMS à l'évolution des pathologies et à la psychiatrie, dans le cadre des plans de formation et de la formation continue (moniteurs d'atelier en ESAT, personnels à domicile par exemple)                                                                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine et Conseil Régional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Education Nationale, ESMS, IFSI, IFAS, ESAT, Unions Régionales.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                  |                                                |
|-------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la qualité de la prise en charge | Indicateur n°<br>Nombre d'actions de formation |
|-------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                |                                                                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées</b> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Participer à la mise en œuvre des formations aux nouveaux métiers : assistants de soins en gérontologie, gestionnaires de cas complexes (Se rapprocher de l'UFR sciences médicales pour développer les formations spécifiques.) |
| Mesure n°2<br> | Promouvoir la formation dans le secteur des services à domicile (section IV de la CNSA)                                                                                                                                         |
| Mesure n°3<br> | Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression du sujet âgé, trop souvent négligée, méconnue ou mal traitée                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Conseil Régional                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CNSA, OPCA, URIOPSS, ESMS, Conseils Généraux                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                  |                                                                 |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la bientraitance | Indicateur n°<br>Nombre d'ASG et de gestionnaires de cas formés |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |



|                                                |                                                                          |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Anticiper les besoins en professionnels sur le champ médicosocial</b> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Prévoir les effectifs par métier nécessaires au fonctionnement des nouvelles structures et de leur évolution                                                                          |
| Mesure n°2<br> | Soutenir le travail en commun entre le Conseil Régional, Pôle Emploi et les associations gestionnaires pour mettre en œuvre les formations nécessaires aux besoins des établissements |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Conseil Régional                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ARS Lorraine, Pôle Emploi, associations gestionnaires, OPCA, Conseils Généraux                                                                                                        |

|                         |                                           |                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Permettre l'ouverture rapide des services | Indicateur n° 1 :<br><b>retards d'ouverture pour difficultés de recrutement</b> |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>        |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Démographie des personnels de santé<br>Schéma régional des formations |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Section IV de la CNSA                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## **Orientation n°4.2 : promouvoir une démarche qualité en ESMS**

### **Diagnostic régional et territorial**

L'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) définit les objectifs des établissements et services médico-sociaux en matière d'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, en utilisant notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Cet article définit les conditions dans lesquelles les établissements procèdent à des évaluations internes et font procéder à des évaluations externes.

Les orientations prévues par la présente fiche ne concernent pas l'application de ces dispositions réglementaires, mais la mise en œuvre d'actions complémentaires correspondant à la mise en œuvre :

- soit de programmes nationaux définis par des acteurs du secteur médico-social avec le soutien de l'Etat, tels que le programme « Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles » (MOBIQUAL) et le programme national de Gestion du Risque (GDR).
- soit d'objectifs définis par l'ARS de Lorraine, dans le cadre d'instructions nationales, telles que la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.

Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services : les instructions ministérielles ont défini des actions de renforcement de la lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, devant être menées par les services de l'Etat (DDASS) à partir de l'année 2007.

Depuis la création des ARS, l'objectif de mise en œuvre de ces mesures est confirmé par l'administration centrale. L'expérience des actions menées par les quatre DDASS a été analysée et sera mise à profit pour poursuivre cette action.

### Evaluation interne et externe :

Sur le principe, les procédures d'évaluations interne et externe, sont définies réglementairement, et les outils d'évaluation s'appuient sur des référentiels de bonnes pratiques professionnelles, validées ou élaborées par l'ANESM. Les procédures d'évaluation externe sont par ailleurs réalisées par des organismes agréés.

En matière d'évaluation interne, les établissements et services utilisent des procédures et outils divers, proposés notamment par les fédérations représentant les acteurs du secteur, ou proposés par des organismes d'audit.

Sur ce point, l'objectif de l'ARS est de soutenir les établissements dans la mise en œuvre de ces évaluations.

### Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur

Eviter le transfert de patients en fin de vie en favorisant l'accès aux compétences et en identifiant des personnes ressources pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux concernés.

Prendre en compte la douleur dans toutes ses dimensions, physique, psychique et sociale, s'agissant notamment des personnes vulnérables.

| Objectifs opérationnels                                                                          | Lien avec les priorités et objectifs PSRS         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Diffuser des référentiels de bon usage et de bonnes pratiques                                    | Priorité 4, objectifs 12.1, 12.2, 12.3 et 12.5    |
| Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services                                  | Priorité 4, objectif 12.2                         |
| Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur | Cf volets soins palliatifs et douleur du SROS-PRS |

|                                                |                                                                      |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Diffuser des référentiels de bon usage et de bonnes pratiques</b> |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

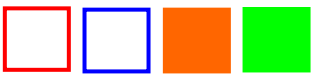
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Accompagner le développement du programme MOBIQUAL sur les nouvelles thématiques (en particulier sur la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, nutrition, dénutrition et alimentation, infections nosocomiales et risques infectieux), accompagner sa diffusion aux services à domicile |
| Mesure n°2<br>   | Analyser et améliorer les pratiques professionnelles (par exemple par le biais du programme de GDR « efficience en Ehpad »)                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°3<br>   | Améliorer le circuit du médicament en EHPAD (par exemple par la définition de modalités de coopération entre les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (P.U.I.) et les pharmacies d'officine)                                                                                         |
| Mesure n°4<br> | Développer les évaluations des organisations et pratiques dans les ESMS (plans d'évaluation interne et externe)                                                                                                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine, assurance maladie, conseils généraux                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Départements, établissements et services, associations des médecins coordonnateurs d'EHPAD, URPS pharmaciens, ...                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                                                                                                |                                     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diffusion d'une culture de la qualité en Ehpad et autres établissements et services autour de la personne âgée | Indicateur n°<br>Nombre de plaintes |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme national Mobiquat<br>PRGDR                              |

|                                          |                                                                        |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Qualité</b> | <b>Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services</b> |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Assurer le suivi des protocoles de signalement d'évènements indésirables                                                                       |
| Mesure n°2<br> | Soutenir les actions de formation à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance dans les établissements et services |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Conseils Généraux et ARS Lorraine                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Départements, Etablissements, associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD...                                                               |

|                         |                                                              |                                     |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Promotion d'une culture de la bientraitance en Ehpad et ESMS | Indicateur n°<br>Nombre de plaintes |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                |                                                                                                         |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur</b> |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Intégrer la démarche palliative et la prise en compte de la douleur dans la pratique soignante (Ehpad, ESMS) pour assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert               |
| Mesure n°2<br> | Organiser la diffusion de la culture palliative et de la prise en compte de la douleur près des professionnels de santé intervenant en Ehpad et EMS, en particulier par l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs |
| Mesure n°3<br> | Favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou ESMS) des patients requérant des soins palliatifs, (HAD, EMSP, coopérations formalisées intégrant les médecins généralistes, les SSIAD...)                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Ehpad, EMS, services hospitaliers, HAD, Conseils Généraux                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                     |                                                                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Promotion d'une véritable culture des soins palliatifs et de prise en compte de la douleur au sein des Ehpad et EMS | Indicateur n°<br>Nombre de conventions avec les soins palliatifs |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet soins palliatifs du SROS-PRS                             |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan national de développement des soins palliatifs 2008-2012     |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |



## Orientation n°4.3 : veiller au respect des droits des usagers

### Diagnostic régional et territorial

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette loi régit près de 32 000 structures ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

### Les sept droits fondamentaux des usagers

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
- Libre choix entre les prestations domicile/établissement
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur
- Accès à l'information
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Plusieurs outils ont été introduits en 2002, en faveur de l'exercice des droits des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

#### Le livret d'accueil

Selon les textes, un livret d'accueil doit être remis, à l'entrée en établissement, à la personne prise en charge (ou à son représentant légal). Ce livret présente l'établissement, les prestations proposées et comporte la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.

#### Le règlement de fonctionnement de l'établissement

Arrêté par l'établissement, il indique les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés individuels des résidents, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement, l'organisation des locaux, etc. Il précise également les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelle, les dispositions relatives aux transferts et déplacements, etc. Il énumère les règles essentielles de la vie collective.

#### La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Créée en 1999, elle contient l'ensemble des droits et libertés individuels des résidents : principe de non-discrimination, droit à la prise en charge ou à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, principe de prévention et de soutien, droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité de la personne et de son intimité. Dans la pratique, cette charte peut être affichée dans l'établissement et figure dans le livret d'accueil.

#### La liste des personnes qualifiées

Toute personne prise en charge par un établissement peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée choisie sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général. Les personnes qualifiées sont donc des intermédiaires ou des médiateurs entre les résidents et l'établissement.

#### Le contrat de séjour

Remis à chaque personne (ou à son représentant légal), il décrit les conditions de séjour et d'accueil et les conditions de participation financière du résident. Ce document doit être signé dans le mois qui suit l'admission. La participation de la personne (ou de son représentant légal) est requise pour que ce document ait une valeur contractuelle.

Cependant, ces outils ne sont pas toujours mis en œuvre : L'enquête EHPA 2007 de la DREES fait apparaître que :

- Environ huit résidents sur dix sont dans des établissements où les gestionnaires ont déclaré fournir de l'information sur le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.
- Sept sur dix sont dans des établissements où leur sont remis ou présentés le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

- Les informations sur la liste des personnes qualifiées sont plus rarement faites à l'arrivée du résident (moins de trois cas sur dix),
- L'existence d'instance comme le conseil de la vie sociale (instance obligatoire dans les établissements assurant un hébergement ou accueil de jour continu) est plus fréquemment régulièrement rappelée aux résidents (28 % des cas) que celle des documents écrits (moins d'un cas sur dix). Le document le plus connu, ou mémorisé, des résidents est finalement le règlement de fonctionnement de l'établissement : 52 % des résidents disent en avoir pris connaissance et 14 % ne pas l'avoir lu mais savoir de quoi il s'agit
- Par contre, moins de la moitié des résidents semblent savoir ce qu'est un contrat de séjour (41 % dont 29 % disent l'avoir signé et 12 % ne pas l'avoir signé mais connaître ce document), le livret d'accueil (33 %) ou la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (17 %), alors que ces supports d'informations leur sont, selon les gestionnaires, largement présentés. Par contre, la liste des personnes qualifiées a une signification pour 44 % des résidents alors qu'elle est plus rarement présentée par les gestionnaires.
- Enfin, peu de résidents connaissent le conseil de la vie sociale (12 %). Les dispositions réglementaires et contractuelles sur le fonctionnement de l'établissement apparaissent donc plus connues des personnes âgées que celles devant les informer de leurs droits et libertés, ainsi que celles devant leur permettre de s'exprimer.

D'après les gestionnaires d'établissement, 89 % des résidents peuvent choisir le médecin qui les suit. Cependant, lorsque l'on pose aux résidents la question : « Avez-vous pu choisir le médecin qui s'occupe de vous ici ? », en y incluant les personnes ayant conservé leur médecin traitant, ils ne sont que 64 % à déclarer avoir choisi leur médecin.

C'est dans le quotidien que les restrictions sont les plus fréquentes : dans les établissements servant les repas, seulement deux résidents sur dix disent pouvoir choisir leurs voisins de table.

La mise en place des outils de la loi de 2002-2 est vérifiée en Ehpad à l'occasion des renouvellements de conventions.

En établissement pour handicapés, elle est vérifiée à l'occasion de la signature de CPOM, et figure dans les items obligatoires des évaluations internes.

| Objectifs opérationnels                                          | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Conforter la place de l'utilisateur dans la vie institutionnelle | Priorité 2, objectif 6.1                  |

|                                                |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Qualité</b> | <b>Conforter la place de l'utilisateur dans la vie institutionnelle</b> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Vérifier par une enquête ponctuelle la mise en place et le bon fonctionnement des CVS (ordre du jour des réunions des conseils de vie sociale.....) |
| Mesure n°2<br>   | Promouvoir l'information et la formation sur les droits des usagers et les dispositifs existants : personne de confiance, personne qualifiée...     |
| Mesure n°3<br>   | Mise en place d'un système d'information dans les ESMS, en vue d'analyser la qualité de la prise en charge, en lien avec les usagers                |
| Mesure n°4<br>   | Respecter et prendre en compte le projet de vie et les différents besoins de la personne, dont la sexualité                                         |
| Mesure n°5<br> | Encourager et inciter les ESMS à développer l'expression et la communication de leurs usagers et de leurs familles                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine en lien avec la CSMS et la CSDU                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | ESMS, Ehpad, associations d'usagers, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie                                                             |

|                         |                                                                    |                                                                                   |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rendre l'utilisateur acteur éclairé de la vie de son établissement | Indicateur n°<br>Nombre de CVS répondant à leur mission (enquête par échantillon) |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## Psychiatrie et santé mentale

### Diagnostic régional et territorial

#### Points forts :

Une offre hospitalière satisfaisante avec en psychiatrie générale 30 secteurs en Lorraine soit 55 à 60 lits d'hospitalisation par secteur, 3 CHS en Moselle.

Un maillage des territoires globalement satisfaisant avec néanmoins quelques zones à améliorer

La prise en charge des urgences psychiatriques est organisée au sein de tous les établissements publics disposant d'un service d'urgence.

Une psychiatrie de liaison existante et efficace (consultations psychiatriques dans les différents services hospitaliers des CHG)

#### Points faibles :

Certains secteurs sont en difficulté (non gestion des HO, démographie médicale fragile, insuffisance de la psychiatrie de liaison dans le secteur du toulous...) et nécessitent leur rattachement à un CHS.

Démographie médicale préoccupante avec une pyramide des âges défavorable : faible densité des libéraux en Lorraine (5,9/ 100 000 versus 10,9 pour le territoire national) et en particulier en Meuse (6 praticiens en exercice)

Démographie hospitalière précaire pour certains établissements (CHS Fains-veel, CH Verdun, CHS de Jury les Metz, CHR Thionville)

Insuffisance de lisibilité du dispositif pour les professionnels et en particulier pour les médecins généralistes, premiers adresseurs

Surmortalité masculine par suicide en Lorraine (28/100 000/ 25 sur le territoire national).

La Meuse et les Vosges sont les territoires les plus touchés.

Insuffisance de structures extrahospitalières spécialisées (adolescents et personnes âgées – PA)

Sous équipement en structures extra hospitalières dans les secteurs de Thionville et du Toulous

L'activité des centres médico psychologiques (CMP) est soutenue leur imposant de prioriser leurs actions.

Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation pour les patients ne relevant plus d'une prise en charge sanitaire et de leur accompagnement médicosocial (SAVS, SAMSAH) entraînant des hospitalisations en psychiatrie « inadéquates ».

Les coordinations entre l'hôpital et le champ médico-social et social sont insuffisantes occasionnant des ruptures dans le parcours de santé des patients.

Difficultés pour la prise en charge hospitalière des adolescents ayant des gros troubles du comportement.

A noter : une HAD de psychiatrie infanto juvénile autorisée au CPN de Laxou en Meurthe et Moselle et qui a cessé son activité depuis 1 an.

Tous les professionnels rencontrés ont été unanimes sur le fait de ne pas privilégier ce mode de prise en charge mais plutôt les hospitalisations séquentielles et les prises en charge ambulatoires (CATTP et CMP entre autres).

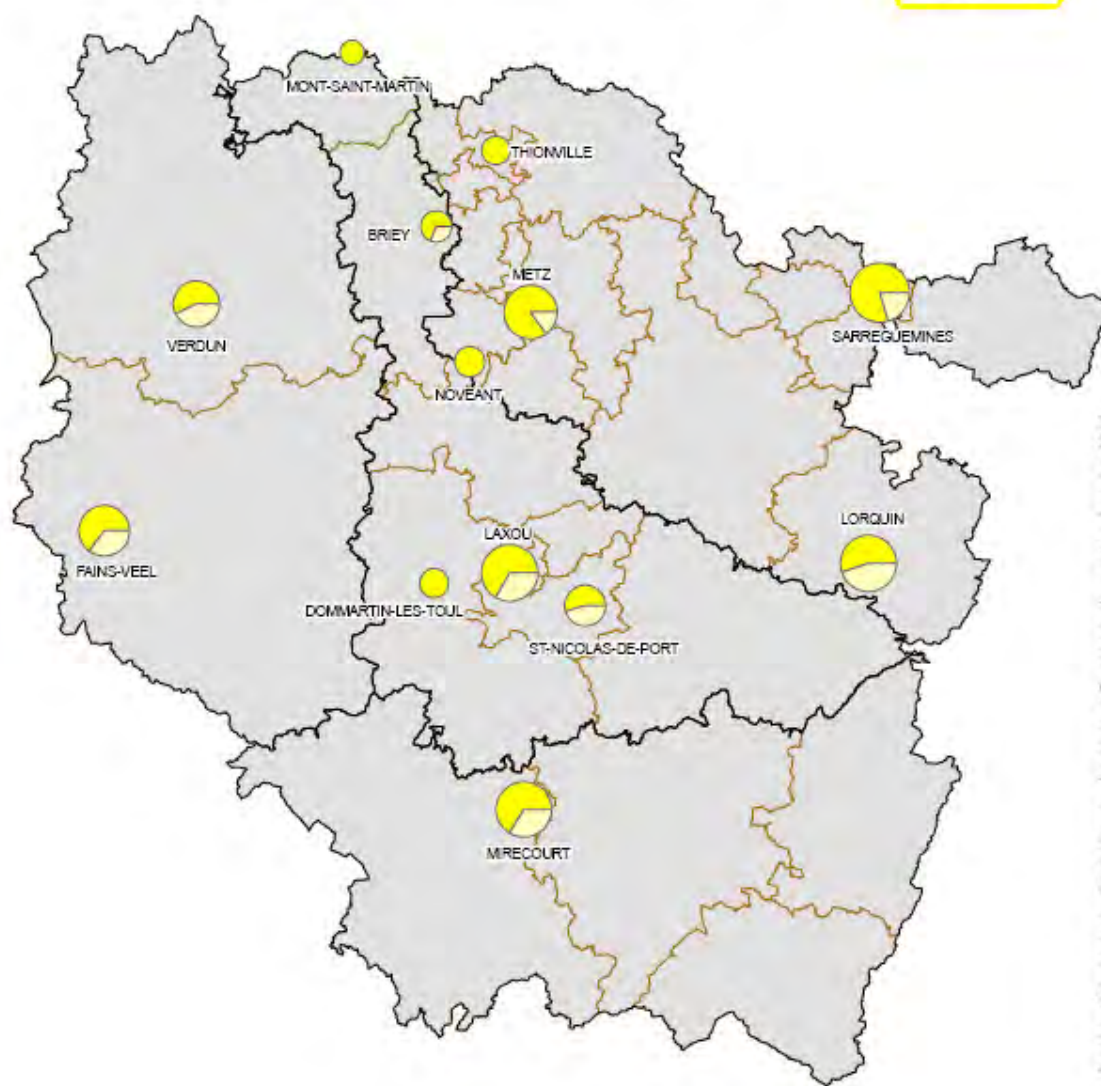
| Etat des lieux 2011 au 01/12/2011<br>(par FINESS géographique) |                      |                              |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| <b>IMPLANTATIONS HOSPITALISATION COMPLETE</b>                  |                      |                              |
|                                                                | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                                    | 2                    | 3                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 7                    | 3                            |
| Territoire de santé mosellan                                   | 9                    | 2                            |
| Territoire de santé vosgien                                    | 1                    | 1                            |
| Région lorraine                                                | 19                   | 9                            |
| <b>IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE JOUR</b>                   |                      |                              |
|                                                                | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                                    | 4                    | 6                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 11                   | 9                            |
| Territoire de santé mosellan                                   | 17                   | 10                           |
| Territoire de santé vosgien                                    | 8                    | 5                            |
| Région lorraine                                                | 40                   | 30                           |
| <b>IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE NUIT</b>                   |                      |                              |
|                                                                | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                                    | 2                    | 0                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 2                    | 2                            |
| Territoire de santé mosellan                                   | 3                    | 0                            |
| Territoire de santé vosgien                                    | 2                    | 0                            |
| Région lorraine                                                | 9                    | 2                            |
| <b>IMPLANTATIONS ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE</b>            |                      |                              |
|                                                                | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                                    | 1                    | 2                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 2                    | 1                            |
| Territoire de santé mosellan                                   | 3                    | 2                            |
| Territoire de santé vosgien                                    | 1                    | 1                            |
| Région lorraine                                                | 7                    | 6                            |
| <b>IMPLANTATIONS APPARTEMENT THERAPEUTIQUE</b>                 |                      |                              |
| Territoire de santé meusien                                    | 1                    |                              |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                        | 0                    |                              |
| Territoire de santé mosellan                                   | 1                    |                              |
| Territoire de santé vosgien                                    | 1                    |                              |
| Région lorraine                                                | 3                    |                              |

| IMPLANTATIONS CENTRE DE CRISE           |   |
|-----------------------------------------|---|
| Territoire de santé meusien             | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 1 |
| Territoire de santé mosellan            | 1 |
| Territoire de santé vosgien             | 0 |
| Région lorraine                         | 2 |
| IMPLANTATIONS CENTRE POST CURE          |   |
| Territoire de santé meusien             | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 1 |
| Territoire de santé mosellan            | 1 |
| Territoire de santé vosgien             | 0 |
| Région lorraine                         | 2 |

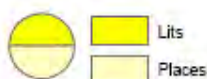
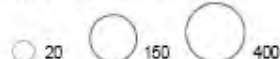
# L'offre de soins en PSYCHIATRIE GENERALE au 31.12.2009 en Lorraine

en nombre de lits et places

2 194 lits  
473 places



Nombre de lits et/ou places



Source :  
DREES - SAE 2009 - Nb de lits et places (HC - HJ - HN - HAD)

DEPARTEMENT      Secteurs de psychiatrie générale

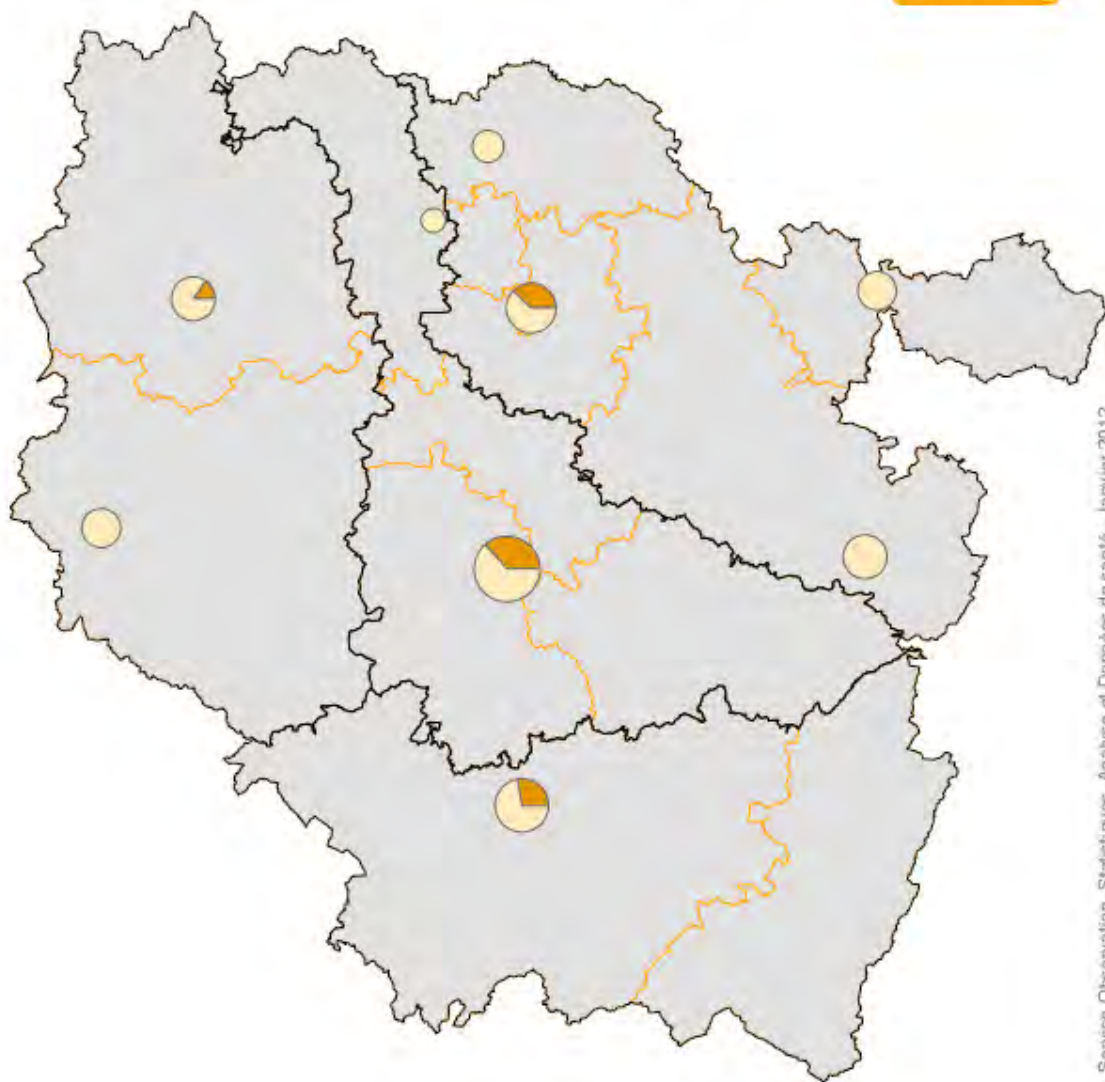
@ IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Janvier 2012



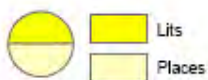
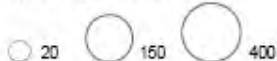
# L'offre de soins en PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE au 31.12.2009 en Lorraine

en nombre de lits et places

46 lits  
298 places



Nombre de lits et/ou places



Source :  
DREES - SAE 2009 - Nb de lits et places (HC - HJ - HN - HAD)

DEPARTEMENT      Secteurs de psychiatrie générale

@ IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Janvier 2012

| Objectifs opérationnels                                                                                                                          | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel 1<br>Améliorer l'accès aux soins en renforçant le rôle des CMP et leur accessibilité                                       | <b>Priorité n°2</b><br><u>Objectif général n°5</u><br><u>objectif spécifique</u> : soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires.<br><b>Priorité n°4</b><br><u>Objectif général n°12</u><br><u>Objectif spécifique 12.3</u> : |
| Objectif opérationnel 2<br>Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge                              | <b>Priorité n°1</b><br><u>Objectif général n°1</u><br><u>Objectif spécifique 7.3</u> :<br><u>Objectif général n°8</u><br><u>Objectif spécifique 8.2</u><br><u>Objectif général n°9</u><br><u>Objectif spécifique 9.4</u> :                               |
| Objectif opérationnel 3<br>Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents                                                           | <b>Priorité n°4 :</b><br><u>Objectif général n°11</u><br><u>Objectif spécifique 11.3</u> :                                                                                                                                                               |
| Objectif opérationnel 4<br>Améliorer la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement en EHPAD                          | <b>Priorité n°3</b><br><u>Objectif général n°7</u><br><u>Objectif spécifique 7.3</u> :<br><b>Priorité n°4</b><br><u>Objectif général n°1</u><br><u>Objectif spécifique 12.1</u> :                                                                        |
| Objectif opérationnel 5<br>Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les usagers et les autres professionnels de santé               | <b>Priorité n°2</b><br><u>Objectif général n°6</u><br><u>Objectifs spécifiques</u><br>n°6.1<br>n°6.2                                                                                                                                                     |
| Objectif opérationnel 6<br>Améliorer la pertinence du découpage des secteurs et les coopérations au sein de ceux-ci                              | <b>Priorité n°4</b><br><u>Objectif général n°12</u><br><u>Objectif spécifique 12.3</u> :                                                                                                                                                                 |
| Objectif opérationnel 7<br>Développer des actions ciblées de prévention et de dépistage (suicides, addictions, mal être, souffrances psychiques) | <b>Priorité n°1</b><br><u>Objectif général n°1</u><br><u>Objectif spécifique 1.3</u><br><u>Objectif spécifique 1.2</u><br><b>Priorité n°3</b><br><u>Objectif général n°7</u> :<br><u>Objectif spécifique 7.3</u>                                         |
| Objectif opérationnel 8<br>Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière                | <b>Priorité n°2</b><br><u>Objectif général n°5</u><br><u>objectif spécifique</u> : soutenir l'offre de soins de premier recours dans                                                                                                                     |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | les zones déficitaires.<br><b>Priorité n°1</b><br><u>Objectif général n°1</u><br>objectif spécifique 1.3                                                                                            |
| Objectif opérationnel 9<br>Réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie | <b>Priorité n°4</b><br><u>Objectif général n°10</u><br>objectif spécifique<br>n°10.3 :<br>adapter l'offre de soins<br>dans une logique de juste<br>usage des ressources et<br>de bon usage de soins |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b>                              | <b>Améliorer l'accès aux soins en renforçant le rôle des CMP et leur accessibilité</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°1<br>  | Améliorer le maillage des structures extra hospitalières de type CMP, CATTP et/ou HdJ sur les secteurs 54G06 (CHU Nancy), 57G16 et 57G17 (CHR Thionville) et 55G02 (CHG Verdun)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°2<br>  | Améliorer l'efficacité des CMP :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation des amplitudes horaires d'ouverture</li> <li>- réduction des délais de 1<sup>er</sup> RDV auprès d'un médecin</li> <li>- impliquer davantage les IDE et psychologues dans la réalisation des entretiens de 1<sup>ère</sup> intention et dans le suivi des patients</li> <li>- réaffirmer le rôle « hors les murs » des équipes soignantes (domicile, autres institutions,...)</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer le nombre de structures extrahospitalières spécialisées (CMP/ HdJ PA dans le 54, 55 et 57, CMP / HdJ adolescents : 11-12 / 15-16 ans dans les 4 territoires)</li> <li>- identifier dans le 54 un CMP de référence pour des prises en charges intersectorielles spécifiques à destination des étudiants</li> </ul>                                                                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Les Directeurs d'établissement, présidents de CME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p><b>Mesure n°1 :</b><br/>Renforcer le maillage territorial dans les secteurs déficitaires en structures extrahospitalières</p> <p><b>Mesure n°2 :</b><br/>Améliorer la prise en charge psychiatrique en ambulatoire et éviter les ruptures dans le parcours de soins par la mise en œuvre d'un cahier des charges commun aux CMP lorrains</p> <p><b>Mesure n°3 :</b><br/>Améliorer la prise en charge des enfants, des adolescents et des personnes âgées</p> | <p><b>Indicateur n° 1</b><br/>Nombre d'implantation en structures extrahospitalières dans les territoires déficitaires</p> <p><b>Indicateur n° 2</b><br/>Nombre de CMP ayant engagé une démarche d'efficience -nombre d'infirmières et de psychologues par CMP ayant réalisé un entretien de première intention.</p> <p><b>Indicateur n° 3</b><br/>Nombre de structures extrahospitalières spécialisées créées dans les territoires déficitaires.</p> |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Thématiques transversales personnes âgées, enfants-adolescents  
Volet périnatalité du SROS-PRS

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Renforcer les prises en charge ambulatoire au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation

Rapport COUTY (2009)

Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé et proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé.

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b>                             | <b>Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°1<br> | Créer et/ou intégrer des conseils locaux en santé mentale avec la collaboration des représentants d'usagers, les partenaires institutionnels (champ social, médico-social, protection de l'enfance, PJJ, éducation nationale ...), les élus, les professionnels libéraux.                                                                                                                                                                       |
| Mesure n°2<br> | <p>Limiter les ruptures de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en instituant une coordination du parcours du patient grâce au renforcement des groupements d'entraides mutuelles (GEM) notamment dans le 55, des SAVS et SAMSAH (aucun dans le 55) en lien avec les usagers et leur entourages familiaux et/ou aidants</li> <li>- en améliorant le soutien et la formation des aidants familiaux et extra familiaux</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | <p>Développer la réhabilitation psycho sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par la création d'appartements de transition (à proximité de l'hôpital avec suivi médical constant en journée)</li> <li>- par la poursuite du développement des appartements associatifs ou communautaires (présence d'une gouvernante et suivi médical dans le cadre de visites à domicile)</li> </ul>                                           |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Municipalités (CCAS..), associations d'Usagers, Directions de la Cohésion Sociale, PJJ, Conseils Généraux, Education Nationale, représentants des Professionnels Libéraux, représentants des établissements sociaux et médico-sociaux.                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p><b>Mesure n°1 :</b><br/>Dynamiser les conseils locaux en santé mentale dans les quatre territoires de santé</p> <p><b>Mesure n°2 :</b><br/>Encourager une bonne répartition des GEM sur l'ensemble des territoires<br/>Encourager la création de places de SAMSAH en Meuse et Moselle<br/>Encourager la création de place de SAVS auprès des Conseils Généraux</p> <p><b>Mesure n°3 :</b><br/>Création d'appartements de transition auprès des hôpitaux publics<br/>Développer les appartements associatifs ou communautaires</p> | <p><b>Indicateur n°1 :</b><br/>Nombre de conseils locaux en santé mentale actifs sur chaque territoire</p> <p><b>Indicateur n°2</b><br/>Nombre de GEM opérationnels par territoire<br/>Nombre de places de SAMSAH créées en 55 et 57</p> <p><b>Indicateur n°3</b><br/>Nombre d'appartements de transition par établissement public de santé.</p> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet lutte contre l'exclusion sociale du SROS-PRS  
Schéma médico-social (handicap /PA)

### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Mieux accompagner (développer les services d'accompagnement, créer des lieux d'entraide mutuelle, favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté, développer les réseaux en santé mentale).

Rapport COUTY (2009) : création d'un groupement local pour la coopération en santé mentale et d'un conseil local en santé mentale.

|                                                                     |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b> | <b>Améliorer la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes</b> |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                          | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mesure n°1</b><br>   | Développer des prises en charge ambulatoires spécialisées pour les adolescents notamment de type d'HdJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Mesure n°2</b><br>   | Articuler la prise en charge conjointe entre les équipes de psychiatrie et de pédiatrie lors de l'hospitalisation de l'enfant en service de pédiatrie (ex CHS Lorquin/pédiatrie CHG Sarrebourg).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Mesure n°3</b><br>   | Améliorer la prise en charge des adolescents à fort troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer les équipes mobiles en pédo psychiatrie ou de CMP afin de créer du lien avec les structures médico sociales (repérage et prévention des troubles du comportement, informations et formations)</li> <li>- dédier des structures existantes de type IME (12 à 15 lits max) à la prise en charge spécifiques de ces adolescents dans le 57 et le 54 (à vocation régionale) en y affectant des équipes mixtes, socio éducatives et sanitaires</li> </ul> |
| <b>Mesure n°4</b><br> | Développer des prises en charges " mixtes "adultes et infanto-juvéniles pour les 16-25 ans en mutualisant les moyens des 2 champs, le passage de la pédo psychiatrie à la psychiatrie adulte représentant un risque de rupture des soins (ex du CHG de Briey en ambulatoire)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                            | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                                       | CHS, représentants établissements médico-sociaux, Conseil Général (ASE), Education Nationale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Mesure n°1 :</b><br>Création de 6 HdJ dans les TSP déficitaires des quatre territoires de santé (TSP 1 =1 ; TSP 15 =1 ; TSP 5=1 ; TSP 6=1 ; TSP 7 = 1 ; TSP 13= 1)<br><b>Mesure n°2 :</b><br>Mise en œuvre de coopérations pédiatriques et infanto-juvénile entre les CHG et les établissements psychiatriques (conventions)<br><b>Mesure n°3 :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention d'équipes mobiles de pédopsychiatrie dans les structures médico-sociales</li> <li>- En Lorraine, deux structures médico-sociales sont dédiées à la prise en charge spécifique des adolescents à fort troubles du comportement</li> </ul> | Indicateur n°<br><b>Indicateur n° 1</b><br>Nombre d'HdJ créés dans les territoires de santé.<br><b>Indicateur n°2</b><br>Nombre de convention de coopérations entre les services de pédiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile<br><b>Indicateur n°3</b><br>Nombre d'équipes mobiles de |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|  |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Mesure n°4 :</b><br/>Mise en œuvre de prises en charge mixtes infanto-juvéniles et adultes en CHG/CHS des 16-25 ans</p> | <p>pédopsychiatrie intervenant dans les structures médico-sociales</p> <p><b>Indicateur n°4</b><br/>Nombre d'établissements publics de santé assurant une prise en charge mixte des 16-25 ans .</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale prise en charge des enfants et des adolescents

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

##### Rapport COUTY (2009) :

- Intégrer un volet santé mentale s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social
- Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé

##### Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

- Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents : Favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents, renforcer les moyens du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile (et en particulier dans le cas d'alternatives à l'hospitalisation et du dispositif ambulatoire).

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Psychiatrie et santé<br/>mentale</b>                               | <b>Améliorer la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles<br/>du comportement en EHPAD</b>                                                                                                                                                                            |
| <b>Plan d'actions<br/>associées</b>                                                             | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°1<br> | Former des professionnels soignants (IDE et AS) en formation initiale et continue                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br> | Dédier des équipes mobiles à la gériatrie et/ou mobiliser les équipes des CMP en lien avec les gériatres pour interventions (informations, formations, suivis des prises en charges) dans les EHPAD et les services de courts séjours gériatriques (psychiatrie dite de "secteur") |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Région Lorraine (Formation, éducation) IFSI / IFAS...                                                                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p><b>Mesure n°1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation initiale des soignants à la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD (dépend du programme national)</li> <li>- Mise en place de formations dans le cadre de la formation continue pour les professionnels des EHPAD (en lien avec les IFAS et IFSI du territoire)</li> </ul> <p><b>Mesure n°2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention d'équipes mobiles psycho-gériatriques dans les EHPAD.</li> </ul> | <p><b>Indicateur n°1</b><br/>Nombre d'EHPAD par territoire de santé ayant mis en place des formations spécifiques à destination des soignants.</p> <p><b>Indicateur n°2</b><br/>Nombre d'EHPAD par territoire de santé bénéficiant de l'intervention d'équipes mobiles psycho-gériatriques.</p> |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale personnes âgées

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

##### Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale :

- champ sanitaire : renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison
- champ médico-social : adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle.
- formation : sensibilisation et formation au diagnostic et à la prise en charge précoce des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée grâce à des guides de bonnes pratiques.

##### Plan Alzheimer 2008-2012 :

- renforcement des compétences des professionnels intervenant auprès de résidents atteints de Démence Type Alzheimer (DTA)

|                                                                     |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b> | <b>Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les usagers et les autres professionnels de santé</b> |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mettre en place un référent santé mentale (qui peut être IDE, AS, psychologue, médecin) dans chaque CHS afin de constituer une "porte d'entrée" pour tous les professionnels de santé                                                                                                                                                          |
| Mesure n°2<br> | Contribuer à l'information du public et des professionnels de santé en renseignant un annuaire régional de ressources, informer les usagers sur leurs droits. Constituer un groupe de travail chargé d'élaborer cette ressource composé de professionnels de la santé mentale, de représentants des usagers et des structures Médico Sociales. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CHS, représentants des Professionnels libéraux, représentants des Usagers                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Mesure n°1</b><br>Désignation d'un référent santé mentale dans chaque CHS<br><b>Mesure n°2 :</b><br>- Compléter l'annuaire régional des ressources<br>- S'assurer du bon fonctionnement des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques dans chaque territoire (art L323-1 n°8 du Code de Santé Publique) :<br>Réunions régionales, enquête sur le fonctionnement des commissions conformément aux directives contenues dans la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques | <b>Indicateur n°1</b><br>Nombre de CHS avec un référent santé mentale<br><b>Indicateur n°2</b><br>-annuaire des ressources complété<br>-conformité des 4 CDSP à l'article L 3223-1 du CSP<br>-nombre de réunions régionales. |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS-PRS versant ambulatoire, SRP                              |

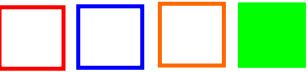
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Rapport COUTY (2009) :</u><br>Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé<br><u>Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :</u><br>Mieux informer et prévenir<br>Renforcer le droit des malades et de leurs proches<br>Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Psychiatrie et santé mentale                                     | <b>Améliorer la pertinence du découpage des secteurs et les coopérations au sein de ceux-ci</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°1<br>  | Réexaminer le découpage sectoriel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réflexion à poursuivre sur la sectorisation en Moselle Nord-Ouest</li> <li>- En Moselle Est (Bassin Houiller): en fonction du projet médical MCO</li> <li>- Meurthe et Moselle : rattachement du secteur 54G06 (CHU Nancy) au CPN de Laxou</li> </ul> S'interroger sur la pertinence de maintenir des secteurs isolés (adultes et enfants) dépendant d'un CHG (Briey, Mont St Martin) |
| Mesure n°2<br>  | Améliorer le positionnement des CHS par rapport aux Etablissements de santé dans leurs territoires en les inscrivant dans des communautés hospitalières de territoires<br>(Fains-Véel/Verdun demande d'expertise en cours de la MNASM, Lorquin/Sarrebourg)                                                                                                                                                                                                         |
| Mesure n°3<br> | Favoriser les coopérations notamment grâce à la création de GCS ou CHT en santé mentale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Fédérations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p><b>Mesure n°1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rattachement effectif du secteur 54G06 (CHU Nancy) au CPN de Laxou</li> <li>- Projet médical commun entre CHR et CHS de Jury-les-Metz pour la prise en charge des patients de la Moselle Nord-Ouest</li> <li>- Réflexion inter établissements sur la prise en charge psychiatrique dans le Bassin Houiller</li> </ul> <p><b>Mesure n°2</b><br/>mise en œuvre de communautés hospitalières de territoire</p> <p><b>Mesure n°3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- création de GCS ou CHT en santé mentale</li> <li>- mettre en place la télé-psychiatrie (avis, expertises)</li> </ul> | <p><b>Indicateur n°1 :</b><br/>Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent en Moselle et en Meurthe et Moselle</li> <li>- Part des hospitalisations sans consentement dans les CHS.</li> </ul> <p><b>Indicateur n°2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de communautés hospitalières de territoire mises en œuvre</li> </ul> <p><b>Indicateur n°3</b><br/>nombre de GCS en santé mentale créés.<br/>Nombre d'établissements concernés par la télé-psychiatrie</p> |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale prise en charge des enfants et adolescents<br>Volet médecine d'urgence du SROS-PRS<br>SROMS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Rapport COUTY (2009)</u> : proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé |

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b>                             | <b>Développer des actions ciblées de prévention et de dépistage (suicides, addictions, mal être, souffrances psychiques)</b>                                                                                                                                                                                             |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°1<br> | Prévenir le suicide et le mal être chez les adolescents (information, formation des partenaires en milieu scolaire et post scolaire)<br>Développer la prévention en favorisant les liens et l'implantation de professionnels de santé dans les lieux neutres (points d'écoute, Maison des Adolescents, points jeunes...) |
| Mesure n°2<br> | Développer la prévention du suicide chez les personnes âgées par la promotion des STAPA (service téléphoniques d'appel aux personnes âgées en lien avec les municipalités cf. le secteur du Lunévillois) en lien avec les CMP et les Conseils Locaux en Santé Mentale                                                    |
| Mesure n°3<br> | Prévenir la souffrance au travail. Constitution d'un groupe de réflexion avec les professionnels de la santé mentale, les médecins du travail et des ingénieurs en prévention des caisses de retraites.                                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Education Nationale, Maisons des Adolescents, Associations de Prévention, Médecine du Travail, (médecin régional, services médicaux inter-entreprise), Conseils Généraux.                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Mesure n°1 :</b><br>- Intervention des acteurs de santé dans les établissements scolaires afin de sensibiliser les professionnels au repérage du mal être chez les adolescents en lien avec les Maisons des Adolescents<br>- Création d'une maison des adolescents dans les Vosges.<br><b>Mesure n°2 :</b> Mise en œuvre de STAPA en lien avec les CMP et les conseils locaux de santé mentale<br><b>Mesure n°3 :</b> Constitution d'un groupe de réflexion avec les professionnels de la santé mentale, les médecins du travail et des ingénieurs en prévention des caisses de retraites. | <b>Indicateur n° 1</b><br>Nombre d'établissements du secondaire concernés par ces interventions.<br>Création d'une maison des Adolescents dans les Vosges<br><b>Indicateur n°2</b><br>Nombre de STAPA par territoire de santé<br><b>Indicateur n°3</b><br>Nombre de réunions organisées au plan régional et par territoire. |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Régional de Prévention, SROMS,  
Volet périnatalité du SROS-PRS  
Thématique transversale santé de l'enfant et de l'adolescent

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent

- développement du repérage de la dépression dans les établissements scolaires
- poursuite de la mise en place des maisons des adolescents
- développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie

|                                                                     |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b> | <b>Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière.</b> |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'attractivité des CHS en zones déficitaires (projets médicaux) et le partenariat transfrontalier (cf. nord Meusien) <ul style="list-style-type: none"> <li>- temps médical partagé</li> <li>- développement de la télémédecine (télé expertise, certaines consultations –UCSA, addictologie)</li> <li>- ...</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Transferts d'activités de consultations et de suivis psychothérapeutiques des psychiatres vers les psychologues                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br> | Développer l'acquisition de compétences et de savoir faire en direction des nouvelles infirmières sorties des IFSI par leurs pairs (tutorat)                                                                                                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | CHS, URPS, ordres professionnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Mesure n°1 :</b><br>Présence médicale renforcée dans les zones déficitaires (hospitalière et libérale)<br>Expérimentation de la télémédecine entre les CHS et les CMP, dans les UCSA. | <b>Indicateur n°1</b><br>Nombre de psychiatres hospitaliers et libéraux dans les zones déficitaires<br><b>Indicateur n°2</b><br>File active par CMP de patients suivis par une psychologue en première intention et en suivi psychothérapeutique. |
|                         | <b>Mesure n°2 :</b><br>Psychologues effectivement associés dans les prises en charge en CMP                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                         | <b>Mesure n°3 :</b> tutorat effectif pour toute infirmière travaillant pour la première fois en établissement psychiatrique                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>               |
|------------------------------------------------------------------------------|
| SROS PRS volet santé des personnes détenues<br>Volet Ambulatoire du SROS PRS |



**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux, à l'hôpital et dans le secteur libéral.

Développer des programmes coordonnés à destination de personnes détenues et mise en place d'outils innovants

Rapport COUTY (2009) : proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé.

|                                                                     |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Psychiatrie et santé mentale</b> | <b>Réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie</b> |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Renforcer les articulations avec le champ médico social et social par des interventions des professionnels de la psychiatrie dans les structures et auprès des professionnels médico sociaux. |
| Mesure n°2<br> | Mettre les capacités d'hospitalisation en adéquation avec les besoins de la population.                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Structures médico-sociales, conseils généraux, établissements de santé                                                                                                                        |

|                         |                                                                                                          |                                                                       |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <b>Mesure 1 et 2 :</b><br>Améliorer la qualité de prise en charge :<br>le « bon patient au bon endroit » | <b>Indicateur n°1</b><br>Diminution de la part de patients inadéquats |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROMS                                                          |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :</u><br>Poursuivre l'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète<br>Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours<br>Assurer la liaison indispensable avec le secteur médico-social pour ce qui concerne le soin des patients pris en charge et le soutien des professionnels. |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Objectifs opérationnels 1 à 6 se déclinent au niveau régional.</li> <li>La mesure n°3 de l'objectif opérationnel n°3 (prise en charge des adolescents perturbateurs) serait un dispositif à vocation régionale également</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils locaux en santé mentale</li> <li>Découpage sectoriel</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention du suicide</li> <li>Conseils locaux en santé mentale</li> <li>Démographie médicale</li> </ul>                                                                                                                            |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Découpage sectoriel</li> <li>Prévention du suicide Bassin Houiller</li> <li>Conseils locaux en santé mentale</li> </ul>                                                                                                             |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention du suicide</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    |

| OQOS (par FINESS géographique)              |                      |                              |
|---------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION COMPLETE |                      |                              |
|                                             | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                 | 2                    | 2 à 3                        |
| Territoire de santé meurthe et mosellan     | 7                    | 3                            |
| Territoire de santé mosellan                | 9                    | 2                            |
| Territoire de santé vosgien                 | 1                    | 1                            |
| Région lorraine                             | 19                   | 8 à 9                        |
| OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE JOUR  |                      |                              |
|                                             | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                 | 4                    | 6 à 7                        |
| Territoire de santé meurthe et mosellan     | 11 à 13              | 9 à 10                       |
| Territoire de santé mosellan                | 17 à 19              | 10 à 13                      |
| Territoire de santé vosgien                 | 8                    | 5 à 6                        |
| Région lorraine                             | 40 à 44              | 30 à 36                      |
| OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE NUIT  |                      |                              |
|                                             | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                 | 2                    | 0                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan     | 2                    | 2                            |
| Territoire de santé mosellan                | 3                    | 0                            |
| Territoire de santé vosgien                 | 2                    | 0                            |
| Région lorraine                             | 9                    | 2                            |

| OQOS IMPLANTATIONS ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE |                      |                              |
|---------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
|                                                   | Psychiatrie générale | Psychiatrie infanto juvénile |
| Territoire de santé meusien                       | 1                    | 2                            |
| Territoire de santé meurthe et mosellan           | 2                    | 1                            |
| Territoire de santé mosellan                      | 3                    | 2                            |
| Territoire de santé vosgien                       | 1                    | 1                            |
| Région lorraine                                   | 7                    | 6                            |
| OQOS IMPLANTATIONS APPARTEMENT THERAPEUTIQUE      |                      |                              |
|                                                   | Psychiatrie générale |                              |
| Territoire de santé meusien                       | 1                    |                              |
| Territoire de santé meurthe et mosellan           | 0 à 1                |                              |
| Territoire de santé mosellan                      | 1                    |                              |
| Territoire de santé vosgien                       | 1                    |                              |
| Région lorraine                                   | 3 à 4                |                              |
| OQOS IMPLANTATIONS CENTRE DE CRISE                |                      |                              |
|                                                   | Psychiatrie générale |                              |
| Territoire de santé meusien                       | 0                    |                              |
| Territoire de santé meurthe et mosellan           | 1                    |                              |
| Territoire de santé mosellan                      | 1                    |                              |
| Territoire de santé vosgien                       | 0                    |                              |
| Région lorraine                                   | 2                    |                              |
| OQOS IMPLANTATIONS CENTRE POST CURE               |                      |                              |
|                                                   | Psychiatrie générale |                              |
| Territoire de santé meusien                       | 0                    |                              |
| Territoire de santé meurthe et mosellan           | 1                    |                              |
| Territoire de santé mosellan                      | 1                    |                              |
| Territoire de santé vosgien                       | 0                    |                              |
| Région lorraine                                   | 2                    |                              |

## II.2. Le Schéma Régional de Prévention (SRP)

### SOMMAIRE

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Introduction .....                                              | 2   |
| Prévention et promotion de la santé.....                        | 3   |
| Veille Alerte et Gestion des Urgences. SANitaires -VAGUSAN..... | 101 |

## Introduction

---

Le schéma de prévention s'inscrit dans les trois finalités poursuivies par la politique nationale de santé

- promouvoir l'égalité devant la santé, dès les âges les plus jeunes de la vie
- préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun
- renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires

Le schéma régional de prévention détermine des axes prioritaires de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Un volet particulier développe la prévention et la préparation de l'ARS à la gestion des situations d'urgences.

### **Il se décline en deux volets :**

- Le volet PPS relatif à la Prévention et à la Promotion de la Santé, et à la Santé Environnementale
- Le volet VAGUSAN : Veille, Alertes et Gestion des Urgences SANitaires

## **Prévention et Promotion de la Santé**

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>PREAMBULE</b> .....                                                                                                      | 24 |
| <b>CADRE REGLEMENTAIRE</b> .....                                                                                            | 24 |
| <b>DEFINITION DES CONCEPTS</b> .....                                                                                        | 24 |
| <b>LES AXES DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION</b> .....                                                                      | 27 |
| <b>I. DES PRINCIPES D’ACTION</b> .....                                                                                      | 28 |
| <i>A. Adapter des stratégies pour promouvoir l'égalité devant la santé entre groupes sociaux et entre territoires</i> ..... | 28 |
| <i>B. Intégrer les stratégies de prévention dans une approche de promotion de la santé</i> .....                            | 29 |
| <i>C. Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées</i> .....                                 | 29 |
| <i>D. Développer le partenariat intersectoriel et le travail en réseau</i> .....                                            | 30 |
| <i>E. Développer une démarche progressive d'amélioration de la qualité du service rendu</i> .....                           | 30 |
| <i>F. Augmenter les compétences et les capacités d'action par la formation</i> .....                                        | 31 |
| <i>G. Intégrer la promotion de la santé dans les différentes politiques</i> .....                                           | 31 |
| <b>II. STRUCTURES ET ACTEURS EN PROMOTION DE LA SANTE, Y COMPRIS EN PREVENTION</b> .....                                    | 31 |
| <i>A. Organisation selon les niveaux d'intervention</i> .....                                                               | 31 |
| 1. Niveau régional .....                                                                                                    | 31 |
| 2. Niveau du territoire de santé (département) .....                                                                        | 32 |
| 3. Niveau du territoire de santé de proximité (TSP) voire infra TSP .....                                                   | 32 |
| <i>B. Articulation entre les trois niveaux</i> .....                                                                        | 32 |
| <i>C. Articulation des acteurs au sein de chaque niveau</i> .....                                                           | 32 |
| <i>D. Les principaux acteurs identifiés en région Lorraine</i> .....                                                        | 33 |
| <b>III. DES THEMATIQUES PRIORITAIRES</b> .....                                                                              | 34 |
| <i>A. Les principales causes de mortalité prématurée évitable</i> .....                                                     | 34 |
| 1. Les cancers .....                                                                                                        | 34 |
| 1.1. Objectifs en matière de promotion de la santé.....                                                                     | 35 |
| 1.2. Objectifs en matière de dépistage .....                                                                                | 35 |
| 1.2.1. <i>Cancer du sein</i> .....                                                                                          | 35 |
| a Contexte .....                                                                                                            | 35 |
| b Objectifs .....                                                                                                           | 37 |
| 1.2.2. <i>Cancer colo-rectal</i> .....                                                                                      | 37 |
| a Contexte .....                                                                                                            | 37 |
| b Objectifs .....                                                                                                           | 39 |



|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1.2.3. Cancer broncho-pulmonaire</b>                            | 39 |
| a Contexte                                                         | 39 |
| b Objectifs                                                        | 39 |
| <b>1.2.4. Cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)</b> | 39 |
| a Contexte                                                         | 39 |
| b Objectifs                                                        | 39 |
| <b>1.2.5. Cancer du col utérin</b>                                 | 39 |
| a Contexte                                                         | 39 |
| b Objectifs                                                        | 40 |
| <b>1.2.6. Mélanomes et autres cancers de la peau</b>               | 40 |
| a Contexte                                                         | 40 |
| b Objectifs                                                        | 41 |
| <b>2. Maladies cardio-neurovasculaires</b>                         | 41 |
| a Contexte                                                         | 41 |
| b Objectifs                                                        | 41 |
| <b>3. Maladies respiratoires (hors cancers)</b>                    | 42 |
| a Contexte                                                         | 42 |
| b Objectifs                                                        | 43 |
| <b>B. Surpoids et obésité</b>                                      | 43 |
| 1. Contexte                                                        | 43 |
| 2. Objectifs                                                       | 44 |
| <b>C. Santé mentale et suicide</b>                                 | 45 |
| 1. Contexte                                                        | 45 |
| 2. Objectifs                                                       | 47 |
| <b>D. Addictions</b>                                               | 48 |
| <b>E. VIH / SIDA et IST</b>                                        | 49 |
| 1. Contexte                                                        | 49 |
| 2. Objectifs                                                       | 53 |
| <b>F. Protection vaccinale de la population</b>                    | 54 |
| 1. Contexte                                                        | 54 |
| 2. Objectifs                                                       | 56 |
| <b>G. Education thérapeutique du patient</b>                       | 57 |
| 1. Contexte                                                        | 57 |
| 2. Objectifs et principes de développement de l'ETP en Lorraine    | 57 |

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| <b>H. Santé environnementale</b> .....                  | 59  |
| 1. Contexte .....                                       | 59  |
| 2. Objectifs .....                                      | 60  |
| <b>I. Santé au travail</b> .....                        | 62  |
| 1. Contexte .....                                       | 62  |
| 2. Objectifs .....                                      | 63  |
| <b>CONCLUSION</b> .....                                 | 63  |
| <b>OBJECTIFS OPERATIONNELS</b> .....                    | 64  |
| Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ..... | 64  |
| Cancers .....                                           | 70  |
| Education Thérapeutique du Patient (ETP) .....          | 75  |
| Maladies Cardio-Neuro-Vasculaires (MCNV) .....          | 80  |
| Surpoids et obésité .....                               | 85  |
| Santé mentale / suicide .....                           | 91  |
| Vaccinations .....                                      | 97  |
| VIH / SIDA / IST .....                                  | 101 |
| Santé environnementale et santé au travail .....        | 106 |

## PREAMBULE

### Cadrement réglementaire

En application de l'article R 1434-3 du code de la santé publique, le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

- 1° Des actions, médicales ou non, concourant à :
  - a) La promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
  - b) La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;
  - c) La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;
- 2° Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;
- 3° Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;
- 4° Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;
- 5° Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des collectivités, organismes et services ministériels mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile sont prises en compte par les schémas.

### Définition des concepts

Derrière les mots prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, les représentations sont diverses, les confusions sont fréquentes, rendant difficile la compréhension mutuelle, les échanges. Il est pertinent de distinguer deux niveaux :

- Celui du cadre d'intervention
  - un cadre large : la promotion de la santé
  - un cadre plus spécifique : la prévention
- Celui des méthodes d'intervention dont fait partie l'éducation pour la santé.

### La promotion de la santé

La **Charte d'Ottawa** (1986) définit la promotion de la santé comme " le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie. C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. "

La promotion de la santé s'appuie donc sur une conception globale et positive de la santé comme déterminant de la qualité de vie :

- globale dans le sens où cette approche vise à mettre en œuvre des stratégies plurielles et complémentaires agissant sur des déterminants individuels et comportementaux mais également environnementaux.
- positive car elle s'appuie sur les avantages, les forces, les ressources personnelles ainsi que les compétences des individus et populations.

Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication de la communauté et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...)
- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, alcool, tabac, activité physique...)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut en matière d'emploi...)
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique)



Source: Dahlgren, G. (1995) *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future*. Vol. 11 – *Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Ainsi, l'action sur ces déterminants relève pour partie de l'action de nombreuses institutions partenaires de l'ARS (PMI, santé scolaire, santé au travail) mais également des collectivités territoriales et des acteurs économiques.

Agir en promotion de la santé signifie que l'on s'inscrit dans les stratégies d'intervention suivantes :

- Contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs (législation, fiscalité, organisation des services, etc.)
- Créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail).
- Renforcer l'action collective/communautaire en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration de stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé.
- Développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé.
- Réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

## **La prévention des maladies et des accidents**

Elle consiste en actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières et l'éducation pour la santé.

La classification de l'OMS, basée sur le stade de la maladie et non sur le maintien en bonne santé, distingue :

- La *prévention primaire* qui comprend l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. Elle se situe donc en amont de l'apparition des maladies. Sont pris en compte les conduites individuelles à risque et les risques environnementaux.
- La *prévention secondaire* : son but est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle se situe à l'extrême début de la maladie, et prend en compte le dépistage et le traitement des premières atteintes.
- La *prévention tertiaire* : se situe après la maladie (réduit les conséquences) ; l'éducation thérapeutique du patient rentre dans ce cadre.

Une classification plus adaptée basée sur la population cible a été proposée par Gordon :

- la *prévention universelle* destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait partie intégrante de cette acception, l'éducation pour la santé.
- la *prévention sélective*: vers des sous groupes de population spécifiques facteurs de risque ou pas  
Ex : enfants, jeunes femmes, travailleurs du bâtiment, populations défavorisées...
- la *prévention ciblée* est non seulement fonction de sous-groupes de population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à ces sous-groupes (ex : recherche d'une glycosurie chez la femme enceinte)

Enfin, une autre catégorisation de la prévention, a été utilisée lors des Etats Généraux de la prévention en 2006 (Claude Le Pen, 2006) :

- La *prévention médicale* : elle désigne les actes effectués par les professionnels de santé souvent à leur initiative ou à celle des pouvoirs publics, pour diminuer la fréquence ou la gravité de pathologies. Contrairement aux soins curatifs (dépenses de consommation produisant des effets immédiats), ces soins préventifs s'apparentent à des investissements, c'est à dire des dépenses qui doivent s'apprécier au regard de leurs conséquences futures et dont on sait parfaitement déterminer la rentabilité aussi bien en termes économiques qu'en termes humains.
- La *prévention environnementale* vise à limiter les facteurs pathogènes affectant le cadre de vie ou de travail des individus.
- La *prévention comportementale* : il s'agit des politiques visant à inciter les individus ou les populations à diminuer ou à supprimer leurs comportements à risque pour eux mêmes ou pour les autres (tabagisme, relations sexuelles non protégées, conduite automobile agressive...). Cette prévention a longtemps été le parent pauvre de la politique de santé publique pour des raisons multiples (culpabilisation du malade, préservation de la liberté individuelle, crainte d'un conformisme, etc.) et un certain fatalisme.

Cette catégorisation permettrait d'éviter l'écueil de cette individualisation et donc l'opposition entre promotion de la santé et prévention.

## **L'éducation pour la santé**

Parmi les moyens au service de la promotion et de la prévention, figure l'éducation pour la santé. Celle-ci vise à permettre à chacun d'adopter des comportements favorables à sa santé en lui apportant les savoirs, savoir-être et savoir-faire nécessaires.

L'éducation pour la santé représente :

- un ensemble de méthodes, de démarches pédagogiques et de communication au service de la promotion de la santé et de la prévention,
- pour accroître l'autonomie, la capacité de faire des choix favorables à la santé,
- en respectant la liberté, en promouvant la responsabilité des personnes,
- en développant les connaissances et les compétences,
- en favorisant l'estime de soi et l'attention aux autres.

L'éducation pour la santé s'inscrit, comme l'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre général de la promotion de la santé.

### **L'éducation thérapeutique**

Pour l'OMS (1996) l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

La loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le code de la santé publique ; il y est précisé que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient ; elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

### **Intervention en santé publique**

Une intervention en santé publique peut être définie comme « un ensemble d'actions organisées dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique ». Quelle que soit sa nature ou sa fonction, une intervention est constituée de différentes composantes : un environnement, une situation problématique et ses déterminants (et/ou facteurs associés), des objectifs (généraux, spécifiques, opérationnels), un processus d'actions (mobilisant des acteurs et des ressources et produisant des biens et/ou services) et des effets (impactant les déterminants et la situation problématique)

De façon générale, les interventions de prévention vont chercher à agir sur les facteurs de risque (et/ou les déterminants) afin d'empêcher l'apparition du problème de santé ; les interventions de promotion de la santé vont se centrer, principalement, sur les facteurs de protection afin de favoriser le développement d'une des dimensions de la santé.

## **LES AXES DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION**

Le volet Promotion de la Santé et Prévention du schéma régional de prévention retient 3 axes : des principes d'action, des acteurs, des thématiques prioritaires.

### **Des principes d'action**

- Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé
- Intégrer les stratégies de prévention dans une approche de promotion de la santé
- Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent
- Développer le partenariat intersectoriel et le travail en réseau
- Développer une démarche progressive d'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes concernées
- Augmenter les compétences et les capacités d'action en promotion de la santé par la formation
- Intégrer la promotion de la santé dans les différentes politiques

## **Des acteurs en promotion de la santé, y compris en prévention**

La promotion de la santé ne relève pas uniquement du champ sanitaire et fait intervenir de ce fait de nombreux acteurs.

Toutefois, chaque acteur possède des compétences spécifiques et opère à un niveau qui lui est propre. Ces compétences et ces niveaux d'intervention doivent s'articuler pour apporter des réponses de manière collective.

Cet objectif ne peut être atteint que s'il existe une concertation entre les différents acteurs pour articuler les actions de manière efficace au bénéfice des personnes et des populations tout en respectant les spécificités des uns et des autres.

On peut citer notamment :

- le secteur de la santé : professionnels de santé libéraux, réseaux de santé, établissements de santé, établissements médico-sociaux, centres de santé...
- les acteurs des milieux de vie (familles, écoles, universités, travail, milieux d'accueil...)
- les relais auprès des populations les plus vulnérables
- le secteur associatif
- les collectivités locales
- les organismes de protection sociale
- l'Etat

## **Des thématiques prioritaires**

- principales causes de mortalité prématurée évitable en Lorraine : cancers, maladies cardiovasculaires et maladies respiratoires (hors cancer)
- santé mentale/suicide
- addictions
- VIH/SIDA et IST
- vaccinations
- éducation thérapeutique du patient
- santé environnementale

### **I. Des principes d'action**

#### ***A. Adapter les stratégies pour promouvoir l'égalité devant la santé entre groupes sociaux et entre territoires***

La Charte d'Ottawa identifie quatre conditions préalables à la santé: la paix, un toit, une nourriture et un revenu suffisants. De manière générale, l'inégalité socio-économique apparaît comme la principale source des inégalités devant la santé. L'amélioration du niveau de vie et l'insertion socio-économique des personnes défavorisées sont donc des buts prioritaires, en amont des interventions plus spécifiques en matière de promotion de la santé. En effet, les progrès accomplis en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population ne bénéficient pas à chaque individu de façon équitable.

### **Inégalités sociales**

Les inégalités sociales font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social.

Le lien entre la situation sociale et de multiples aspects de l'état de santé (comportements à risque, accès à la prévention, incidence et pronostic de nombreuses pathologies, modalités de la prise en charge, mortalité) est à présent bien établi dans la littérature scientifique. Mises à part quelques très rares exceptions, les gradients sociaux de santé<sup>1</sup> se retrouvent pour chaque problématique de santé, et sont visibles tant en termes de mortalité (dont par exemple l'espérance de vie) que de morbidité (santé physique mais aussi santé mentale et bien-être).

<sup>1</sup> Gradient social : expression désignant l'association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé : les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis.



Les mesures visant à prévenir et réduire les inégalités de santé doivent être mises en œuvre aux premiers âges de la vie, les inégalités se construisant et se creusant dès le suivi de grossesse et la toute petite enfance. La santé périnatale et la santé des enfants sont deux éléments clés d'une politique de fond contre les inégalités, avec notamment de forts enjeux de médecine préventive chez le jeune enfant.

#### Intersectorialité

Les inégalités de santé sont liées à des facteurs structurels relevant pour l'essentiel d'autres secteurs que celui de la santé. Les actions sur l'environnement, les conditions de vie et de travail, l'éducation ou les comportements nécessitent l'implication active de l'ensemble des ministères (éducation, travail, logement, transports, écologie, agriculture, affaires sociales, sports, culture, justice, économie, budget...) qui devraient prendre en compte les conséquences de leur action sur la santé.

Des partenariats devront être mis en œuvre avec diverses autorités compétentes pour certains milieux, âges ou déterminants de santé et en particulier avec les services de PMI, de la santé scolaire et universitaire et de la santé au travail.

#### Territorialisation

Enfin, la mise en œuvre de ces actions doit être territorialisée afin que les réponses puissent être adaptées aux spécificités locales.

#### Adapter les stratégies aux populations vulnérables

Centrées sur les tracasseries du présent et les besoins de première nécessité, les populations en situation de vulnérabilité n'arrivent pas à se projeter positivement dans l'avenir, à penser à préserver leur capital santé ou tout simplement à être réceptives aux messages d'information en promotion de la santé. Confinées en marge de la société, elles accèdent moins aisément aux services de santé et de soins ainsi qu'à l'information et développent plus volontiers un mal-être (mauvaise estime de soi, déficit de confiance en soi, anxiété majeure quant à l'avenir de leurs enfants, etc.).

Il convient, dès lors, que les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables et que la démarche leur soit adaptée.

### ***B. Intégrer les stratégies de prévention dans une approche de promotion de la santé***

L'enjeu des prochaines années sera d'articuler les différents programmes de prévention entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, qui doivent intervenir, le plus possible, en amont des problèmes de santé et de façon globale (sans forcément cibler telle ou telle maladie).

Actuellement, la communauté scientifique s'accorde sur la pertinence de certaines démarches de prévention et en confirme le bénéfice pour la santé et la qualité de vie de la population. Il s'agit des dépistages organisés des cancers du sein et du colon, de la prévention du diabète sucré et de l'identification du risque cardiovasculaire global, basé sur le dépistage de l'hypertension, du tabagisme, de l'hypercholestérolémie, de la sédentarité et du surpoids/obésité.

### ***C. Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées***

La participation des populations aux programmes, actions ou projets portant sur les problématiques de santé ou les déterminants de la santé qui les affectent constitue une troisième priorité stratégique.

S'il importe, en effet, de favoriser l'accès de la population aux services et soins de santé, il est nécessaire d'impliquer les citoyens dans les actions de promotion de la santé, depuis la définition des besoins et la conception des interventions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci.

Cet objectif ambitieux constitue un enjeu démocratique important. Il pourra être réalisé par l'action et le travail communautaires en particulier auprès de populations en situation de vulnérabilité.



## **D. Développer le partenariat intersectoriel et le travail en réseau**

### Partenariat intersectoriel

Cette priorité stratégique découle de la conception multifactorielle et donc intersectorielle de la santé qui caractérise la promotion de la santé. Elle cherche à créer les conditions d'une action plus globale et donc plus adaptée à la complexité des réalités en créant des modes de concertation réunissant des partenaires provenant de divers secteurs : santé, éducation, politique, économique.

On sait que le travail intersectoriel est délicat, et se heurte à la complexité des contextes sur le terrain, aux clivages professionnels et institutionnels, aux conflits de compétences. Il semble que les atouts d'un travail en intersectoriel soient les suivants : un problème ou une situation qui dépasse les limites d'un seul secteur; un projet mobilisateur, pouvant déboucher à moyen terme sur des résultats concrets et visibles pour chacun des partenaires concernés; la participation à la concertation sur une base volontaire; l'inscription dans la durée du projet, de l'action ou du programme.

Les commissions de coordination des politiques publiques de santé et notamment la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI devront permettre de construire ce partenariat et le faire vivre.

### Travail en réseau

Au niveau locorégional, il existe une multitude de petits organismes (associatifs pour la plupart), intervenant sur une compétence particulière (expertise et conseil, observation, éducation pour la santé, prévention). Ces compétences transversales devront servir plus souvent de support aux opérateurs spécialisés sur une pathologie.

Ce travail en réseau doit être facilité par la constitution du « Pôle Régional de Compétence en Education pour la Santé ». Ce pôle, porté par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Lorraine et basé sur la dynamique partenariale, rassemble en effet les acteurs réalisant des activités de soutien, de structuration et de développement de l'éducation pour la santé.

Ce travail en partenariat et la mise en réseau des différents acteurs amenés à contribuer, chacun dans leur domaine de compétence, est particulièrement nécessaire pour lever les obstacles d'accès à la santé des populations précaires ; cela ne peut qu'améliorer l'efficacité des actions menées en développant la connaissance réciproque des difficultés rencontrées et des solutions retenues pour y faire face.

## **E. Développer une démarche progressive d'amélioration de la qualité du service rendu**

La qualité des programmes, basée sur des critères méthodologiques, doit rester un des premiers atouts de la promotion de la santé. La démarche qualité vise à améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions.

### Des stratégies pour la qualité des actions

- Garantir un cadre favorable pour le développement des actions (professionnalisation des intervenants, développement des partenariats, modalités d'évaluation construites)
- Développer une approche globale et positive de la santé
- Favoriser la réduction des inégalités sociales de santé en menant des actions spécifiques avec les populations ayant les besoins les plus importants
- Privilégier une démarche participative s'appuyant sur les ressources personnelles et sociales des populations
- Adapter l'action aux caractéristiques des populations et des territoires
- Planifier les activités sur la base d'un ensemble cohérent d'objectifs définis, de méthodes argumentées et de ressources identifiées (objectifs mesurables, outils adaptés, évaluation structurée, ...)
- Inscrire l'action dans une continuité d'activités en amont, pendant et en aval
- Les actions intègrent un dispositif d'évaluation

Le Pôle Régional de Compétences en éducation pour la santé, porté par l'IREPS de Lorraine, a pour objectif d'améliorer la qualité des actions d'éducation et de promotion de la santé en Lorraine. A ce titre, une des missions du pôle est la promotion de la démarche qualité en promotion de la santé ; des

formations, prenant appui sur le guide « comment améliorer la qualité de vos actions de promotion de la santé » produit par l'INPES, seront organisées chaque année pour les acteurs lorrains.

#### **F. Augmenter les compétences et les capacités d'action par la formation**

Il paraît nécessaire de structurer et de renforcer l'expertise et les outils pour repérer et analyser les problèmes de santé dans toutes leurs dimensions, évaluer leur importance, choisir les stratégies d'action optimale, élaborer des programmes d'action puis évaluer les actions mises en œuvre et les résultats obtenus.

Il s'agit d'une des missions du pôle régional de compétence.

Par ailleurs, il semble nécessaire d'inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de divers secteurs, un enseignement relatif à la promotion de la santé, les bases mêmes de la promotion de la santé étant souvent méconnues. Des formations existent en Lorraine : formations diplômantes de l'Ecole de Santé Publique de Nancy, formations à la méthodologie de projet, aux outils et techniques d'animation en éducation pour la santé, à l'évaluation, à l'autoévaluation de la qualité des actions d'éducation pour la santé dispensées par l'IREPS Lorraine, formations à la méthodologie de projet et aux outils d'intervention dispensées par l'IUFM, etc...

Enfin, il convient de mettre à disposition des professionnels, les données probantes en promotion/éducation pour la santé : il s'agit d'une des missions de l'INPES.

#### **G. Intégrer la promotion de la santé dans les différentes politiques**

L'impact sur la santé des diverses politiques sectorielles est déterminant, celui-ci pouvant être favorable mais aussi défavorable. Il conviendrait de prendre en compte, en amont des décisions des politiques publiques, leurs effets prévisibles sur la santé à court, moyen et long terme. Sans un tel travail d'anticipation, le système de santé se trouve encore trop souvent contraint de réparer ce qui aurait pu être prévenu.

Cela suppose la mobilisation coordonnée des administrations, chacune dans son champ de compétence, autour d'actions concourant à l'amélioration de la santé de la population : éducation pour la santé avec l'éducation nationale, prévention et promotion de la santé à l'université avec les services interuniversitaires de médecine préventive et de santé (SIUMPS), promotion de l'activité physique avec la DRJSCS, santé au travail avec la DIRECCTE et les services de santé au travail, santé de la mère et de l'enfant avec la PMI...

## **II. Structures et acteurs en promotion de la santé, y compris en prévention**

La promotion de la santé relève de divers champs (social, éducatif...) et pas uniquement du champ sanitaire ; de ce fait de nombreux acteurs interviennent en promotion de la santé mais à des niveaux différents.

Chaque acteur possède des compétences spécifiques et opère, dans son champ de compétence, à un niveau qui lui est propre. Toutefois, ces compétences et ces niveaux d'intervention doivent s'articuler pour apporter des réponses de manière collective.

#### **A. Organisation selon les niveaux d'intervention**

Schématiquement, nous distinguerons 3 niveaux :

##### **1. Niveau régional**

Les missions des structures et/ou des acteurs sont les suivantes :

- déclinaison de la politique nationale
- contribution à la définition de stratégies d'actions conformes à la politique de santé et leur mise en cohérence
- coordination des acteurs et des actions en éducation pour la santé, promotion de la santé et prévention dans leur champ de compétence

- mise à disposition de ressources pour agir au niveau des territoires de santé, sur la base d'un travail pluridisciplinaire et pluri professionnel
- communication régionale et partage d'expériences sur des actions efficaces et inefficaces
- allocation de moyens
- contribution à la mise en œuvre et à l'évaluation du schéma régional de prévention
- contribution au développement des compétences des acteurs en promotion de la santé et éducation thérapeutique

## **2. Niveau du territoire de santé (département)**

Les missions des structures et/ou des acteurs sont les suivantes :

- déclinaison de la politique et des stratégies régionales
- coordination des acteurs sur le territoire de santé
- transmission, au niveau des TSP, des informations et partage d'expériences du niveau régional
- retour, vers le niveau régional, des expériences sur les actions réalisées
- allocation de moyens
- contribution à l'évaluation du Schéma Régional de Prévention
- mise en œuvre des actions auprès des populations et de leur évaluation
- contribution au développement des compétences des acteurs en promotion de la santé et éducation thérapeutique

## **3. Niveau du territoire de santé de proximité (TSP) voire infra TSP**

Les missions des structures et/ou des acteurs sont les suivantes :

- réalisation (ou contribution à) d'un diagnostic de santé local et partagé
- mise en œuvre des actions auprès des populations,
- évaluation des actions conduites et communication de celles-ci au niveau départemental et/ou régional

### **B. Articulation entre les trois niveaux**

Même si chaque niveau d'intervention en promotion de la santé et prévention a ses missions propres, il est nécessaire d'avoir une articulation entre ces 3 niveaux. Il s'agit d'avoir une complémentarité des missions et compétences de chacun et d'éviter les cloisonnements par niveau. Cette continuité entre les actions, les acteurs, les services et les structures des 3 niveaux d'intervention a pour finalité de rendre service à une même population : la population lorraine.

Pour permettre cette articulation entre les niveaux d'intervention, il est important que les acteurs soient identifiés de façon cohérente sur un territoire, afin qu'ils puissent être mobilisés en fonction de leurs compétences et de leur connaissance du terrain.

Pour un porteur de projet, avant la mise en œuvre d'une action, il est important de réfléchir aux partenariats à développer mais également à la nature de leur engagement et à leur savoir-faire.

Dans ce sens, l'élaboration d'une carte partenariale est intéressante et représente un outil de concertation entre les partenaires lors de son élaboration mais également un outil d'évaluation mettant en évidence l'évolution des partenariats tout au long d'une action.

Le Pôle Régional de Compétences en éducation et promotion de la santé doit être une ressource à l'identification des acteurs mais aussi à la définition de la carte partenariale dans le cadre d'une action.

### **C. Articulation des acteurs au sein de chaque niveau**

En Lorraine, de nombreux acteurs contribuent au développement d'actions en promotion de la santé. Ceux-ci sont organisés selon différentes approches : par déterminant et/ou par pathologie et/ou par population et/ou par milieu.

Si l'articulation des acteurs doit se faire entre les 3 niveaux d'intervention, elle doit se faire également entre acteurs de champs différents au sein d'un même niveau d'intervention.

Ces différentes articulations doivent permettre, par la mutualisation des compétences et les échanges d'expérience, la cohérence des actions mises en œuvre auprès des populations.

#### D. Les principaux acteurs identifiés en région Lorraine

| Région                                 | Territoire de santé (Département)                                                                                                                     | Territoire de santé de proximité (Local)           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                        | 1. DIRECCTE et Service de santé au travail                                                                                                            |                                                    |
|                                        | 2. Services de santé scolaire                                                                                                                         |                                                    |
|                                        | 3. Service de santé universitaire                                                                                                                     |                                                    |
|                                        | 4. Conseils généraux                                                                                                                                  |                                                    |
| 5. Conseil régional                    |                                                                                                                                                       |                                                    |
| 6. Administration pénitentiaire et PJJ |                                                                                                                                                       |                                                    |
|                                        | 7. Jeunesse et sport                                                                                                                                  |                                                    |
|                                        |                                                                                                                                                       | 8. Communes, groupements de communes               |
|                                        |                                                                                                                                                       | 9. Missions locales                                |
|                                        |                                                                                                                                                       | 10. Structures d'hébergement social et d'insertion |
|                                        | 11. Associations spécialisées en prévention                                                                                                           |                                                    |
|                                        |                                                                                                                                                       | 12. Centres sociaux                                |
|                                        | 13. Associations de patients ou d'usagers                                                                                                             |                                                    |
|                                        | 14. Acteurs de l'éducation à l'environnement, de protection de l'environnement                                                                        |                                                    |
|                                        | 15. CSAPA, CAARUD et autres établissements médico-sociaux                                                                                             |                                                    |
|                                        | 16. Etablissements de santé                                                                                                                           |                                                    |
|                                        | 17. Réseaux de santé                                                                                                                                  |                                                    |
|                                        | 18. Professionnels de santé                                                                                                                           |                                                    |
|                                        | 19. Pôles, maisons et centres de santé                                                                                                                |                                                    |
|                                        | 20. Structures de gestion du dépistage organisé des cancers                                                                                           |                                                    |
|                                        |                                                                                                                                                       | 21. CV, CLAT, CIDDIST                              |
|                                        |                                                                                                                                                       | 22. CPEF                                           |
|                                        | 23. Assurance Maladie                                                                                                                                 |                                                    |
|                                        | 24. Mutuelles                                                                                                                                         |                                                    |
|                                        | 25. Structures d'enseignement et de formation dans le champ de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique |                                                    |
| 26. IREPS                              |                                                                                                                                                       |                                                    |
|                                        | 27. ARS                                                                                                                                               |                                                    |

Sont à considérer également les producteurs de données qui sont indispensables à la définition des actions et peuvent contribuer à la mise en œuvre des actions. C'est le cas notamment de l'Observatoire régional de santé et des affaires sociales (ORSAS), Air Lorraine et l'association lorraine pour la qualité de l'air (ALQA).

### III. Des thématiques prioritaires

***La notion de priorité doit s'entendre comme une accentuation des efforts sur des situations de santé dont le retentissement est jugé particulièrement important et d'autre part sur des actions dont l'impact au regard des finalités poursuivies serait particulièrement important. Cela ne signifie pas que l'on néglige les autres situations de santé.***

#### **A. Principales causes de mortalité prématurée évitable**

##### **1. Les cancers**

Le cancer constitue la première cause de mortalité en Lorraine, soit 30% des décès et le taux comparatif de mortalité par cancer est significativement supérieur au taux national. Les taux comparatifs de mortalité en région sont significativement supérieurs au taux français pour les localisations suivantes : trachée-bronches-poumons, colon-rectum, et voies aéro-digestives supérieures.

Chez l'homme, le cancer broncho-pulmonaire est la première cause de décès par cancer, suivi par le cancer colo-rectal, le cancer de la prostate et les cancers des voies aérodigestives supérieures, ces 4 localisations représentant 55% des décès par cancer.

Chez la femme, le cancer du sein vient en tête, suivi par le cancer bronchopulmonaire et le cancer colorectal.

Les liens entre certains cancers et des substances ou des situations à risque présentes dans nos environnements font l'objet de plus en plus de travaux et de publications de toutes natures.

Pour l'InVS, 5 à 10% des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux ; pour les cancers liés à des expositions professionnelles, les estimations varient de 4 à 8,5% soit entre 11000 et 23000 nouveaux cas par an. Ces fourchettes traduisent les difficultés à relier les données de santé et les données environnementales, outre le fait de disposer de données fiables et à jour.

##### Cancers professionnels

L'enquête SUMER 2003 montre qu'en France, 13,5% des salariés sont exposés à un ou plusieurs facteurs cancérigènes au cours de leur activité professionnelle ; 84% sont des hommes et 70% des salariés exposés sont des ouvriers. L'enquête régionale SUMER 2003 a montré qu'en 2003, 83870 salariés lorrains étaient exposés à au moins un produit cancérigène, soit 15,7% des salariés lorrains, tous secteurs d'activité confondus. En 2008, 167 cancers professionnels ont été déclarés en Lorraine. France entière, en 2005, 2059 cancers professionnels ont été reconnus par le régime général (2635 déclarés).

Le Plan Régional Santé au Travail 2010-2014<sup>2</sup> a retenu, parmi les actions prioritaires à mettre en place, le développement d'une démarche stratégique d'organisation de la prévention primaire des risques CMR<sup>3</sup> conduite par l'entreprise, des actions de contrôle ciblées de l'application des réglementations et des actions d'information et de sensibilisation aux risques.

##### Cancers et environnement

Certains facteurs reconnus cancérigènes dans le domaine professionnel sont également présents dans l'environnement général et notamment l'amiante, les HAP (Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques), les radiations ionisantes, le radon, l'arsenic, le cadmium, les pesticides.

Le Plan Régional Santé Environnement 2010-2014<sup>4</sup> a retenu, parmi ses axes prioritaires, la réduction des expositions aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique.

La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement général ou professionnel.

La prévention secondaire de certains cancers par le dépistage doit être encouragée.

<sup>2</sup> Plan Régional Santé au Travail 2010-2014 sur [www.lorraine.direccte.gouv.fr](http://www.lorraine.direccte.gouv.fr)

<sup>3</sup> CMR : cancérigène, mutagène et reprotoxique

### 1.1. Objectifs en matière de promotion de la santé

- **Promouvoir les modes de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents en matière de nutrition (alimentation et activité physique) et de prévention de la consommation de tabac et d'alcool.**
- **Favoriser une culture de santé, en identifiant notamment les représentations qui peuvent être à l'origine d'un non recours au dépistage.**

La réalisation de ces objectifs nécessite :

- Le développement des aptitudes individuelles et sociales qui permettent de faire des choix en tenant compte de tous les facteurs de bien-être. Cette approche devrait intervenir dès le plus jeune âge (en milieu scolaire, par l'apprentissage mais également par la mise en pratique d'une alimentation saine à l'école, d'activités physiques et sportives...)
- La promotion des moyens permettant de réduire les facteurs de risque connus ; protection et réglementation sur le milieu de travail, en matière d'environnement (qualité de l'air, de l'eau...)

### 1.2. Objectifs en matière de dépistage

#### 1.2.1. Cancer du sein

##### a Contexte

Le taux de participation de la population est un point essentiel pour qu'un programme de dépistage soit efficace

Le dépistage du cancer du sein par mammographie est proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Celles-ci reçoivent tous les 2 ans, une invitation personnelle pour réaliser gratuitement une mammographie chez un radiologue de leur choix, agréé pour le programme. En cas de mammographie considérée comme normale, les clichés sont adressés pour 2<sup>ème</sup> lecture au centre de 2<sup>ème</sup> lecture.

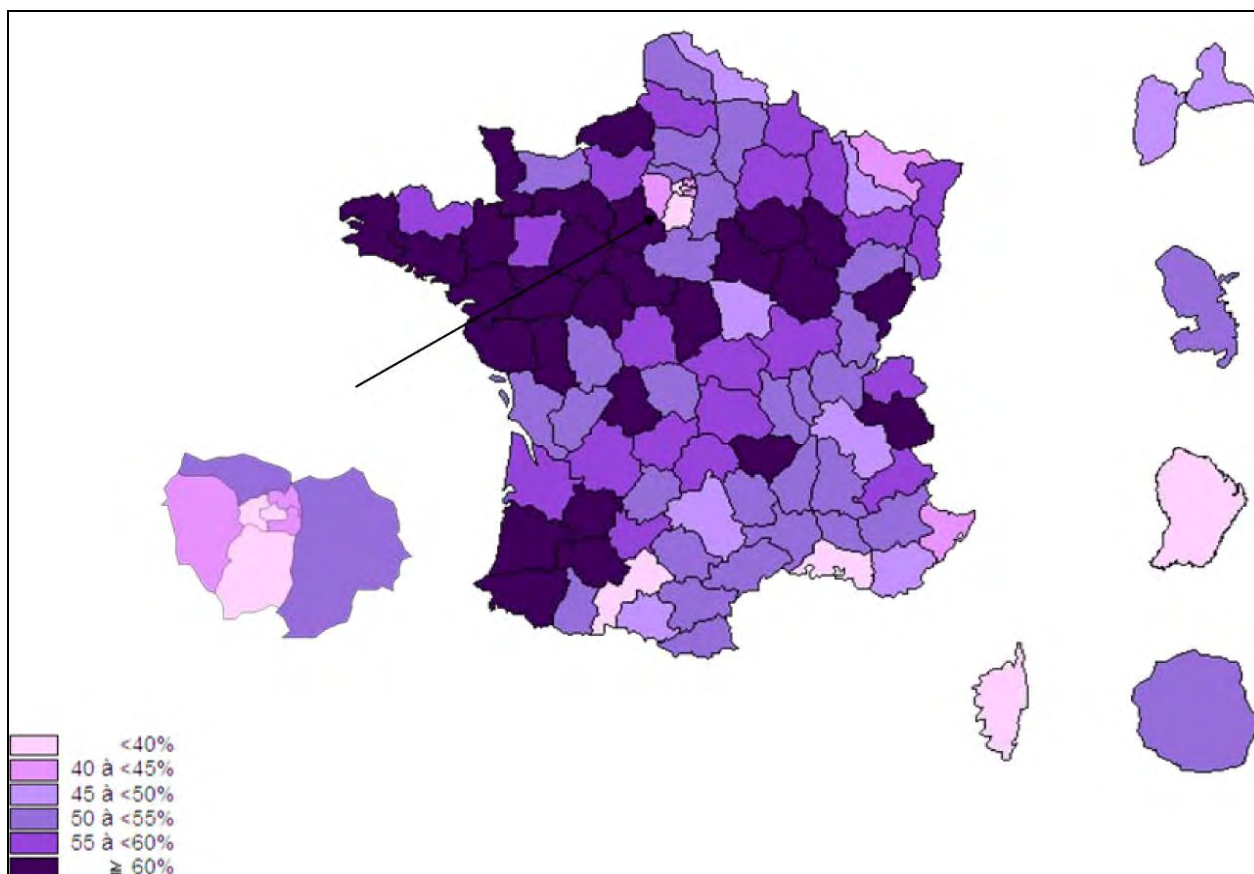
La participation des femmes à ce programme de dépistage organisé (DO) reste encore insuffisante. Le plan cancer 2009-2013 a fixé un objectif de 65 % de taux de participation au DO du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, taux estimé nécessaire pour pouvoir, par une prise en charge précoce, réduire la mortalité par cancer du sein.

Pour 2009-2010, avec un taux de participation au DO de 48% (52,1% en France) la Lorraine se situe en 20<sup>ème</sup> position (sur 24), suivie par les régions Midi-Pyrénées, PACA, Ile de France et la Corse. Pour mémoire, ce taux, sur la période 2008-2009, était de 48,5%. Ce taux cache des disparités départementales, puisque la Meuse a le meilleur taux de participation (55,4%) tandis que la Moselle affiche 43,1%.

On observe que les taux de participation sont les plus élevés dans les départements ruraux.

|                  | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>M Moselle</b> | 44,4%     | 48,8%     | 50,6%     | 49,2%     |
| <b>Meuse</b>     | 60,5%     | 60,4%     | 59,4%     | 55,4%     |
| <b>Moselle</b>   | 33,9%     | 38,4%     | 41,7%     | 43,1%     |
| <b>Vosges</b>    | 49%       | 53,7%     | 56,9%     | 55%       |
| LORRAINE         | 41,9%     | 46%       | 48,5%     | 48%       |
| FRANCE           | 49,9%     | 51,7%     | 52,8%     | 52,1%     |





**Cancer du sein : taux de participation INSEE par département \_ années 2009-2010**

### **Bilan**

#### Points positifs :

- Le contrôle qualité mis en œuvre dans le cadre de ce programme a permis d'améliorer considérablement la performance des examens mammographiques, y compris ceux réalisés en dehors du dépistage organisé.
- La double lecture des clichés a permis de détecter des cancers qui n'avaient pas été identifiés en première lecture ; ainsi en Lorraine, près de 10% des cancers ont été diagnostiqués en 2ème lecture.

#### Points susceptibles d'amélioration

- l'objectif de participation de 65% n'est pas atteint ; cette difficulté est due, entre autres, au manque de formation des médecins aux enjeux et aux exigences d'un programme de santé publique
- dépistage hors programme ; on ignore le % de femmes de la tranche d'âge 50-74 ans bénéficiant de mammographies réalisés hors DO ; or cette donnée est indispensable pour connaître le taux de femmes bénéficiant d'un dépistage par mammographie (taux de couverture)
- connaître le nombre de femmes de la tranche d'âge concernée qui ne bénéficient d'aucun dépistage par mammographie en agissant sur les freins potentiels : culturels, ethniques, religieux, peur du diagnostic...<sup>5 6</sup>
- mobilisation insuffisante du corps médical (médecins généralistes, gynécologues et radiologues) ; or le rapport du Pr. Grünfeld<sup>7</sup> relatif au plan cancer 2009-2013,

<sup>5</sup> « dépistage des cancers : comment atteindre certaines populations difficiles à toucher » module interprofessionnel de santé publique ENSP 2006

<sup>6</sup> « les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein- étude auprès des femmes de 50 à 74 ans consultant dans les centres d'examen de santé de Lyon et Chambéry – URCAM Rhône-Alpes/ORS Rhône-Alpes 2001

<sup>7</sup> Grünfeld JP. Pour un nouvel élan. Recommandations pour le plan cancer 2009-2013. Rapport au Président de la République. Paris : 14 février 2009 (www.ecancer.fr).

souligne que le médecin traitant est, à tous les niveaux (prévention, dépistage, soins), le pivot du parcours de soins.

## **b Objectifs**

### **o Augmenter le taux de participation au DO du cancer du sein**

- Atteindre en 5 ans un Tx moyen régional de participation au DO supérieur à 65%
- Atteindre en 5 ans un taux de DO du CS supérieur à 50% dans les 4 territoires de santé

Pour cela il conviendra de :

- Identifier et lever les freins à la participation des femmes au DO dans la population qui ne bénéficie d'aucune mammographie et dans celle des femmes qui bénéficient d'une mammographie hors programme.

Ceci nécessite de connaître par département, voire par canton, le taux de femmes de 50 à 74 ans, qui a recours au dépistage individuel (DI) ; un travail commun avec l'Assurance Maladie doit être entrepris, fondé sur une analyse des bases de remboursement.

- Relancer une concertation avec les médecins traitants, les radiologues et les gynécologues, en partenariat avec les structures de gestion du DO ; ce n'est que si ces professionnels sont entendus et convaincus de l'intérêt du DO qu'ils pourront convaincre les femmes de participer.

## **1.2.2. Cancer colo-rectal**

### **a Contexte**

Concernant le cancer colo-rectal, on peut retenir qu'une diminution significative de la mortalité de 15 à 20% n'est obtenue que si au moins la moitié de la population concernée participe au dépistage et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif. Le plan cancer 2009-2013 a fixé un objectif de 60% de taux de participation au DO pour les personnes de 50 à 74 ans.

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal mis en place en France repose sur le test Hémocult® (recherche de sang occulte dans les selles), seul test évalué largement en population générale à ce jour. Il est proposé, tous les deux ans (campagne d'invitations), aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans qui n'ont pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif. Les structures de gestion départementales invitent les personnes à participer au programme.

En Lorraine, le cancer colorectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme, et la troisième cause chez la femme immédiatement après le cancer broncho-pulmonaire. Le taux comparatif de mortalité est significativement supérieur au taux français ; il en est de même chez l'homme dans les départements à l'exception de la Meuse.

Des actions de prévention primaire sont développées dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) et visent des facteurs de risque non spécifiques du cancer colorectal (consommation insuffisante de légumes, surpoids, sédentarité, excès calorique, excès de glucides raffinés, de charcuterie et de graisses animales).

À court terme, le diagnostic précoce du cancer colorectal à travers le dépistage organisé est le moyen le plus efficace pour en réduire la mortalité.

Ce dépistage ne peut être efficace que s'il est pratiqué par une large proportion de la population ciblée. Les médecins généralistes sont le pivot de ce dispositif de dépistage, et un bon nombre d'entre eux s'est mobilisé et s'est formé. Il leur appartient d'informer les personnes sur les différents niveaux de risque de cancer colorectal, sur les moyens de dépistage adaptés à chaque situation, sur les limites du dépistage et les bénéfices à en attendre en terme de traitement (moins lourd, plus efficace et avec moins de séquelles).



## Bilan

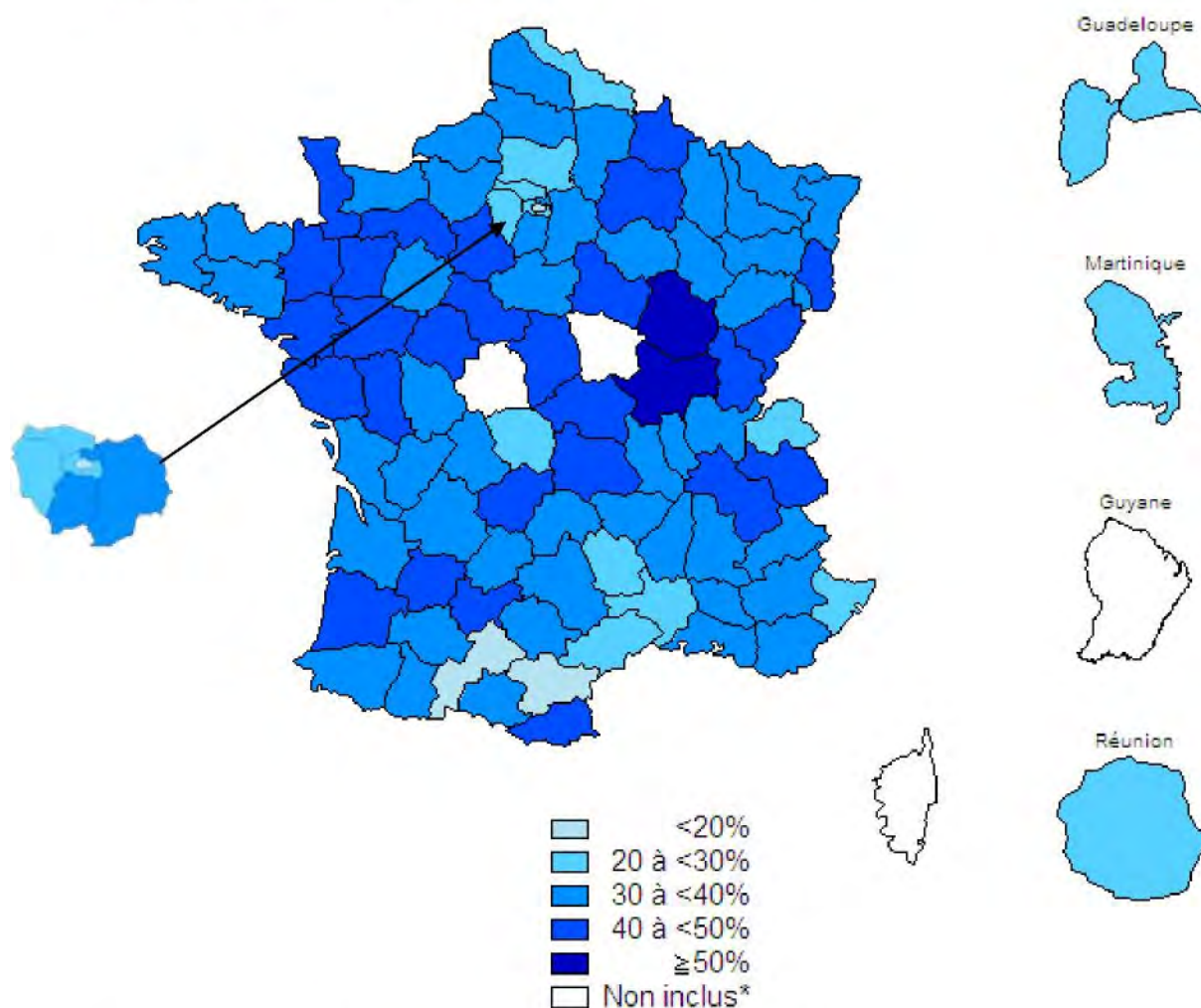
Or, si l'on se réfère aux données publiées par l'InVS en mars 2011, la participation au programme est encore trop faible, le taux souhaitable étant de 65%. Néanmoins, la Lorraine se situe au 9<sup>ème</sup> rang avec un taux de participation INSEE 2009-2010 de 37,1% (34% en France)  
Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la participation la plus faible est observée pour les sujets les plus jeunes (moins de 60 ans) de la population cible.

Les données par département sont les suivantes :

|           | Taux participation | Taux exclusion | Classement participation | Taux |
|-----------|--------------------|----------------|--------------------------|------|
| M Moselle | 37,2%              | 8,1%           | 35ème                    |      |
| Meuse     | 36,2%              | 10,3%          | 41ème                    |      |
| Moselle   | 37%                | 12%            | 36ème                    |      |
| Vosges    | 37,9%              | 14,4%          | 33ème                    |      |
| Lorraine  | 37,1%              | 11,1%          | 9ème                     |      |
| France    | 34%                | 10,6%          |                          |      |

**Tx participation = nb de personnes ayant fait test dépistage en 2009-2010/ pop INSEE 50-74 ans - exclusions**

Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2009-2010  
Taux de participation Insee par département



\* Départements n'ayant pas 2 ans de recul depuis la mise en place de leur programme départemental

Sources : Institut de Veille Sanitaire - 1 Mars 2011

**b Objectifs**

○ **Augmenter le taux de participation au DO du CCR**

- atteindre en 5 ans un Tx moyen de recours au DO d'au moins 60%
- atteindre en 5 ans un Tx de participation d'au moins 50% dans toutes les tranches d'âge concernées

Pour ce faire, il faudra relancer une concertation avec les médecins traitants et les gastro-entérologues ; ce n'est que s'ils sont entendus et convaincus de l'intérêt du DO qu'ils pourront convaincre leurs patients de participer.

**1.2.3. Cancer broncho-pulmonaire**

**a Contexte**

Le cancer broncho-pulmonaire constitue la première cause de mortalité par cancer en Lorraine chez l'homme et la deuxième chez la femme après le cancer du sein. Le taux comparatif de mortalité en Lorraine est significativement supérieur au taux national ; il en est de même dans chaque département.

Le tabac est de loin le principal facteur de risque évitable : il est responsable de 81% des décès par cancers des poumons en France, les autres facteurs de risque, à un degré moindre, sont les expositions professionnelles (amiante, hydrocarbures polycycliques et chrome), le radon et la pollution.

**b Objectifs**

Il convient de poursuivre la lutte contre le tabac afin de réduire la prévalence du tabagisme, 1<sup>ère</sup> cause de mortalité évitable par cancer. (cf volet Addictologie du SROMS).

**1.2.4. Cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)**

**a Contexte**

Les cancers des VADS regroupent les cancers de la lèvre, de la bouche, du pharynx et du larynx. Le tabac et l'alcool sont les deux principaux facteurs de risque de ces cancers, l'action des 2 se renforçant mutuellement. Le taux comparatif de mortalité en Lorraine est supérieur au taux français ; c'est en Meuse que ce taux est le plus élevé.

**b Objectifs**

Il convient de poursuivre la lutte contre la consommation d'alcool, 2<sup>ème</sup> cause évitable de mortalité par cancer ( cf volet Addictologie du SROMS).

**1.2.5. Cancer du col utérin**

**a Contexte**

Le cancer du col de l'utérus est le huitième cancer féminin en nombre de nouveaux cas (2820 nouveaux cas en France en 2010) et le nombre de décès (1000 décès par an en France) le place au 13<sup>ème</sup> rang des décès par cancer chez la femme. En Lorraine, le cancer du col serait à l'origine de 25 décès par an.

L'infection par les papillomavirus humains (HPV) représente l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde. La persistance de cette infection par des HPV à haut risque oncogène est le facteur de risque majeur de développement de lésions précancéreuses ou de cancers du col de l'utérus.

Il est possible d'agir aujourd'hui très précocement, le dépistage par frottis cervico-utérin permettant de détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

En France, à ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin. Des expérimentations de dépistage organisé sont actuellement en cours dans 13 départements. On a un dépistage individuel et spontané, principalement réalisé par les gynécologues (environ 90 % selon le Baromètre Cancer 2005), qui constitue un socle et permet d'atteindre un taux de couverture de 57% des femmes de 25 à 65 ans. Mais ce socle stagne

depuis six ans alors que la loi de santé publique 2004 fixe un objectif à 80%. De plus, la HAS note des disparités géographiques et socio-économiques assez importantes : "La moitié des femmes qui devraient être dépistées ne le sont pas ou trop peu et 40% le sont trop".

Il existe par ailleurs une vaccination préventive destinée aux jeunes filles et luttant contre certains types de virus HPV, à l'origine des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin. Cette vaccination a été introduite dans le calendrier vaccinal en décembre 2006 et remboursée par l'Assurance Maladie à partir de juillet 2007 ; la dose de vaccin coûte environ 130 euros.

Une étude menée par l'InVS et qui repose sur des données de remboursement fournies par l'Assurance Maladie permet d'estimer la couverture vaccinale : parmi les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans, 38% avaient débuté une vaccination HPV en 2008 ; toutefois, parmi les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans en 2008, 23% avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'HPV. Enfin, la compliance, c'est-à-dire le pourcentage de jeunes filles ayant réalisé un schéma de vaccination complet, après avoir reçu une première injection, est de 75,7%, ce qui reste à parfaire<sup>8</sup>.

## **b Objectifs**

### **o Promouvoir le dépistage du cancer du col par frottis conforme aux recommandations, à savoir un frottis tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle**

- Diffuser largement ces recommandations par le biais de l'URPS médecins, de l'Ordre des médecins et du réseau de l'Assurance Maladie.

### **o Améliorer le taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans**

- Diffuser largement via l'URPS médecins, l'Ordre des médecins et le réseau de l'Assurance Maladie les recommandations en termes de vaccination contre les HPV aux médecins généralistes, gynécologues et aux pharmaciens.

Pour suivre l'impact des actions mises en place, il conviendrait de disposer de données régionales et départementales de l'Assurance maladie concernant :

- le pourcentage de femmes de 25 à 65 ans bénéficiant d'un dépistage par frottis conforme aux recommandations ;
- le taux de couverture vaccinale HPV des jeunes filles âgées de 14 ans.

## **1.2.6. Mélanomes et autres cancers de la peau**

### **a Contexte**

Les cancers cutanés, dans leur ensemble, représentent la première localisation de cancer en termes d'incidence ; les carcinomes cutanés sont les plus fréquents mais également les moins graves. A l'inverse, les mélanomes cutanés sont plus rares mais sont responsables de 1440 décès par an en France.

En France, le mélanome, représente 7400 nouveaux cas par an, dont la majorité chez la femme. Les régions où l'incidence est la plus élevée sont le Nord ouest et l'Est de la France.

En Lorraine, on observe en moyenne 67 décès par an par cancer de la peau. C'est en Meuse qu'on observe le taux d'ALD pour ces tumeurs le plus élevé (14/ 100 000) ; en France ce taux est de 13/100 000. Si le mélanome n'est pas accessible au dépistage (test en l'absence de signe clinique), ces cancers de la peau peuvent être détectés précocement grâce à un examen visuel de l'ensemble de la peau, pratiqué en général par un médecin spécialiste en dermatologie.

Ces cancers, dont la surexposition aux rayonnements ultra-violet naturels et artificiels représente un facteur de risque majeur, peuvent être prévenus par la réduction des expositions aux UV et l'adoption de nouvelles habitudes de prévention. Le public cible prioritaire pour des actions de sensibilisation aux risques des UV est constitué des enfants.

<sup>8</sup> estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires. InVS-CNAMTS-février 2010

**b Objectifs**

○ **Sensibiliser les enfants, dès la maternelle, aux risques des expositions UV**

➤ Favoriser, en lien avec éducation nationale, la mise en place d'un programme destiné à faire évoluer de façon positive les représentations et les connaissances des élèves et in fine les comportements vis-à-vis du soleil.

○ **Améliorer la détection précoce des cancers de la peau**

- Sensibiliser les professionnels à la détection précoce
- Informer le grand public sur la détection précoce des mélanomes, notamment à l'occasion de la Journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau organisée par le syndicat des dermatologues et vénéréologues français.

**2. Maladies cardio-neurovasculaires**

**a Contexte**

Malgré les progrès dans le domaine du diagnostic, des traitements médicaux et invasifs, les maladies cardiovasculaires sont responsables en Lorraine de 28% des décès annuels, soit environ 5800 morts par an en moyenne, dont 55% surviennent chez les femmes. Si en Lorraine, comme en France, la mortalité par affection cardiovasculaire a diminué, le taux comparatif de mortalité reste significativement supérieur au taux français et cela dans chacun des 4 départements. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord et le Nord Est de la région.

Les formes principales de maladies cardio-vasculaires sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, responsables en Lorraine respectivement de 25% et 24% des décès par maladie cardiovasculaire.

L'approche globale, qui intègre aussi bien des actions sur les déterminants de la santé que des actions qui visent à améliorer le dépistage et la prise en charge des patients par la prévention secondaire et tertiaire, est la politique la plus efficace pour promouvoir la santé cardiovasculaire. En ce qui concerne le dépistage, il convient de favoriser l'estimation par les médecins du « risque cardiovasculaire global » de leurs patients, notamment chez les adultes de 30 à 75 ans.

La prévention de ces maladies repose classiquement sur la réduction des risques ; parmi les principaux facteurs accessibles à des actions de promotion de la santé et de prévention, citons : le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'excès chronique de stress, le surpoids/obésité, la sédentarité et le diabète de type 2.

**b Objectifs**

Pour réduire la mortalité par pathologie cardiovasculaire, il convient de :

○ **Promouvoir les modes et les milieux de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation, de prévention du tabagisme, de gestion du stress et de promotion de l'activité physique.**

La réalisation de cet objectif passe par :

- Le développement des aptitudes individuelles et sociales, permettant de faire des choix favorables à la santé. Cette stratégie peut être appuyée par l'approche plus habituelle de l'information sur les modes et milieux de vie favorables à la réduction des risques
- Une information adéquate des consommateurs visant à favoriser les choix de modes et milieux de vie favorables à la réduction des risques
- Un accompagnement de l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables à la santé sur 4 déterminants : alimentation, activité physique, tabac, stress
- La promotion d'une activité physique modérée et régulière, en soutenant les actions locales de promotion de l'activité physique, en intervenant auprès de groupes plus vulnérables
- La promotion d'attitudes saines en matière d'alimentation et d'activité physique chez les jeunes et cela dans les milieux de vie des enfants (écoles, centres de loisirs,...)

- **Promouvoir le dépistage des personnes présentant un risque cardiovasculaire majoré**

Il faut sensibiliser les médecins traitants à l'intérêt du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires. Un programme de dépistage et de prise en charge des personnes à risque cardiovasculaire global majoré est mis en place sur les TSP de Briey, bassin houiller, Saulnois et Pays de Sarreguemines ; il conviendra d'en évaluer l'impact.

- **Permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique des personnes à risque cardiovasculaire ou ayant fait un accident cardio ou neurovasculaire.**

### **3. Maladies respiratoires (hors cancers)**

#### **a Contexte**

En Lorraine, les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 7% des décès annuels en Lorraine. Les taux comparatifs de mortalité sont significativement supérieurs au taux français, dans les 2 sexes et dans les 4 territoires de santé.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec, en moyenne 422 décès annuels<sup>9</sup>, représente plus de 30% des causes de ces décès. Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait du nombre élevé de malades non diagnostiqués ; il est démontré en effet que 2 malades sur 3 atteints de BPCO ne se savent pas touchés par cette maladie<sup>10</sup>.

Le taux comparatif de mortalité est significativement supérieur au taux français ; il en est de même des taux départementaux, à l'exception des Vosges. Les taux les plus élevés sont retrouvés dans les territoires de Longwy, Briey, Thionville, Metz, Bassin Houiller et Pays du Saulnois.

En France, les répercussions sociales de la BPCO sont considérables sur les patients, leurs familles, les employeurs et la société : cette affection serait à l'origine de 11% des invalidités, 8% des arrêts de travail et 11% des hospitalisations<sup>11</sup>.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique. Elle est attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas. Parmi les autres facteurs de risque, on note le cannabis, les expositions professionnelles (secteur minier et industrie textile notamment), la pollution atmosphérique, l'exposition passive à la fumée de cigarette et des facteurs génétiques. L'exposition à la fumée du tabac (tabagisme actif ou passif) est toujours un facteur aggravant.

La maladie évolue de façon insidieuse et ses signes cliniques sont souvent négligés. Lorsque la BPCO est diagnostiquée trop tard, elle expose à des risques graves de handicap.

Les professionnels de santé sous-estiment souvent le risque de BPCO chez les fumeurs de plus de 45 ans.

Or l'identification des patients atteints peut se faire, de manière précoce, grâce à une mesure du souffle. Lorsque la maladie est dépistée un examen plus complet doit être réalisé au cabinet d'un pneumologue afin d'en déterminer le stade. Le médecin généraliste est en première ligne pour assurer le diagnostic précoce d'une BPCO. La pratique d'une mesure du souffle suppose de disposer du matériel nécessaire et d'avoir bénéficié d'une formation minimale (théorique et pratique) à la réalisation d'une manœuvre d'expiration forcée, notamment lors de réunions de formation médicale continue.

Un programme de prévention de la BPCO est en cours en Lorraine, sur 6 territoires de santé de proximité (Briey, Longwy, Thionville, Bassin houiller et Déodatie) et implique les médecins généralistes et pneumologues de ces secteurs.

Une fois le diagnostic posé, le malade doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge comportant, outre un traitement médicamenteux, une réhabilitation respiratoire menée dans le cadre d'une prise en charge globale chez un patient bénéficiant d'une véritable éducation thérapeutique.

<sup>9</sup> BPCO figurant comme cause initiale du décès

<sup>10</sup> InVS BEH thématique 27-28 / 3 juillet 2007

<sup>11</sup> InVS enquête décennale 2008



## **b Objectifs**

- **Prévenir la survenue de la BPCO**
  - Maintenir ou rendre un environnement favorable à la non consommation de tabac et de cannabis et à la réduction des expositions environnementales pathogènes ;
  - Promouvoir les comportements et ressources personnelles favorables à la santé.
- **Diagnostiquer précocement la BPCO**
  - Sensibiliser les médecins généralistes et les médecins du travail à l'intérêt de la détection précoce de la BPCO ;
  - Former les médecins généralistes et les médecins du travail à la détection précoce de la BPCO par la mesure du souffle dans le cadre de la formation médicale continue.
- **Permettre l'accès des patients atteints de BPCO à l'éducation thérapeutique**
  - Développer l'offre de proximité en matière d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de BPCO, notamment dans les territoires de Briey, Thionville et Château-Salins.
  - Rendre lisible pour les patients et les professionnels l'offre en matière de programmes d'éducation thérapeutique.

## **B. Surpoids et obésité**

### **1. Contexte**

Selon l'**enquête OBEPI**<sup>12</sup> la Lorraine fait partie des régions ayant subi les plus fortes évolutions de l'obésité des plus de 18 ans entre 1997 et 2009 (10,5% en 1997 et 17,6% en 2009), ce qui la place bien au-dessus de la moyenne nationale (14,5%). Dans cette enquête qui a concerné 25 286 individus âgés de 18 ans et plus France entière, la prévalence du surpoids et de l'obésité a été calculée à partir de données rapportées et non mesurées, ce qui conduit vraisemblablement à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité.

Au cours de l'année scolaire 2005-2006, dans le cadre de l'**enquête triennale de l'éducation nationale**, les médecins et infirmières de l'éducation nationale ont examiné 18 610 enfants lorrains scolarisés en grande section de maternelle ; cet examen obligatoire comporte en particulier la mesure du poids et de la taille et permet donc de calculer l'indice de masse corporelle (IMC).

Dans notre région, la prévalence du **surpoids** (y compris obésité) **à l'âge de 6 ans**<sup>13</sup> est passée de 14,9% lors de l'enquête 1999-2000 à 14% lors de l'enquête 2005-2006, ce qui place la Lorraine au 4<sup>ème</sup> rang sur le plan national. Sur le plan territorial, les résultats globaux de la Lorraine masquent des différences importantes entre les départements et plus largement entre les bassins d'éducation et de formation (BEF). Le surpoids est largement plus répandu parmi les enfants mosellans, tant pour les filles que pour les garçons : respectivement 13,5% pour les garçons contre 12,5 % au plan régional et 17% pour les filles contre 15,8 % au plan régional. L'analyse de la répartition sur le territoire révèle une opposition assez nette entre l'est et l'ouest de la région : les bassins limitrophes de l'Alsace (sauf ceux de Remiremont et Sarreguemines) affichent une obésité plus marquée. Et parmi ces zones, les bassins les plus concernés se superposent aux bassins ferrifère et houiller situés au nord de la région. Or, sur ces bassins la surmortalité est aussi plus importante et les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire plus nombreux.

Les conditions d'environnement et d'emploi que connaissent leurs habitants ainsi que certaines habitudes alimentaires expliquent en partie ce constat.

Cette étude a montré que l'environnement social est un déterminant majeur : appartenir à une famille nombreuse, avoir une mère sans activité professionnelle, habiter dans un espace urbain et être scolarisé dans une zone d'éducation prioritaire (ZEP) constituent des facteurs défavorables en matière de poids.

Entre 1999-2000 et 2005-2006 le taux d'**obésité à 6 ans** a également diminué, passant 4,6 à 3,1%, ce qui place la Lorraine en 13<sup>ème</sup> position.

Toutefois la baisse de la prévalence de l'obésité a été moins forte en ZEP.

<sup>12</sup> ObEpi 2009-enquête INSERM/TNS HEALTHCARE/ROCHE\_ enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité

<sup>13</sup> DREES-études et résultats n°737 -septembre 2010 « la santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 »

Les conséquences du surpoids et de l'obésité sur la santé sont dominées par le diabète et l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les atteintes articulaires sources de handicap et certains cancers.

L'obésité est une maladie chronique évolutive qui tend à s'aggraver au cours de la vie ; le début de l'obésité se situe souvent durant l'enfance et l'adolescence. La prévention et le traitement doivent donc être précoces et nécessitent qu'une attention particulière soit apportée au dépistage et à la prise en charge de ces enfants et adolescents. Il est nécessaire d'agir au plus tôt sur l'environnement global des familles car il est plus facile de modifier les habitudes dès l'enfance; de même, des interventions en milieu scolaire doivent être mises en place ou poursuivies, incluant si possible les 2 composantes, nutrition et activité physique.

L'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Les actions doivent être multifocales et multisectorielles avec intégration des objectifs de lutte contre l'obésité dans la politique de la ville, la politique des transports, l'accessibilité aux équipements sportifs en milieu scolaire, universitaire et urbain.

La prévalence de l'obésité est inversement associée au statut socio-économique, que celui-ci soit mesuré par le niveau de revenus ou de diplôme, ou par la catégorie socio-professionnelle des individus. Si la contrainte financière est le principal facteur structurant les choix alimentaires des catégories les plus défavorisées, elle n'est pas le seul facteur; la réception et la diversité de la mise en pratique des normes nutritionnelles sont étroitement liées aux représentations de l'alimentation, à celles du corps, au lien établi ou non entre santé et alimentation, autant d'éléments qui relèvent des représentations collectives et des identités propres à chaque classe ; à ce titre, il convient de prendre en compte les situations de vulnérabilité dans le choix et la mise en œuvre des actions de prévention qui seront menées.

Enfin, l'offre de soins devra être organisée de manière à être lisible, accessible, pour permettre d'orienter les personnes obèses ou en surpoids vers le niveau requis. En effet, sans aval, le dépistage n'aurait aucun sens.

## 2. Objectifs

Pour diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité en Lorraine, il convient de :

- **Promouvoir des milieux et modes de vie favorables :**
  - Augmenter le niveau d'activité physique à tous les âges en favorisant l'offre d'activité physique
  - Accompagner l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables en matière d'alimentation et d'activité physique : intervenir notamment auprès des enfants et adolescents et auprès des groupes les plus vulnérables
    - populations en situation de précarité : mobiliser les ASV sur la thématique « nutrition santé » avec les contrats locaux de santé
    - enfants et adolescents : mettre en œuvre une stratégie de promotion de l'activité physique auprès des jeunes, mobilisant l'éducation nationale, l'Université, les clubs et fédérations sportives, la DRJSCS, les collectivités territoriales, les associations...
- **Dépister précocement le surpoids chez l'enfant**
  - Promouvoir le dépistage précoce de l'excès de corpulence chez l'enfant par les médecins généralistes et les pédiatres : systématiser la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours ; utiliser les courbes d'IMC
  - Faciliter le recueil du poids et de la taille des enfants lors des visites médicales scolaires et l'exploitation des données

- **Faciliter la prise en charge et le suivi des enfants dépistés mais également des adultes**
- Développer et rendre visible l'offre de prise en charge multidisciplinaire et de proximité : éducation thérapeutique intégrant les dimensions psychologique, diététique et d'activité physique.
- Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité en s'appuyant sur le savoir faire des réseaux existants

## **C. Santé mentale et suicide**

### **1. Contexte**

#### Santé mentale

La santé mentale couvre un domaine étendu. Elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux et comporte trois dimensions principales : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la souffrance psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Dans la perspective de l'élaboration d'indicateurs pour la mise en place d'une politique de santé mentale, la Direction Générale de la Santé en partenariat avec le Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a fait réaliser en 2005 une étude épidémiologique dans 4 régions françaises : Rhône Alpes, Ile de France, Lorraine et Haute Normandie.

En Lorraine, l'enquête a porté sur un peu plus de 5000 personnes âgées de 18 ans ou plus vivant à domicile. Elle n'inclut donc pas des populations reconnues à besoins spécifiques comme les détenus ou ceux accueillis dans les centres de postcure pour malades alcooliques ou pour toxicomanes.

De cette enquête, il ressort qu'un peu plus d'un quart de la population lorraine présente des besoins de soins en santé mentale, 8,8% relevant d'une approche psychiatrique. Les troubles anxieux touchent plus d'une personne sur 5 et les troubles de l'humeur moins d'une personne sur 10. Si 13% de l'échantillon a eu recours à un psychiatre au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, près de 50% ont eu recours à un généraliste en raison de problèmes de santé mentale et seulement 4.5% ont recouru à une structure.

#### Suicide

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de réduire de 20% le nombre des suicides à un horizon quinquennal. L'indicateur est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDC de l'INSERM.

Au sein des pays européens, la France se situe parmi les pays à forte fréquence de suicide, avec une estimation après redressement de près de 13000 décès annuels par suicide. En Lorraine, pour la période 2005-2007, on enregistre, en moyenne annuelle, 426 décès par suicide dont les 3/4 surviennent chez des hommes.

Si en France, entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007 le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%, en Lorraine on observe sur la même période une augmentation de 16%. Cinq territoires de santé de proximité (TSP) présentent un taux comparatif de mortalité par suicide significativement supérieur au taux de la France métropolitaine : pays de Verdun, territoire de Longwy, Pays des Vosges centrales, Déodatie et pays de Remiremont.



**La répartition par classe d'âge des décès par suicide en Lorraine est représentée dans le tableau ci-dessous :**

|                            | <b>&lt; 25<br/>ans</b> | <b>25-44<br/>ans</b> | <b>45-64<br/>ans</b> | <b>65-84<br/>ans</b> | <b>≥ 85<br/>ans</b> | <b>Tous<br/>âges</b> |
|----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Nb décès<br>par<br>suicide | 83                     | <b>409</b>           | 498                  | 258                  | 29                  | 1277                 |
| Nb décès                   | 923                    | <b>2051</b>          | 10132                | 31408                | 17709               | 62223                |
| % décès<br>par<br>suicide  | 9 %                    | <b>20 %</b>          | 5 %                  | 0,8 %                | 0,16%               | 2,05 %               |

**Décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès sur la période 2005-2007 en fonction de l'âge, en région Lorraine**

**Source : INSERM cépiDc**

Ainsi, dans la tranche d'âge 25-44 ans, le suicide représente 20% des décès.

On constate que 32% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge 25-44 ans et 22,5% chez les plus de 65 ans.

75% des décès par suicide surviennent chez des hommes.

Sur la période 2006-2008, on recense en moyenne 3900 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, dont 63% concernent des femmes.

#### Populations à risque

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par le suicide, bien que de façon différenciée : les jeunes à partir de l'adolescence, puisqu'il s'agit pour eux de la deuxième cause de décès, les hommes adultes pour lesquels les chiffres du suicide stagnent, et les personnes âgées.

Il est nécessaire d'essayer d'améliorer la santé mentale de ces populations et donc de développer des interventions en promotion de la santé mentale dans les différents milieux (école, entreprise, prison...).

#### - Milieu scolaire

Les personnels du service social de l'éducation nationale constituent des professionnels de première ligne qui ont un rôle particulier à jouer du fait de leur connaissance des problématiques des élèves. Les services de santé scolaire sont des interlocuteurs privilégiés des élèves et leur rôle de repérage et d'orientation éventuelle vers une prise en charge exige une connaissance réelle des signes d'appel et des manifestations de souffrance psychique des adolescents.

En Lorraine, 1000 lycéens de 14 à 16 ans participent depuis la rentrée 2010 à un programme de recherche développé dans 12 pays européens, intitulé projet SEYLE « Saving and Empowering Young Lives in Europe » // « sauver et améliorer la vie des jeunes européens ». Ce projet, dont les conclusions ne seront connues que dans 3 ans, évaluera la condition psychique et physique des lycéens et comparera différents programmes de promotion de la santé psychique et de prévention du suicide sur des jeunes ayant des conduites à risque pour recommander des modèles de promotion de la santé appropriés et culturellement adaptés à cette classe d'âge.

#### - Personnes placées sous main de justice

Les détenus se suicident 5 à 6 fois plus que les hommes libres de 15 à 59 ans<sup>14</sup>. En Lorraine, 15 décès par suicide sont survenus du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 22 août 2011 : 4 en 2008, 6 en 2009, 3 en 2010 et 5 depuis le début 2011. Concernant les tentatives de suicides (TS) survenant en milieu pénitentiaire, la fiabilité des données pourrait être améliorée.

<sup>14</sup> Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°469 ; décembre 2009

Il convient de renforcer la prévention du suicide en détention notamment par une formation des professionnels sanitaires, pénitentiaires et éducatifs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire.

Dans son rapport au garde des sceaux sur la prévention du suicide en milieu carcéral<sup>15</sup>, le docteur Albrand énonce 20 recommandations pour la mise en place d'une action de prévention du suicide en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels tant sanitaires que pénitentiaires.

- Milieu professionnel

Le Plan Régional Santé au Travail 2010-2014 a retenu parmi ses objectifs prioritaires, le renforcement de la politique de prévention des risques psycho-sociaux.

Une thèse de médecine soutenue en octobre 2011 à Nancy fait état de 64 actes suicidaires dont 35 suicides accomplis liés au travail et portés à la connaissance des médecins du travail, recensés sur la période 2005-2010 en Lorraine.

D'autre part, il convient d'améliorer l'articulation entre repérage et prise en charge, grâce notamment à la formation des professionnels et à leur mise en réseau.

- Personne âgée

En France, le taux de suicide chez les personnes âgées est élevé, notamment chez les hommes. Il est multiplié par 3 à 75 ans et par 4,5 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans.

## 2. Objectifs

Si on souhaite diminuer le TCM<sup>16</sup> par suicide dans les 2 sexes avec un objectif de 24 p 100 000 chez l'homme et 7 p 100 000 chez la femme, il convient de :

○ **Promouvoir des milieux et modes de vie favorables à la santé**

➤ Développer des environnements favorables au bien-être mental, y compris en milieux professionnel et pénitentiaire ;

➤ Développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle (être bien avec soi et avec les autres), via :

- l'apprentissage de savoir-être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress...) ;
- la gestion des conflits et la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.
- l'éducation affective et sexuelle ; cette démarche répond à la fois à des questions de santé publique (prévention des grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles...) et à des problématiques concernant les relations entre jeunes (lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes et prévention des violences physiques et sexuelles)

○ **Améliorer l'identification du mal-être et des facteurs de risque suicidaires**

➤ Former les médecins généralistes dans le cadre de la formation continue :

- à mieux identifier et traiter la dépression et les troubles bi-polaires,
- à mieux identifier le potentiel suicidaire (facteurs de risque, urgence et dangerosité)

➤ Former les professionnels pénitentiaires et éducatifs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire en milieu carcéral

➤ Former les professionnels au contact des personnes âgées, au diagnostic et à la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée.

<sup>15</sup> La prévention du suicide en milieu carcéral-rapport au garde des sceaux- commission présidée par le Dr Albrand-novembre 2009

<sup>16</sup> TCM : taux comparatif de mortalité

➤ Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail : démarche de prévention des risques psychosociaux (PRST 2)

○ **Informier et communiquer autour de la prévention du suicide**

➤ Créer un annuaire recensant les ressources et contacts disponibles pour les professionnels et le grand public à partir du modèle qui sera élaboré au niveau national et mis à disposition des ARS

➤ Mettre en ligne l'annuaire sur le site de l'ARS

Dans le cadre des actions menées, il conviendra de prendre en compte deux populations :

- Minorités sexuelles

Depuis plusieurs années, le lien entre comportement suicidaire et orientation sexuelle fait l'objet de recherches portant sur les discriminations et la santé publique, les personnes homosexuelles et bisexuelles apparaissant plus que les autres concernées par le risque de suicide. L'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque du comportement suicidaire est la plus solide pour expliquer la prévalence plus élevée de tentatives de suicide dans les populations homo et bi-sexuelles. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi et à une perte de confiance dans l'avenir et dans les autres, notamment chez les jeunes.

Il est important de sensibiliser les professionnels de tous horizons (champs éducatif, sanitaire, social, judiciaire, pénitentiaire) aux questions de discriminations à l'encontre des minorités sexuelles.

- Femmes victimes de violences (conjugales, travail, sexuelles)

A travers l'humiliation, la douleur, les traumatismes que les actes de violence engendrent, l'état de santé des femmes peut être profondément et durablement touché : troubles dépressifs, syndrome post traumatique, troubles de la personnalité et comportements auto-agressifs. L'enquête nationale sur les violences faites aux femmes menée en 2010 « ENVEFF » a permis de donner une description fine des liens entre violences et état de santé.<sup>17</sup>

Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 fixe 3 priorités : protection, prévention et solidarité. En matière de prévention, un programme d'études et de formations est prévu (formations initiale et continue des magistrats, policier, gendarmes, travailleurs sociaux et professionnels de santé)

Il faut amplifier la prévention en direction des jeunes, pour mieux prévenir et lutter contre ces violences. Il convient que les actions menées en milieu scolaire intègrent, dès le plus jeune âge, la lutte contre le sexisme, les violences sexuelles et sexistes et portent sur l'éducation à la vie affective et au respect entre les sexes, à l'affirmation de soi.

## **D. Addictions**

Les comportements addictifs constituent, du point de vue étiologique, la première cause de mortalité prématurée évitable en Lorraine.

Se reporter au volet « Addictologie » du schéma régional médico-social (SROMS).

<sup>17</sup> **enquête Enveff**, Coordonnée par l'Institut de démographie de l'université Paris I (Idup), elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au CNRS, à l'Ined, à l'Inserm et aux universités.

## **E. VIH/SIDA et IST<sup>18</sup>**

### **1. Contexte**

#### **Infection par le VIH**

Le SIDA est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du SIDA existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003.

- Le rapport 2010 établi sous la direction du Pr Yéni et intitulé « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » insiste sur le fait qu'en France :
  - le nombre de personnes infectées par le VIH en France peut être estimé à 152 000 en 2008, dont près d'un tiers ignorent leur statut ou ne sont pas suivies
  - la moitié des personnes découvrent leur séropositivité à un stade tardif (Tx de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm<sup>3</sup>)
  - le nombre de nouvelles contaminations peut être estimé à 7000 à 8000 par an sur la période 2004-2007
  - le nombre de nouveaux diagnostics est de 6500 en 2008, ce qui est insuffisant pour faire diminuer le nombre de personnes infectées ignorant leur statut vis-à-vis de l'infection à VIH.

Le groupe d'experts recommande donc la mise en œuvre d'une politique de dépistage de l'infection à VIH permettant de traiter tous les patients qui relèvent de la recommandation de mise sous traitement.

- En Lorraine, la situation est la suivante :
  - le nombre de patients séropositifs suivis dans les services hospitaliers de la région est de l'ordre de 1400
  - 470 personnes ont découvert leur séropositivité entre janvier 2003 et juin 2010<sup>19</sup> (205 en Moselle, 186 en Meurthe et Moselle, 59 dans les Vosges et 20 en Meuse) ; il s'agit d'un homme 7 fois sur 10 ; dans 10% des cas la découverte a été faite au stade SIDA ; 62% des personnes avaient moins de 40 ans.

---

<sup>18</sup> IST : Infections Sexuellement Transmissibles

<sup>19</sup> Source : InVS surveillance du VIH - données cumulées 2003-juin 2010, non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration

## Découvertes de séropositivité VIH par classe d'âge et par année de diagnostic - Lorraine

|                       | Année de diagnostic |      |      |      |      |        |        |        | Total |
|-----------------------|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|--------|-------|
|                       | 2003                | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 * | 2009 * | 2010 * |       |
| <b>Classe d'âge</b>   |                     |      |      |      |      |        |        |        |       |
| <b>0 à 9 ans</b>      | .                   | 1    | .    | .    | .    | .      | .      | .      | 1     |
| <b>10 à 19 ans</b>    | 1                   | .    | 1    | .    | .    | 1      | .      | .      | 3     |
| <b>20 à 29 ans</b>    | 21                  | 17   | 15   | 16   | 13   | 27     | 7      | 2      | 118   |
| <b>30 à 39 ans</b>    | 14                  | 25   | 15   | 19   | 36   | 37     | 24     | 2      | 172   |
| <b>40 à 49 ans</b>    | 4                   | 14   | 12   | 21   | 20   | 19     | 14     | 5      | 109   |
| <b>50 à 59 ans</b>    | 5                   | 9    | 7    | 15   | 1    | 7      | 4      | .      | 48    |
| <b>60 à 69 ans</b>    | .                   | 2    | 3    | .    | 5    | 2      | 5      | .      | 17    |
| <b>70 à 79 ans</b>    | .                   | .    | .    | .    | .    | 1      | .      | .      | 1     |
| <b>80 ans et plus</b> | .                   | .    | .    | 1    | .    | .      | .      | .      | 1     |
| <b>Total</b>          | 45                  | 68   | 53   | 72   | 75   | 94     | 54     | 9      | 470   |

Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration - \* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

## Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par année de diagnostic - Lorraine

|                              | Année de diagnostic |      |      |      |      |        |        |        | Total |
|------------------------------|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|--------|-------|
|                              | 2003                | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 * | 2009 * | 2010 * |       |
| <b>Mode de contamination</b> |                     |      |      |      |      |        |        |        |       |
| <b>1-Homosexuel/Bisexuel</b> | 11                  | 21   | 19   | 22   | 37   | 45     | 32     | 6      | 193   |
| <b>2-Usager de drogues</b>   | 2                   | 1    | .    | 2    | .    | 1      | .      | .      | 6     |
| <b>3-(1 et 2)</b>            | .                   | 1    | .    | .    | .    | .      | .      | .      | 1     |
| <b>5-Hétérosexuel</b>        | 24                  | 34   | 27   | 27   | 20   | 25     | 12     | .      | 169   |
| <b>6-Transfusé Etranger</b>  | .                   | 1    | .    | .    | 1    | .      | 1      | .      | 3     |
| <b>7-Mère/Enfant</b>         | .                   | 1    | .    | .    | .    | .      | .      | .      | 1     |
| <b>9-Inconnu</b>             | 8                   | 9    | 7    | 21   | 17   | 23     | 9      | 3      | 97    |
| <b>Total</b>                 | 45                  | 68   | 53   | 72   | 75   | 94     | 54     | 9      | 470   |

Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration - \* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Les homosexuels/bisexuels représentent 40% des cas et les hétérosexuels 36%. Les usagers de drogues intraveineuses représentent 1.3% des contaminations, ce qui témoigne de l'impact positif des actions de réduction des risques réalisées auprès des usagers de drogues. Il s'agit de données brutes non corrigées par la sous-déclaration<sup>20</sup>.

Découvertes de séropositivité VIH par pays de naissance regroupés et par année de diagnostic - Lorraine

|                                    | Année de diagnostic |      |      |      |      |        |        |        | Total |
|------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|--------|-------|
|                                    | 2003                | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 * | 2009 * | 2010 * |       |
| <b>Pays de naissance regroupés</b> | .                   | 2    | .    | 2    | 1    | 2      | .      | .      | 7     |
| <b>1-Afrique nord</b>              |                     |      |      |      |      |        |        |        |       |
| <b>2-Afrique Sub-Sahara</b>        | 11                  | 17   | 15   | 13   | 6    | 12     | 7      | .      | 81    |
| <b>3-Amériques</b>                 | .                   | .    | .    | .    | .    | 1      | 1      | .      | 2     |
| <b>4-Haiti</b>                     | .                   | .    | .    | 1    | .    | .      | .      | .      | 1     |
| <b>5-Asie-Océanie</b>              | 3                   | .    | .    | .    | 3    | .      | 1      | 1      | 8     |
| <b>6-Europe hors France</b>        | .                   | .    | 3    | 3    | 2    | 6      | .      | .      | 14    |
| <b>7-France</b>                    | 24                  | 43   | 34   | 44   | 48   | 58     | 35     | 5      | 291   |
| <b>9-Inconnu</b>                   | 7                   | 6    | 1    | 9    | 15   | 15     | 10     | 3      | 66    |
| <b>Total</b>                       | 45                  | 68   | 53   | 72   | 75   | 94     | 54     | 9      | 470   |

Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration - \* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

<sup>20</sup> Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration

Découvertes de séropositivité VIH par motif de dépistage et par année de diagnostic - Lorraine

|                                        | Année de diagnostic |      |      |      |      |        |        |        | Total |
|----------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|--------|-------|
|                                        | 2003                | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 * | 2009 * | 2010 * |       |
| <b>Motif de dépistage</b>              |                     |      |      |      |      |        |        |        |       |
| <b>Signes cliniques et biologiques</b> | 18                  | 28   | 13   | 19   | 23   | 27     | 13     | 3      | 144   |
| <b>Expo VIH</b>                        | 8                   |      | 12   | 17   | 17   | 27     | 16     | 2      | 111   |
| <b>Prise en charge</b>                 | 6                   | 14   | 10   | 14   | 7    | 6      | 4      | .      | 61    |
| <b>Bilan systématique</b>              | 5                   | 4    | 6    | 6    | 3    | 10     | 10     | 1      | 45    |
| <b>Grossesse</b>                       | 4                   | 1    | 3    | 4    | .    | 2      | 1      | .      | 15    |
| <b>Dépistage orienté</b>               | 1                   | 1    | 3    | .    | 1    | 3      | .      | 1      | 10    |
| <b>Autre</b>                           | 1                   | 4    | 2    | 5    | 9    | 4      | 3      | .      | 28    |
| <b>Inconnu</b>                         | 2                   | 4    | 4    | 7    | 15   | 15     | 7      | 2      | 56    |
| <b>Total</b>                           | 45                  | 68   | 53   | 72   | 75   | 94     | 54     | 9      | 470   |

Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration - \* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Le plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 fixe les objectifs suivants :

1. réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH
2. réduire de 50% en 5 ans l'incidence du SIDA
3. réduire de 50% la proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade SIDA
4. réduire de 20% la mortalité liée au SIDA
5. réduire l'incidence des IST
6. réduire l'incidence et la prévalence de l'infection HPV

Pour répondre à ces objectifs le plan est constitué de mesures déclinées en actions, qui s'organisent notamment autour des axes stratégiques suivants :

- prévention, information, éducation pour la santé
- et dépistage

### Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les IST ont été définies par le Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France comme étant des « infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle »

Sous cette terminologie sont regroupées des infections très différentes. Ainsi les infections à Chlamydiae, à Papillomavirus et l'herpès concernent la population générale. L'infection à VIH, les gonococcies, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et l'hépatite B touchent préférentiellement certains publics comme les HSH, les migrants originaires de zones de haute prévalence et les usagers de drogues intraveineuses.

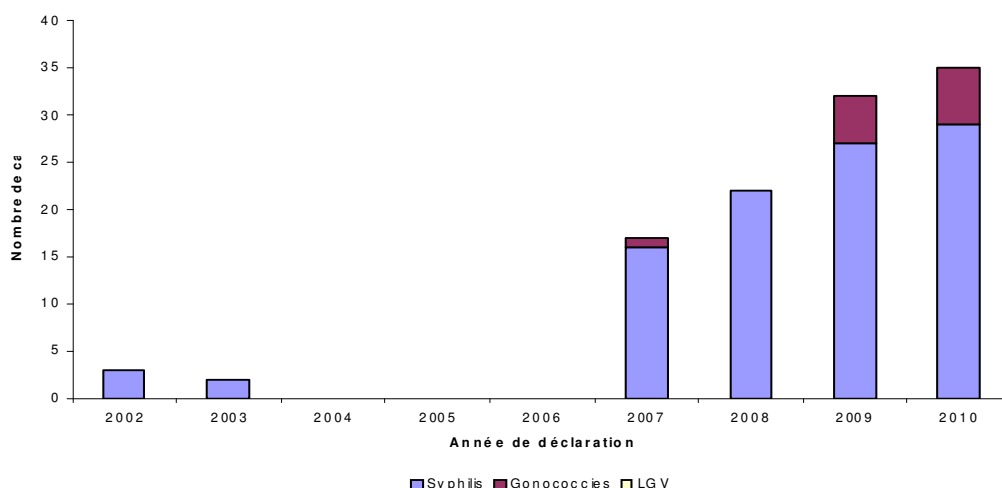
Plus de la moitié des personnes porteuses de l'Ag HBs ignorent leur séropositivité et la transmission par voie sexuelle reste préoccupante. On estime à plus de 2400 nouveaux cas par an le nombre d'hépatites B en France<sup>21</sup>. Cette maladie peut être prévenue de façon très efficace par la vaccination ; or les couvertures vaccinales des nourrissons et des adolescents en France sont encore très insuffisantes, n'atteignant pas 50%.

<sup>21</sup> BEH 26-27-28 / 5 juillet 2011

L'hépatite C touche un peu plus les femmes que les hommes ; elle persiste en tant qu'épidémie chez les usagers de drogues. La prévalence de l'hépatite C s'élève à 60% dans cette population.

En dehors de l'hépatite B aigüe et de l'infection à VIH, il n'existe pas de déclaration obligatoire des autres IST. Pour ces dernières, la surveillance assurée par des réseaux sentinelles de laboratoires et de médecins, n'est pas exhaustive mais renseigne sur les tendances de l'épidémie.

Le graphique suivant présente le nombre de cas d'IST déclarés de 2002 à 2010 en Lorraine par le réseau RésIST, réseau de cliniciens volontaires.



Les récentes déclarations de gonococcies (5 en 2009 et 6 en 2010) semblent être le reflet de l'importante recrudescence signalée en France en 2010. La proportion importante des formes asymptomatiques chez la femme est à l'origine d'une sous-estimation du diagnostic dans cette population et sans doute aussi de la diffusion de ces infections. Ces tendances reflètent la progression des comportements sexuels à risque et doit alerter sur la nécessité de renforcer l'information concernant les bonnes pratiques de prise en charge probabiliste de ces infections.

Le bilan du réseau de laboratoires Rénachla montre une progression annuelle du nombre des diagnostics d'infections urogénitales à Chlamydiae trachomatis.

## 2. Objectifs

- **Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST**
- Mettre en place des actions d'éducation à la vie sexuelle et affective et à la prévention du VIH adaptées aux différents publics et dans leurs lieux de vie : jeunes (y compris sous protection judiciaire), étudiants, femmes en situation de vulnérabilité et personnes en situation de handicap
- Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs
  - favoriser l'accès aux préservatifs, plus particulièrement chez les jeunes et en milieu carcéral
  - permettre aux publics bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, RSA et les mineurs d'accéder aux vaccinations anti-HPV et anti-VHB, par le biais de conventions de partenariat développées entre les CDAG/CIDIST, CPEF et les centres de vaccination
- Mettre en place des actions de prévention ciblées : migrants, HSH, personnes détenues, usagers de drogues intraveineuses (VHC) et personnes qui se prostituent
  - inscrire la problématique VIH/SIDA/migrants dans les PRAPS
  - mobiliser les secteurs associatifs et communautaires pour expérimenter des actions de prévention hors les murs pour les HSH



- améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie

- **Améliorer la détection précoce du VIH et des IST**

- Inciter les professionnels de santé, notamment de premier recours, à proposer un test de dépistage du VIH à la population générale (15 à 70 ans) hors notion d'exposition à un risque de contamination VIH
- Inciter les professionnels de santé à proposer un dépistage ciblé et régulier du VIH pour les populations à risque et/ou dans certaines circonstances
- Mettre en œuvre un dépistage du VIH en milieu communautaire par les associations (TROD)
- Améliorer le dépistage des IST conformément aux recommandations de la HAS
- Rendre visible l'offre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, CIDDIST et CPEF)

- **Développer sur les 2 territoires qui n'en sont pas pourvus (Meuse et Vosges) un programme d'éducation thérapeutique pour les patients vivant avec le VIH**

## ***F. Protection vaccinale de la population***

### **1. Contexte**

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses.

Pour être efficace, la politique vaccinale, qui est une politique de prévention primaire, nécessite 3 phases :

- Phase 1 : avoir un vaccin efficace
- Phase 2 : définir une stratégie vaccinale : calendrier vaccinal actualisé chaque année
- Phase 3 : mise en œuvre et suivi

Cette dernière phase représente le maillon faible en raison d'obstacles divers : financiers (coût des vaccinations), facteurs socio-culturels liés aux prescripteurs et/ou aux personnes, complexité du calendrier vaccinal, méconnaissance de la vaccination (calendrier, efficacité, effets secondaires), mauvaise connaissance de la couverture vaccinale individuelle et collective.

### **Sources de données relatives à la couverture vaccinale**

- des enfants et adolescents

Les sources de données sont diverses et inégalement exploitées.

- ❖ **Les certificats de santé :**

- Certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour : il comporte les informations relatives à la vaccination par le BCG et l'hépatite B
- Certificat de santé du 9<sup>ème</sup> mois : il comporte les informations relatives à la vaccination par le DTPolio et le BCG, contre la coqueluche, l'Haemophilus Influenzae de type b, l'hépatite B et le pneumocoque.
- Certificat de santé du 24<sup>ème</sup> mois : il comporte les informations relatives aux mêmes vaccinations que le certificat du 9<sup>ème</sup> mois et le statut vaccinal vis-à-vis du ROR.

Ce certificat de santé du 24<sup>ème</sup> mois est l'outil de base pour estimer la couverture vaccinale chez les jeunes enfants. Si le CSP (art L 2132-3) stipule que « dans un délai de 8 jours, le médecin qui a effectué un examen donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé adresse ce certificat au médecin responsable du service départemental de PMI », le taux de retour des certificats du 24<sup>ème</sup> mois n'est que de 65% en Lorraine.

❖ **Le bilan de la 4<sup>ème</sup> année** réalisé en moyenne section de maternelle par la PMI : des informations relatives aux vaccinations sont recueillies

❖ **Les visites médicales scolaires obligatoires** réalisées par les services de santé scolaire au cours des 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> année. Cycle triennal d'enquêtes scolaires.

❖ **Les enquêtes ponctuelles**

○ des adultes

Il existe une méconnaissance épidémiologique de la couverture vaccinale dans notre pays qui empêche d'évaluer la situation et de suivre précisément les programmes mis en œuvre ».

Là aussi, malgré les efforts de l'InVS, on dispose de peu d'indicateurs fiables. Les données sont toujours imprécises, partielles, rarement exhaustives

**Données régionales de couverture vaccinale**

○ Rougeole

Les dernières données départementales concernant la couverture vaccinale à 24 mois portent sur les années 2004 à 2007 et sont des estimations réalisées à partir des certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois<sup>22</sup>

En 2007, aucun département lorrain n'atteignait le taux de couverture de 95% recommandé à 24 mois pour la vaccination contre la rougeole. Or, pour éliminer la rougeole, il faut avoir moins de 5% de sujets réceptifs.

Une enquête relative à l'évaluation de la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants scolarisés en 6<sup>ème</sup> et en 2<sup>nde</sup> a été diligentée par la DGS et l'InVs en 2010. Les résultats pour la région lorraine figurent ci-dessous :

|                                                     |  | Classe de 6eme |            |            |            | Classe de seconde |            |            |            |
|-----------------------------------------------------|--|----------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|
|                                                     |  | 54             | 55         | 57         | 88         | 54                | 55         | 57         | 88         |
| Nombre d'enfant dans les classes concernées         |  | 6 734          | 2 070      | 9 206      | 3 929      | 6 939             | 1 790      | 8 496      | 3 765      |
| Nombre de carnets de santé (ou de vaccinations) vus |  | 6 130          | 1 887      | 8 584      | 3 640      | 5 686             | 1 355      | 6 923      | 3 417      |
| deux doses                                          |  | 5 697          | 1 814      | 7 672      | 3 379      | 5 251             | 1 302      | 6 090      | 3 105      |
| une dose                                            |  | 343            | 58         | 751        | 293        | 346               | 44         | 660        | 258        |
| Aucune                                              |  | 90             | 15         | 161        | 105        | 89                | 9          | 173        | 107        |
| <b>Taux de couverture ( 2 doses/carnets vus)</b>    |  | <b>93%</b>     | <b>96%</b> | <b>89%</b> | <b>93%</b> | <b>92%</b>        | <b>96%</b> | <b>88%</b> | <b>91%</b> |

Notons que si le nombre de cas de rougeole déclarés en lorraine en 2009 et 2010 étaient respectivement de 13 et 19, sur la période du 1<sup>er</sup> août 2010 au 31 juillet 2011, 73 cas ont été déclarés.

<sup>22</sup> Estimation des couvertures vaccinales à 24 mois – estimations produites par l'InVS en collaboration avec la DREES

- Hépatite B

Concernant la vaccination contre l'hépatite B (3 doses) à 24 mois, les taux en 2007 variaient entre 40,1% (Moselle) et 66,3% (Meurthe et Moselle)<sup>23</sup>. Il est probable que ce taux soit en progression depuis la mise sur le marché et le remboursement du vaccin hexavalent DTCPolio Hib HBV intervenu en avril 2008.

- Coqueluche

En 2007, le taux de couverture vaccinale à 24 mois contre la coqueluche (3 doses et 1 rappel) en Lorraine, variait de 84,2% en Meuse à 95,1% en Moselle.

- HPV

On ne dispose pas à ce jour de données régionales concernant la vaccination anti HPV des jeunes filles.

Une estimation de la couverture vaccinale nationale réalisée par l'InVS parmi les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans en 2008 concluait que 23% avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'HPV.

## 2. Objectifs

- **Améliorer la connaissance de la couverture vaccinale de la population**

- Rappeler aux médecins (pédiatres et généralistes) l'obligation qui leur est faite de transmettre les certificats de santé aux services de PMI
- Disposer des données départementales relatives aux vaccinations, recueillies lors des examens de santé obligatoires et lors des visites médicales scolaires obligatoires

- **Promouvoir la vaccination, notamment rougeole-oreillons-rubéole**

- Développer en lien avec les partenaires impliqués dans le champ des vaccinations des stratégies visant à favoriser la vaccination, en direction de la population et des professionnels de santé ; les stratégies devront être adaptées aux populations (détenus, gens du voyage, personnes en grande exclusion)
- Diffuser largement auprès de la population et des professionnels de santé les recommandations en matière de rattrapage vaccinal pour la rougeole, à savoir que toute personne née à partir de 1980 devrait avoir reçu 2 doses de vaccin ROR. En effet, une étude de séroprévalence menée par l'InVS en 2009-2010 a montré qu'en France, 8% des personnes âgées de 19 à 31 ans étaient réceptives à la rougeole, soit 1,5 million de personnes.
- Améliorer la lisibilité des centres de vaccination : missions et implantation

Les taux de couverture attendus sont :

- 95% pour la première injection et 80% pour la seconde injection de ROR chez les enfants âgés de 24 mois
- 80% pour la primovaccination par le vaccin de l'hépatite B chez les enfants de 24 mois
- couverture vaccinale supérieure à 80% pour la vaccination anti HPV chez les jeunes filles âgées de 15 ans

<sup>23</sup> Estimation des couvertures vaccinales à 24 mois – estimations produites par l'InVS en collaboration avec la DREES

## **G. Education thérapeutique du patient**

### **1. Contexte**

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients, notamment atteints de maladies chroniques, à acquérir des compétences pour vivre au mieux avec leur maladie et leurs traitements. Elle a pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être et relève donc de l'éducation pour la santé, sa particularité étant de s'adresser à des personnes qui requièrent des soins parce qu'elles sont porteuses d'une maladie, d'un handicap ou d'un facteur de risque pour leur santé.

Avec l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (15 millions en France), l'éducation thérapeutique devient partie prenante des soins et doit être formalisée.

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient dans notre système de soins montre une importante hétérogénéité à différents niveaux : structures la proposant, maladies prises en charge, modèles de programmes d'éducation du patient, modalités de coordination entre ville et hôpital ou entre professionnels, implication des patients, et enfin mode de rémunération et de financement. On retrouve la même diversité dans la formation (initiale et continue) des professionnels de santé à l'éducation du patient et donc dans les compétences des intervenants. De plus, la répartition des programmes d'ETP sur le territoire n'est pas harmonieuse.

En Lorraine, au 15 août 2011, 99 programmes d'ETP ont été autorisés. La répartition des principales thématiques est la suivante :

- diabète/obésité : 27 programmes
- maladies respiratoires (BPCO, asthme,...) : 20 programmes
- affections cardiovasculaires : 18 programmes
- insuffisance rénale chronique : 8 programmes

Les associations de patients ont été associées à l'élaboration du programme d'ETP et participent à sa mise en œuvre dans 26 programmes (26%).

#### Établissements de santé et éducation thérapeutique du patient

72 programmes sont mis en œuvre par un établissement de santé dont 58 par un établissement public. Enfin, 7 programmes sont portés par un syndicat mixte.

#### Médecine ambulatoire et éducation thérapeutique du patient

Les activités d'éducation du patient en ambulatoire s'organisent majoritairement autour de quatre dispositifs :

- l'éducation thérapeutique du patient intégrée aux pratiques des professionnels de santé libéraux
- les structures réunissant plusieurs professionnels médicaux et/ou paramédicaux
- les programmes éducatifs à l'initiative d'organismes de santé « payeurs »
- et les réseaux de santé.

Ainsi en Lorraine, 12 programmes émanent de réseaux de santé, 3 d'associations, 4 d'organismes de protection sociale et 1 seul d'une maison de santé pluridisciplinaire.

### **2. Objectifs et principes de développement de l'ETP en Lorraine**

Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France (environ 15 millions actuellement), les besoins en la matière sont très importants.

- **Il faut développer une offre ambulatoire de proximité et donc soutenir les projets portés par les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé multithématiques et de même que favoriser les mutualisations inter-réseaux. L'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients porteurs de maladies chroniques et ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers.**

- *Les maisons de santé pluridisciplinaires* essaient de répondre aux mêmes problèmes de désertification médicale, sur des territoires touchant une ou plusieurs communes. Regroupés dans un même local, médecins et paramédicaux développent ensemble de nouveaux modes de coopération pour les soins, ainsi qu'un projet de santé : dépistage de maladies, actions de promotion de la santé, éducation thérapeutique avec l'appui des réseaux de santé.
  - *Les pôles de santé pluridisciplinaires*, qui s'emploient à améliorer l'accessibilité des soins dans des zones de fragilité démographique, s'appuient sur un projet local de santé. Ils sont constitués de professionnels de santé de premier recours ou de spécialistes et intègrent parfois une ou plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires avec lesquelles s'articulent des cabinets médicaux et paramédicaux. Ce mode d'exercice facilite la coordination des soins et permet la réalisation de prestations éducatives par les professionnels de santé de premier recours formés et/ou par les réseaux de santé partenaires.
  - *Les réseaux de santé mono ou pluri-thématiques*, qui ont contribué, entre autres, au développement de l'éducation thérapeutique en ambulatoire, devraient proposer des services d'appui aux pôles de santé et maisons de santé pluridisciplinaires, ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux exerçant en dehors de toute nouvelle organisation professionnelle. Les missions des réseaux de santé pourront être :
    - aide et ingénierie à l'élaboration de projets de santé locaux
    - formations des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient
    - mise en place de services et prestations d'éducation thérapeutique du patient à proximité des lieux de vie, notamment dans les pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires (éducation diététique ou à l'activité physique, ateliers collectifs autour du diabète, de l'asthme ou des maladies cardio-vasculaires, etc.)
    - recours pour la prise en charge des patients aux parcours de soins complexes en concertation avec leurs médecins de second recours.De même, les réseaux de santé sont les organismes privilégiés pour assurer la coordination avec les équipes éducatives des établissements de santé, les structures médico-sociales, les associations-relais et les associations de patients.
- Les professionnels de ville ne disposent pas encore des ressources matérielles, pédagogiques et documentaires pour concevoir et mettre en place des programmes d'ETP. Pour les aider, **la création d'un pôle de ressources en ETP doit être envisagée** pour mettre en lien les organisations « de ville » investies dans l'ETP, participer à des actions de sensibilisation, de formation à la démarche éducative, permettre la mutualisation des outils...
  - **Il faut développer l'ETP intégrée aux soins, c'est-à-dire incorporée à la pratique des soignants.**

L'éducation thérapeutique doit en effet être accessible à tous les patients, sans qu'ils aient l'obligation d'adhérer à un programme d'ETP. De plus, lorsqu'un patient quitte l'établissement de santé où il a bénéficié d'un programme d'ETP, il est important que le relais soit pris par les professionnels de santé de proximité.

Pour un soignant, pratiquer l'éducation thérapeutique c'est adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé, à travers la poursuite de trois objectifs interdépendants :

    - aménager un environnement favorable à l'éducation,
    - mettre en oeuvre auprès des patients, une démarche éducative personnalisée,
    - établir des liens avec les autres acteurs de l'éducation thérapeutique.
  - Cela nécessite de développer une offre de formation ou sensibilisation répondant aux besoins des professionnels et donc d'identifier ces besoins. En effet, plusieurs niveaux de formation existent, allant de la sensibilisation (1/2 à 1 jour), la formation de 40H pour les éducateurs mettant en œuvre un programme, le DU (environ 150 heures) et le master.

Si le médecin traitant, en tant que coordonnateur du parcours de soins de son patient est le premier acteur de l'ETP, les infirmiers et autres professionnels paramédicaux et les pharmaciens y contribuent également.

- Il faut donc prioriser l'organisation de formations réunissant différents professionnels exerçant sur un même territoire, afin de favoriser la mise en place d'une éducation thérapeutique « multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle » comme le préconise la HAS.
- **Il faut intégrer les associations de personnes vivant avec une maladie chronique dans la construction et la mise en œuvre des programmes d'ETP.**
- **Il faut intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans la formation initiale des professionnels de santé (diplômes d'Etat).**

L'intégration de l'ETP dans la formation initiale des infirmiers et ergothérapeutes est effective, celles des pédicures-podologues et des manipulateurs en électro radiologie est prévue pour 2011 ou 2012 et des référentiels sont en cours d'élaboration pour d'autres professions paramédicales. La formation initiale des médecins, à Nancy, ne comporte pas d'enseignement spécifique de l'ETP. Par contre, il existe des formations ETP diplômantes à la faculté de médecine de Nancy ainsi que des formations à la démarche éducative dispensées par l'IREPS Lorraine.

Une organisation transversale, pluri-thématique, multiprofessionnelle, territorialisée avec plusieurs offres de services adaptées aux parcours complexes des patients atteints de maladies chroniques, favorisant une démarche éducative au long cours reste à bâtir avec les patients et les professionnels des milieux hospitaliers et de ville.

## **H. Santé environnementale**

### **1. Contexte**

Les missions de **santé environnementale** consistent à concevoir et à mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie. Les priorités affichées dans le volet « Prévention et promotion de la santé » du schéma régional de prévention concernent le plan régional santé environnement (PRSE) de Lorraine 2010-2013 ainsi que l'eau potable et l'habitat insalubre.

En plus du plan national santé-environnement (PNSE 2005-2008 puis PNSE 2009-2013), chaque région doit se doter d'un **PRSE**, outil régional de planification pluri-annuelle d'actions en santé environnementale.

Le 2<sup>ème</sup> PRSE lorrain 2010-2014 s'inscrit dans la continuité temporelle du 1<sup>er</sup> PRSE 2005-2008 (axe 5 du Plan Régional de Santé Publique 2006-2009 de Lorraine). En effet, alors que le 1<sup>er</sup> PRSE a été élaboré par un comité de pilotage composé de 3 services de l'Etat (DRASS, DRIRE et DIRECCTE), la démarche d'élaboration du 2<sup>ème</sup> plan lorrain, basée sur une large concertation, est toute autre :

- les 4 objectifs opérationnels ont été retenus par le comité technique du PRSE2 (composé de l'ARS, du conseil régional, de la DIRECCTE, de la DREAL et du SGAR) en juillet 2009 : les objectifs n°1 et n°4 reprennent les 2 grands axes du PNSE 2 tandis que les objectifs n°2 et 3 sont les orientations complémentaires définies par le comité technique du PRSE2.
- l'installation du groupe de travail régional en santé environnement (GRSE) le 9 novembre 2009, instance de pilotage du PRSE2, a validé les 4 objectifs du PRSE2.
- après appel à volontaires très large de décembre 2009 à mars 2010, mise en place d'avril à juin 2010 de 4 groupes de travail (un par objectif) chargés de définir un programme d'actions selon une trame commune.
- octobre 2010 : proposition de PRSE2 2010-2014 soumis à consultation publique de décembre 2010 à janvier 2011.



- 1<sup>er</sup> août 2011 : adoption du 2<sup>ème</sup> PRSE lorrain 2010-2014, par arrêté préfectoral du Préfet de Région.

Ainsi le second PRSE implique un plus grand nombre d'acteurs pour sa mise en œuvre. D'autre part, il met en avant des actions innovantes et partenariales à mener sur la période 2010-2014.

#### Etat des lieux

- En Lorraine les **unités de distribution d'eau potable** (UDI) de plus de 5 000 habitants représentent 7,2 % de la totalité des unités de distribution lorraine soit 92 UDI de plus de 5 000 habitants pour 1 272 UDI au total. Ces 92 « grosses » UDI représentent toutefois à elles seules 62 % de la population de la région soit près d'un million et demi d'habitants. Sur les années 2005, 2006 et 2007, la moyenne annuelle du nombre d'UDI de plus de 5 000 habitants présentant des dépassements récurrents des limites de qualité a été de 7,66 UDI soit 8,3 % des UDI de plus de 5 000 habitants.
- Au 31/12/2010 le **pourcentage de captages avec DUP** (déclaration d'utilité publique) représentait en Lorraine environ 65 % des captages d'alimentation en eau potable (AEP) contre 61 % au niveau national. Par département, les chiffres au 31/12/2010 sont contrastés : 67,32 % en 54 ; 34,90 % en 55 ; 66,92 % en 57 et 74,01 % en 88). Le PNSE 2 a réaffirmé la nécessité de protéger de manière efficace la ressource, notamment à l'échelle des périmètres de protection.
- En matière d'habitat indigne, la Lorraine bénéficie de pôles départementaux et de plans départementaux d'actions fortement investis. Des programmes d'actions départementaux et locaux ont été recensés lors de l'étude sur "L'habitat indigne en Lorraine, 2009". Ils se sont intégrés dans les nouveaux Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) comme le préconise la loi Engagement National pour le Logement (ENL). Chaque département était engagé en 2009 dans une démarche partenariale autour de l'habitat indigne : plate-forme départementale de lutte contre le logement indigne et non décent en 54, plate-forme départementale de lutte contre l'habitat dégradé en 55, groupe projet n°4 du 6<sup>ème</sup> PDALPD visant à renforcer les actions de repérage et de lutte contre l'habitat indigne en 57, plate-forme départementale de lutte contre l'habitat indigne en 88.

## **2. Objectifs**

- **Réduire les expositions environnementales responsables de pathologies à fort impact sur la santé**
  - **Air intérieur et habitat**
    - Informer sur l'impact de la qualité de l'air intérieur sur la santé (pilotes : ARS (DPSE)-DREAL)
    - Mesurer la qualité de l'air intérieur (pilotes : ARS (DPSE)-DREAL)
    - Coordonner les moyens d'intervention en matière de qualité de l'air intérieur (pilote : ARS (DPSE))
  - **Substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique (CMR)**
    - Sensibiliser les jeunes sur les risques CMR (pilote : DIRECCTE)
    - Informer et réduire les risques liés aux produits CMR et cytotoxiques en milieu professionnel (pilote : DIRECCTE)
    - Identifier les CMR dans l'eau potable (pilote : ARS (DPSE))
  - **Composés à préoccupation nouvelle (CPN) pour la santé**
    - Améliorer la connaissance en Lorraine des CPN à fort potentiel contaminant et risque pour la santé (pilote : ARS (DPSE))
- **Réduire les risques pour la santé liés aux transports en Lorraine**
  - **Mobilités responsables**
    - Réduire l'exposition des jeunes aux émissions polluantes autour des établissements scolaires (pilote : Conseil régional)

- Partager les voitures (pilotes : CUGN et association Lorraine Autopartage)
- Rendre effective l'éco-conduite (pilotes : SGAR et CARSAT NE)
- **Information et sensibilisation sur les conséquences sur la santé des polluants liés aux transports**
  - Construire un module d'information sur les effets des modes de transport sur la santé (pilotes : ADEME, ARS (DPSE) et DREAL)
- **Informier et former aux risques santé-environnement**
  - **Modalités pédagogiques et de communication auprès du grand public :**
    - Diffuser l'information au plus près du citoyen
      - 1<sup>ère</sup> application : Manifestations itinérantes (type « fête de la science ») (pilote : Conseil régional)
      - 2<sup>ème</sup> application : Equilibrer l'accès à la connaissance en santé environnementale sur l'ensemble de la Lorraine (pilote : ARS – DT 88)
    - Former des relais de proximité (surtout en lien avec les publics fragiles) (pilote : ARS (Dépt Accès à la Santé))
  - **Stratégie de valorisation de l'information disponible en Lorraine :**
    - Créer et promouvoir un portail santé-environnement en Lorraine (pilotes : ARS (service Communication) et DREAL)
  - **Formation continue des professionnels et des décideurs :**
    - Mettre en œuvre des modules santé-environnement dans la formation continue des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours (pilote : ARS (Dépt Accès à la Santé))
    - Intégrer des modules santé-environnement dans la formation continue des élus et professionnels (pilote : CNFPT)
- **Réaliser un état des lieux des points noirs environnementaux**
  - - Réaliser un état des lieux sur les points noirs environnementaux
- **Diminuer la proportion d'UDI<sup>24</sup> alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements de limites de qualité**
  - Renforcer le dispositif de recontrôle de la qualité de l'eau en cas de non-conformité
  - Appliquer le protocole régional visant à harmoniser les pratiques départementales en cas de non-conformité microbiologique
  - Poursuivre le programme des inspections des installations AEP, prioritairement sur les UDI de plus de 5 000 habitants
  - Poursuivre le programme des inspections des périmètres de protection des captages AEP, prioritairement ceux alimentant les UDI de plus de 5 000 habitants
  - Prendre contact systématiquement avec la personne responsable de la production et de la distribution de l'eau pour tout dépassement d'une limite de qualité concernant une UDI de plus de 5 000 habitants
- **Augmenter le nombre de captages AEP<sup>25</sup> avec DUP<sup>26</sup>**
  - Harmoniser l'instruction des procédures des 4 départements via la création d'un groupe de travail régional « Périmètres de protection des captages ».

<sup>24</sup> UDI : unité de distribution d'eau potable

<sup>25</sup> AEP : alimentation en eau potable

<sup>26</sup> DUP : déclaration d'utilité publique



- **Augmenter le nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité**

- Poursuivre le déploiement d'@riane-Habitat (outil de gestion des procédures Plomb et Insalubrité) dans les 4 départements.
- Poursuivre l'investissement des services dans l'amélioration du repérage, du traitement et du signalement des situations de mal-logement

## I. Santé environnementale

### 1. Contexte

L'objectif de développement de la **santé et du bien-être au travail** constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir.

Il passe par une politique volontariste qui donne la priorité absolue à la prévention primaire, de manière à assurer à chacun la préservation de son intégrité physique et psychique et le bénéfice de conditions de travail de qualité.

La politique définie dans le cadre du premier Plan Santé au Travail doit être poursuivie et renforcée par la mise en œuvre effective de nouvelles actions visant à prévenir les risques professionnels de dégradation de la santé et l'usure au travail, à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi des salariés fragilisés menacés d'usure professionnelle.

Dans sa déclinaison régionale, le **Plan Santé au Travail** s'inscrit dans une démarche partenariale, en mobilisant les organisations professionnelles, syndicales et les acteurs de la prévention mais également en recherchant des synergies avec l'ensemble des plans de santé.

Le plan régional lorrain, dont l'élaboration est pilotée par la DIRECCTE, a été arrêté à l'issue de la concertation avec les acteurs régionaux, notamment à travers le comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP), le 14 décembre 2010.

Le Plan Santé au Travail s'inscrit aussi dans une mise en œuvre plus lisible et plus visible de la politique de santé au travail. Un dispositif permettant un meilleur suivi des actions menées par l'ensemble des préventeurs et partenaires du plan, et des effets induits de la politique de santé au travail a été proposé.

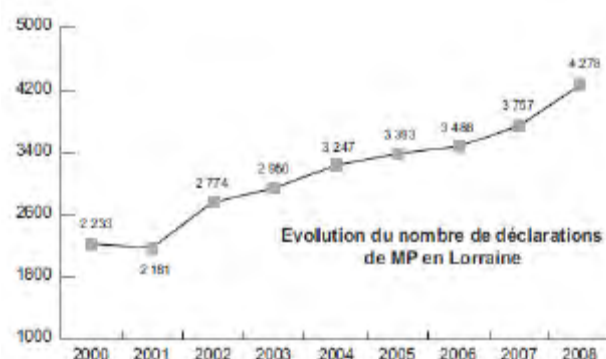
### Etats des lieux

Un certain nombre de données de cadrage sont convergentes et permettent de caractériser la situation lorraine au regard des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En Lorraine en 2007, on dénombrait près de 25 000 accidents du travail avec un arrêt (720 000 en France). Le taux de fréquence des accidents du travail est supérieur à celui constaté au niveau national. Néanmoins, il a diminué par rapport à 2005 (-1,4 accidents pour un million d'heures travaillées).

D'après les premiers bilans du plan Cancer, la région Lorraine est classée au quatrième rang des régions françaises en ce qui concerne la surmortalité par cancer. La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne nationale et les tumeurs représentent la première cause de décès dans la région.

Le nombre de déclarations de maladies professionnelles en 2008 a progressé de 13,8 % par rapport à 2007.



Source : SEVE – DIRECCTE Lorraine

Entre 2000 et 2003, quel que soit le sexe, une surmortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive était observée dans l'Est de la France. L'exposition professionnelle est le facteur de risque de BPCO le plus important après le tabagisme. Les secteurs professionnels où ce risque est le mieux documenté sont l'industrie minière, le secteur du textile et le secteur agricole. Les régions où l'on observe une surmortalité (Nord, Est et Bretagne) sont celles où sont concentrées ces activités en France [Source : InVS – BEH n°27-28].

## 2. Objectifs

Outre l'objectif de travailler mieux à tous les âges de la vie, quatre axes majeurs sont mis en œuvre :

- **Axe 1 « Améliorer la connaissance en santé au travail »**

Développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés. Cet axe approfondit les orientations déjà développées par le premier plan.

- **Axe 2 « Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels »**

Développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psycho-sociaux (RPS), du risque chimique, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques (TMS).

- **Axe 3 « Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises notamment les PME et les TPE »**

Renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables et adaptés.

- **Axe 4 « Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit »**

Renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions et assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention.

Auxquels s'ajoute un axe transversal, le renforcement du rôle des services de santé au travail avec notamment le développer des coopérations locales DIRECCTE, CARSAT/ CRAM, OPPBTP et SST.

## CONCLUSION

Quel qu'en soit le domaine, les politiques de santé seront de plus en plus confrontées aux limites du développement et de l'accès pour tous à des techniques médicales lourdes et coûteuses.

Si l'on veut réduire les inégalités sociales et ralentir la croissance des dépenses de santé, il est nécessaire que les politiques de santé publique s'orientent vers davantage de prévention. Cela implique que des moyens, des organisations cohérentes et des méthodologies rigoureuses soient mises en place ; ceci est particulièrement vrai dans le domaine des addictions (en particulier les consommations de tabac, d'alcool et de substances illicites), les conduites addictives, rappelons-le, intervenant dans 30% de la mortalité précoce en France.

## La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

### Diagnostic régional et territorial

Les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 7% des décès annuels en Lorraine.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec en moyenne 422 décès annuels<sup>27</sup>, représente plus de 30% des causes de ces décès. Le taux comparatif de mortalité observé en Lorraine est significativement supérieur au taux français ; il en est de même des taux départementaux, à l'exception des Vosges. Les taux les plus élevés sont retrouvés dans les territoires de Longwy, Briey, Thionville, Metz, Bassin Houiller et Pays du Saulnois.<sup>28</sup>

Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait du nombre élevé de malades non diagnostiqués ; il est démontré en effet que 2 malades sur 3 atteints de BPCO ne se savent pas touchés par cette maladie<sup>29</sup>.

Les répercussions sociales de la BPCO sont considérables sur les patients, leurs familles, les employeurs et la société : elle serait en France, à l'origine de 11% des invalidités, 8% des arrêts de travail et 11% des hospitalisations<sup>30</sup>.

La BPCO est attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas. Parmi les autres facteurs de risque, on note notamment le cannabis, les expositions professionnelles, la pollution atmosphérique, l'exposition passive à la fumée de cigarette et des facteurs génétiques. L'exposition à la fumée du tabac (tabagisme actif ou passif) est toujours un facteur aggravant.

La maladie évolue de façon insidieuse et ses signes cliniques sont souvent négligés. Lorsque la BPCO est diagnostiquée trop tard, elle expose à des risques graves de handicap.

L'identification des patients atteints peut se faire, de manière précoce, grâce à une mesure du souffle. Le médecin généraliste est en première ligne pour assurer le diagnostic précoce d'une BPCO à l'aide d'un appareil de mesure miniaturisé.

Une fois le diagnostic posé, le malade doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge comportant, outre un traitement médicamenteux, une réhabilitation respiratoire menée dans le cadre d'une prise en charge globale chez un patient bénéficiant d'une véritable éducation thérapeutique.

Un programme de prévention de la BPCO est en cours en Lorraine, sur 6 territoires de santé de proximité (Briey, Longwy, Thionville, Metz, Bassin Houiller et Déodatie)

<sup>27</sup> BPCO figurant comme cause initiale du décès

<sup>28</sup> Source : Atlas de la santé des Lorrains-ORSAS Lorraine-septembre 2010

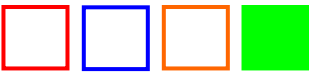
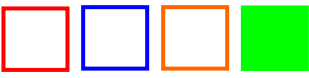
<sup>29</sup> InVS BEH thématique 27-28 / 3 juillet 2007

<sup>30</sup> InVS enquête décennale 2008

## PLAN D' ACTIONS

| Objectifs opérationnels                                                                              | Lien avec les priorités et objectifs PSRS      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Prévenir la survenue de la BPCO                                             | Priorité 1<br>Objectifs 1.2,1.4,1.5,1.6 et 2.2 |
| Objectif opérationnel<br>Diagnostiquer précocement la BPCO                                           | Priorité 2<br>Objectifs 4.3 et 4.4             |
| Objectif opérationnel<br>Permettre l'accès des patients atteints de BPCO à l'éducation thérapeutique | Priorité 4<br>Objectifs 10.1 et 10.3           |

|                                       |                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>BPCO</b> | <b>Prévenir la survenue de la BPCO</b> |
|---------------------------------------|----------------------------------------|

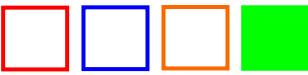
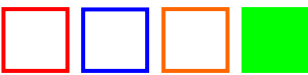
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Maintenir ou rendre un environnement favorable à la non exposition aux principaux agents pathogènes                                                                                                                                                      |
| Mesure n°2<br> | Promouvoir les comportements et ressources personnelles favorables à la non consommation de tabac et cannabis, par des actions d'information et d'éducation pour la santé notamment chez les jeunes, les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Acteurs en addictologie, associations de patients, professionnels de santé, collectivités territoriales, services de santé au travail, écoles, collèges, lycées et université                                                                            |

|                         |                                                  |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mises en place d'actions répondant aux 2 mesures | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Thématique transversales maladies chroniques                   |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive – 2005-2010           |
| Plan 2007-2011 prévention et prise en charge des addictions                                          |
| Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011 |

|                                   |                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel BPCO</b> | <b>Diagnostiquer précocement la BPCO</b> |
|-----------------------------------|------------------------------------------|

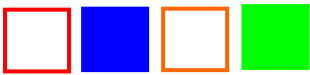
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Sensibiliser les médecins généralistes et les médecins du travail à l'intérêt de la détection précoce de la BPCO                                     |
| Mesure n°2<br> | Former les médecins généralistes et les médecins du travail à la détection précoce de la BPCO par la mesure du souffle (formation médicale continue) |
| Mesure n°3<br> | Evaluer le programme régional de prévention de la BPCO en cours sur les TSP 3, 4, 5, 6, 7 et 19                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Associations de formation médicale continue, services de santé au travail, professionnels de santé                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p>Nombre et % de médecins généralistes et du travail formés au dépistage de la BPCO</p> <p>Nombre de patients dépistés par les médecins généralistes formés à la mesure du souffle dans le cadre du programme « BPCO » en cours</p> <p>Nombre et % de patients dépistés ayant consulté un pneumologue dans le cadre du programme « BPCO » en cours</p> | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Thématique transversale maladies chroniques                    |

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                    |
| Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive 2005-2010             |
| Plan 2007-2011 Prévention et prise en charge des addictions                                          |
| Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011 |

|                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel BPCO</b> | <b>Permettre l'accès des patients atteints de BPCO à l'éducation thérapeutique</b> |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'offre de proximité en matière d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de BPCO, notamment dans les territoires de Briey, Thionville et Château-Salins |
| Mesure n°2<br> | Rendre lisible pour les professionnels et la population l'offre en matière de programmes d'éducation thérapeutique « BPCO »                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels de santé, établissements sanitaires, maisons et pôles de santé pluridisciplinaires                                                                              |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                             |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place d'un programme ETP « BPCO » en ambulatoire sur les territoires de Briey, Thionville et Château-Salins<br><br>Mise à disposition du public et des professionnels de la liste des programmes d'ETP « BPCO » autorisés par l'ARS | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales maladies chroniques                  |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive – 2005-2010<br><br>Plan 2007-2011 prévention et prise en charge des addictions<br><br>Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     |                                                                                                                                            |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programme ETP BPCO à mettre en place sur le territoire de Briey</li></ul>                          |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programme ETP BPCO à mettre en place sur le territoire de Verdun</li></ul>                         |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programme ETP BPCO à mettre en place sur les territoires de Thionville et Château-Salins</li></ul> |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                            |



## CANCERS

### Diagnostic régional et territorial

Le cancer constitue la première cause de mortalité en Lorraine, soit 30% des décès et le taux comparatif de mortalité observé est significativement supérieur au taux de la France métropolitaine.

Les taux comparatifs de mortalité en région sont significativement supérieurs au taux français pour les localisations suivantes : trachée-bronches-poumons, colon-rectum, et voies aéro-digestives supérieures.<sup>31</sup>

Chez l'homme, le cancer broncho-pulmonaire est la première cause de décès par cancer, suivi par le cancer colo-rectal, le cancer de la prostate et les cancers des voies aérodigestives supérieures, ces 4 localisations représentant 55% des décès par cancer. Chez la femme, le cancer du sein vient en tête, suivi par le cancer bronchopulmonaire et le cancer colorectal.

La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement général ou professionnel. La prévention secondaire de certains cancers par le dépistage doit être encouragée.

Le dépistage du **cancer du sein** par mammographie est proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le plan cancer 2009-2013 a fixé un objectif de 65 % de taux de participation au DO du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, taux estimé nécessaire pour pouvoir, par une prise en charge précoce, réduire la mortalité par cancer du sein.

La participation des femmes à ce programme de dépistage organisé reste encore insuffisante. Pour 2009-2010, avec un taux de participation de 48% (52,1% en France) la Lorraine se situe en 20<sup>ème</sup> position (sur 24), suivie par les régions Midi- Pyrénées, PACA, Ile de France et la Corse. Ce taux cache des disparités départementales, puisque la Meuse a le meilleur taux de participation (55,4%) tandis que la Moselle affiche 43,1%.

Concernant le **cancer colo-rectal**, on peut retenir qu'une diminution significative de la mortalité de 15 à 20% n'est obtenue que si au moins la moitié de la population concernée participe au dépistage et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif. Le plan cancer 2009-2013 a fixé un objectif de 60% de taux de participation au DO pour les personnes de 50 à 74 ans. Si on se réfère aux données publiées par l'InVS en mars 2011, la participation au programme est encore trop faible et la Lorraine se situe au 9<sup>ème</sup> rang avec un taux de participation INSEE 2009-2010 de 37,1% (34% en France)

Le **cancer du col de l'utérus** est le huitième cancer féminin en nombre de nouveaux cas et le nombre de décès le place au 13<sup>ème</sup> rang des décès par cancer chez la femme. Il est possible d'agir aujourd'hui très précocement, le dépistage par frottis cervico-utérin permettant de détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

En France, à ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin. On a un dépistage individuel et spontané qui permet d'atteindre un taux de couverture de 57% des femmes de 25 à 65 ans. Mais ce socle stagne depuis six ans alors que la loi de santé publique 2004 fixe un objectif à 80%. De plus, la HAS note des disparités géographiques et socio-économiques assez importantes : "La moitié des femmes qui devraient être dépistées ne le sont pas ou trop peu et 40% le sont trop".

Il existe par ailleurs une vaccination préventive destinée aux jeunes filles et luttant contre certains types de virus HPV, à l'origine des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin. Une étude menée par l'InVS et qui repose sur des données de remboursement fournies par l'Assurance Maladie montre que parmi les jeunes filles âgées de 14 à 18 ans en 2008, 23% avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'HPV.

Le **cancer broncho-pulmonaire** constitue la première cause de mortalité par cancer en Lorraine chez l'homme et la deuxième chez la femme après le cancer du sein. Le taux comparatif de mortalité en Lorraine est significativement supérieur au taux national et nécessite de poursuivre la lutte contre le tabagisme qui est de loin le principal facteur de risque évitable.

<sup>31</sup> Source : Atlas de la santé des lorrains-ORSAS Lorraine-septembre 2010

**Les cancers des voies aérodigestives supérieures** représentent la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer en Lorraine et surviennent 8 fois sur 10 chez l'homme. Chez l'homme, le taux comparatif de mortalité est significativement supérieur au taux français. C'est en Meuse que ce taux est le plus élevé.

Le tabac et l'alcool sont les deux principaux facteurs de risque de ces cancers, l'action des 2 se renforçant mutuellement.

Les **cancers cutanés**, dans leur ensemble, représentent la première localisation de cancer en termes d'incidence. Ces cancers, dont la surexposition aux rayonnements ultra-violets naturels et artificiels représente un facteur de risque majeur peuvent être prévenus par la réduction des expositions aux UV et l'adoption de nouvelles habitudes de prévention.

### Cancers et environnement

Les liens entre certains cancers et des substances ou des situations à risque présentes dans nos environnements font l'objet de plus en plus de travaux et de publications de toutes natures.

Pour l'InVS, 5 à 10% des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux ; pour les cancers liés à des expositions professionnelles, les estimations varient de 4 à 8,5% soit entre 11000 et 23000 nouveaux cas par an. Ces fourchettes traduisent les difficultés à relier les données de santé et les données environnementales, outre le fait de disposer de données fiables et à jour.

L'enquête SUMER 2003 montre qu'en France, 13,5% des salariés sont exposés à un ou plusieurs facteurs cancérigènes au cours de leur activité professionnelle. L'enquête régionale SUMER 2003 a montré qu'en 2003, 83870 salariés lorrains étaient exposés à au moins un produit cancérigène, soit 15,7% des salariés lorrains, tous secteurs d'activité confondus. En 2008, 167 cancers professionnels ont été déclarés en Lorraine. France entière, en 2005, 2059 cancers professionnels ont été reconnus par le régime général (2635 déclarés).

Le Plan Régional Santé au Travail 2010-2014<sup>32</sup> a retenu, parmi les actions prioritaires à mettre en place, le développement d'une démarche stratégique d'organisation de la prévention primaire des risques CMR<sup>33</sup> conduite par l'entreprise, des actions de contrôle ciblées de l'application des réglementations et des actions d'information et de sensibilisation aux risques.

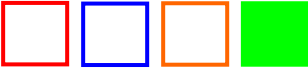
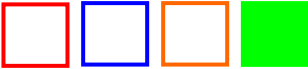
De même, le Plan régional Santé Environnement 2010-2014 comporte des mesures visant à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, dont les cancers.

| Objectifs opérationnels                                                               | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Promouvoir des milieux et modes de vie favorables à la santé | Priorité 1<br>Objectifs 1.2, 1.4, 1.6<br>Priorité 2<br>Objectifs 4.3, 4.4 |
| Objectif opérationnel<br>Encourager le dépistage de certains cancers                  | Priorité 4<br>Objectif 12.1                                               |

<sup>32</sup> Plan Régional Santé au Travail 2010-2014 sur [www.lorraine.direccte.gouv.fr](http://www.lorraine.direccte.gouv.fr)

<sup>33</sup> CMR : cancérigène, mutagène et reprotoxique

|                                          |                                                                     |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Cancers</b> | <b>Promouvoir des milieux et modes de vie favorables à la santé</b> |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

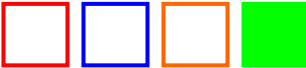
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Promotion des moyens permettant de réduire les facteurs de risque connus ; protection et réglementation sur le milieu de travail, en matière d'environnement (qualité de l'air, de l'eau, rayons ultra-violets, radon...)<br><br>NB : la réalisation de cette mesure en milieu du travail sera mise en œuvre par la DIRECCTE dans la cadre du PRST2 |
| Mesure n°2<br> | Développement des aptitudes individuelles et sociales qui permettent de faire des choix favorables à la santé. Cette approche doit intervenir dès le plus jeune âge en milieu scolaire.                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br> | Développement de programmes cohérents en matière de nutrition (alimentation et activité physique) et de prévention de la consommation de tabac et d'alcool                                                                                                                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Acteurs en promotion de la santé et prévention, collectivités territoriales, mutuelles                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                         |  |               |
|-------------------------|--|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> |  | Indicateur n° |
|-------------------------|--|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Volet cancer du SROS-PRS<br>Volet addictologie du SROMS        |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer 2009-2013<br>Plan VIH/SIDA/IST 2010-2014<br>PNNS 3<br>Prise en charge et prévention des addictions – plan 2007-2011<br>Plan Régional Santé au Travail Lorrain 2010-2014<br>PRSE |

|                                          |                                                    |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Cancers</b> | <b>Encourager le dépistage de certains cancers</b> |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Améliorer le suivi des résultats du dépistage organisé en finalisant la mise en place des tableaux de bord d'indicateurs de pilotage des programmes de DO                                                                                                                                       |
| Mesure n°2<br>   | Inciter les structures de gestion du dépistage organisé à mener des actions visant à augmenter la participation au DO sur les territoires où la participation est la plus faible: actions envers la population cible et les professionnels de santé concernés, notamment les médecins traitants |
| Mesure n°3<br>   | Inciter les médecins traitants, les radiologues et les gynécologues à privilégier le dépistage organisé du cancer du sein par rapport au dépistage individuel                                                                                                                                   |
| Mesure n°4<br>  | Promouvoir le dépistage du cancer du col par frottis chez les femmes de 25 à 65 ans, conforme aux recommandations                                                                                                                                                                               |
| Mesure n°5<br> | Améliorer la détection précoce des cancers de la peau en sensibilisant les professionnels et le grand public au dépistage précoce                                                                                                                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Structures de gestion du DO des cancers, ligue contre le cancer, Assurance Maladie, professionnels de santé, acteurs de prévention, collectivités territoriales, CPEF                                                                                                                           |

|                         |                                                                                                                                     |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Taux de participation régional au DO du cancer du sein $\geq 65\%$<br>Taux de participation au DO du cancer colo-rectal $\geq 50\%$ | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet cancer du SROS-PRS                                       |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan cancer 2009-2013                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• L'ensemble des mesures ont vocation à être mises en œuvre dans les 4 territoires de santé</li></ul>    |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenir un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein au moins égal à 50%</li></ul> |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenir un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein au moins égal à 50%</li></ul> |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                                |

**Education Thérapeutique du Patient (ETP)****Diagnostic régional et territorial**

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir des compétences pour vivre au mieux avec leur maladie et leurs traitements. Elle a pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être. Elle relève donc de l'éducation pour la santé mais sa particularité est de s'adresser à des personnes qui requièrent des soins parce qu'elles sont porteuses d'une maladie, d'un handicap ou d'un facteur de risque pour leur santé.

Avec l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (15 millions en France), elle devient partie prenante des soins et doit être formalisée.

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient dans notre système de soins montre une importante hétérogénéité à différents niveaux : structures la proposant, maladies prises en charge, modèles de programmes d'éducation du patient, modalités de coordination entre ville et hôpital ou entre professionnels, implication des patients, et enfin mode de rémunération et de financement. On retrouve la même diversité dans la formation (initiale et continue) des professionnels de santé à l'éducation du patient et donc dans les compétences des intervenants.

De plus, la répartition des programmes d'ETP sur le territoire n'est pas harmonieuse.

En Lorraine, au 15 août 2011, 99 programmes d'ETP ont été autorisés. La répartition des principales thématiques est la suivante :

- diabète/obésité : 27 programmes
- maladies respiratoires (BPCO, asthme,..) : 20 programmes
- affections cardiovasculaires : 18 programmes
- insuffisance rénale chronique : 8 programmes

72 programmes sont mis en œuvre par un établissement de santé dont 58 par un établissement public. Enfin, 7 programmes sont portés par un syndicat mixte.

12 programmes autorisés émanent de réseaux de santé, 3 d'associations, 4 d'organismes de protection sociale et 1 seul d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Les associations de patients ont été associées à l'élaboration du programme d'ETP et participent à sa mise en œuvre dans 26 programmes (26%).

Une organisation transversale, pluri-thématique, multiprofessionnelle, territorialisée avec plusieurs offres de services adaptées aux parcours complexes des patients atteints de maladies chroniques, favorisant une démarche éducative au long cours doit être bâtie avec les patients et les professionnels des milieux hospitaliers et de ville.

L'éducation thérapeutique doit être accessible à tous les patients, sans qu'ils aient l'obligation d'adhérer à un programme d'ETP.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                             | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br><i>Améliorer l'accès des patients à l'éducation thérapeutique</i>                                                                          | Priorité 1<br>Objectifs 1.5 et 2.1        |
| Objectif opérationnel<br><i>Développer une formation en ETP de qualité</i>                                                                                          | Priorité 2<br>Objectifs 4.4<br>Priorité 4 |
| Objectif opérationnel<br><i>Intégrer les associations de patients vivant avec une maladie chronique dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'ETP</i> | Objectif 10.3                             |

|                                  |                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel ETP</b> | <b>Améliorer l'accès des patients à l'éducation thérapeutique</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

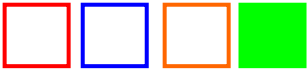
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer une offre ambulatoire de proximité et donc accompagner les projets portés par les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé et les réseaux de santé multithématiques              |
| Mesure n°2<br> | Conforter l'ETP intégrée aux soins c'est-à-dire incorporée à la pratique des soignants: l'éducation thérapeutique doit être accessible aux patients sans qu'ils aient l'obligation d'adhérer à un programme |
| Mesure n°3<br> | Faire évoluer progressivement l'offre de programmes monothématiques vers une organisation transversale, plurithématique, territorialisée                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | URPS, associations de FMC, réseaux de santé, MSPD et pôles de santé, Assurance Maladie                                                                                                                      |

|                         |                                                                                            |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation du nombre de programmes d'ETP mis en œuvre dans les maisons et pôles de santé | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet maladies chroniques du SROS PRS<br>Volet cancer du SROS PRS<br>Volet prise en charge des enfants et des adolescents du SROS PRS<br>Volet AVC du SROS-PRS<br>Volet addictologie du SROMS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan Maladies Chroniques 2007-2011<br>Plan Cancer 2009-2013<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Plan addictions 2007-2011<br>Plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 |

|                                  |                                                   |
|----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel ETP</b> | <b>Développer une formation en ETP de qualité</b> |
|----------------------------------|---------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Identifier les besoins des professionnels en matière de formation, notamment continue                                                               |
| Mesure n°2<br> | Intégrer l'éducation thérapeutique dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.                                              |
| Mesure n°3<br> | Fédérer les compétences en ETP au sein d'un pôle ressource en ETP pour aider les professionnels à concevoir et mettre en place des programmes d'ETP |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | établissements de santé, maisons et pôles de santé, réseaux de santé, URPS, IREPS, école de santé publique, facultés de médecine et de pharmacie    |

|                         |                                                                                            |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place de formations répondant aux besoins<br>Constitution du pôle ressource en ETP | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « maladies chroniques », « prise en charge des enfants et des adolescents », AVC, addictologie<br>Volet cancer du SROS PRS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan Maladies Chroniques 2007-2011<br>Plan Cancer 2009-2013<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Plan addictions 2007-2011<br>Plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 |



|                                  |                                                                                                                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel ETP</b> | <b>Intégrer les associations de patients vivant avec une maladie chronique dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'ETP</b> |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Rappeler aux porteurs de projets de programmes d'ETP la nécessité d'associer dès la construction du programme des représentants des associations de patients porteurs de maladies chroniques |
| Mesure n°2<br> | Inciter les associations de patients à participer à la mise en œuvre des programmes d'ETP                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé, maisons et pôles de santé, réseaux de santé, associations de patients                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                       |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation du nombre de programmes d'ETP autorisés associant les patients à la construction et/ou à la mise en œuvre des programmes | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « maladies chroniques », « prise en charge des enfants et des adolescents », AVC, addictologie<br>Volet cancer du SROS-PRS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan Maladies Chroniques 2007-2011<br>Plan Cancer 2009-2013<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Plan addictions 2007-2011<br>Plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'ensemble des mesures ont vocation à être mises en œuvre dans les 4 territoires de santé</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                             |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                             |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                             |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                             |

**Maladies Cardio-Neuro-Vasculaires (MCNV)****Diagnostic régional et territorial**

Malgré les progrès dans le domaine du diagnostic, des traitements médicaux et invasifs, les maladies cardiovasculaires sont responsables en Lorraine de 28% des décès annuels, soit environ 5800 morts par an en moyenne, dont 55% surviennent chez les femmes. Si en Lorraine, comme en France, la mortalité par affection cardiovasculaire a diminué, le taux comparatif de mortalité reste significativement supérieur au taux français dans chacun des 4 départements. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans les territoires suivants : pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe, bassin houiller, pays du Saulnois, territoire de Longwy, pays cœur de Lorraine et pays barrois<sup>34</sup>.

Les formes principales de maladies cardio-vasculaires sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, responsables en Lorraine respectivement de 25% et 24% des décès par maladie cardiovasculaire.

L'approche globale qui intègre aussi bien des actions sur les déterminants de la santé que des actions qui visent à améliorer le dépistage et la prise en charge des patients par la prévention secondaire et tertiaire est la politique la plus efficace pour promouvoir la santé cardiovasculaire. En ce qui concerne le dépistage, il convient de favoriser l'estimation par les médecins du « risque cardiovasculaire global » de leurs patients.

La prévention de ces maladies repose classiquement sur la réduction des risques ; parmi les principaux facteurs accessibles à des actions de promotion de la santé et de prévention, citons : le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'excès chronique de stress, le surpoids/obésité, la sédentarité, le diabète de type 2.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                         | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé                                                                                           | Priorité 1<br>Objectifs 1.2, 1.4<br><br>Priorité 2<br>Objectif 4.3, 4.4 |
| Objectif opérationnel<br>Promouvoir le dépistage des personnes présentant un risque cardiovasculaire majoré                                                                     | Priorité 1<br>Objectifs 1.6, 2.1<br><br>Priorité 2<br>Objectif 4.4      |
| Objectif opérationnel<br>permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique des personnes à risque cardiovasculaire ou ayant fait un accident cardio ou neurovasculaire | Priorité 1<br>Objectif 1.5                                              |

<sup>34</sup> Source : Atlas de la santé des Lorrains-ORSAS Lorraine-septembre 2010

|                                   |                                                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel MCNV</b> | <b>Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé</b> |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Favoriser l'accès à une offre d'activité physique et d'alimentation saine                                                                                                                                                             |
| Mesure n°2<br> | Accompagner l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables à la santé sur 4 déterminants : alimentation, tabac, activité physique, stress ; intervenir notamment auprès des jeunes et auprès des groupes les plus vulnérables |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels de santé, collectivités territoriales, acteurs en promotion de la santé, éducation nationale, milieu du travail, PMI                                                                                                   |

|                         |                                                          |               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place d'actions correspondant aux mesures 1 et 2 | Indicateur n° |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Thématiques transversales « maladies chroniques » et volet AVC |

|                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                        |
| Plan 2007-2011 prévention et prise en charge des addictions<br>Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011<br>Plan Obésité 2010-2014<br>Plan National Nutrition Santé 2011-2015 |

|                                   |                                                                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel MCNV</b> | <b>Promouvoir le dépistage des personnes présentant un risque cardiovasculaire majoré</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Sensibiliser les médecins traitants et le public à la nécessité d'un dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires |
| Mesure n°2<br> | Evaluer le programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires mis en œuvre sur les TSP 3, 7, 8 et 9          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Régimes d'Assurance Maladie, associations de FMC médecins, IREPS                                                         |

|                         |  |               |
|-------------------------|--|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> |  | Indicateur n° |
|-------------------------|--|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « maladies chroniques » et volet AVC |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan 2007-2011 prévention et prise en charge des addictions<br>Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011<br>Plan Obésité 2010-2014<br>Plan National Nutrition Santé 2011-2015 |

|                                   |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel MCNV</b> | <b>Permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique des personnes à risque cardiovasculaire ou ayant fait un accident cardio ou neurovasculaire</b> |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'offre de proximité en matière d'éducation thérapeutique pour les patients à risque cardio-vasculaire                    |
| Mesure n°2<br> | Rendre visible l'offre en matière d'éducation thérapeutique dans chaque territoire de santé                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels de santé, maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, centres de santé, établissements de santé, Assurance Maladie |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                          |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise à disposition du public et des professionnels de la liste des programmes d'ETP autorisés par l'ARS<br>Au moins un programme ETP accessible aux patients porteurs d'une pathologie cardio ou neurovasculaire par territoire de santé | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Thématiques transversales « maladies chroniques » et volet AVC |

|                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                        |
| Plan 2007-2011 prévention et prise en charge des addictions<br>Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011<br>Plan Obésité 2010-2014<br>Plan National Nutrition Santé 2011-2015 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     |                                                                                                                                                                                         |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'un programme d'ETP « maladies cardio-neurovasculaires » sur les TSP 3 (Briey) et 15 (Val de lorraine)</li> </ul>                 |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'un programme d'ETP « maladies cardio-neurovasculaires » sur le TSP 12 (Haut Val de Meuse))</li> </ul>                            |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'un programme d'ETP « maladies cardio-neurovasculaires » sur les TSP 8 (Sarreguemines-Bitche-Sarralbe) et 9 (Saulnois)</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'un programme d'ETP « maladies cardio-neurovasculaires » sur le TSP 13 (ouest Vosgien)</li> </ul>                                 |

## Surpoids et Obésité

### Diagnostic régional et territorial

Dans notre région, la prévalence du surpoids à l'âge de 6 ans<sup>35</sup> (y compris obésité) est passée de 14,9% lors de l'enquête 1999-2000 à 14% lors de l'enquête triennale de l'éducation nationale 2005-2006, ce qui place la Lorraine au 4<sup>ème</sup> rang sur le plan national. Le taux d'obésité au même âge est passé de 4,6 à 3,1%, plaçant la Lorraine en 13<sup>ème</sup> position. Toutefois la baisse de la prévalence du surpoids et de l'obésité a été moins forte en ZEP. Sur le plan territorial, les résultats globaux de la Lorraine masquent des différences importantes entre les départements et plus largement entre les bassins d'éducation et de formation (BEF). Le surpoids est largement plus répandu parmi les enfants mosellans, tant pour les filles que pour les garçons : respectivement 13,5% pour les garçons contre 12,5 % au plan régional et 17% pour les filles contre 15,8 % au plan régional. L'analyse de la répartition sur le territoire révèle une opposition assez nette entre l'est et l'ouest de la région : les bassins limitrophes de l'Alsace (sauf ceux de Remiremont et Sarreguemines) affichent une obésité plus marquée.

Selon l'enquête OBEPI<sup>36</sup> la Lorraine fait partie des régions ayant subi les plus fortes évolutions de l'obésité des plus de 18 ans entre 1997 et 2009 (10,5% en 1997 et 17,6% en 2009), ce qui la place bien au-dessus de la moyenne nationale (14,5%).

Les conséquences sur la santé sont dominées par le diabète et l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les atteintes articulaires sources de handicap et certains cancers. L'obésité est une maladie chronique évolutive qui tend à s'aggraver au cours de la vie; le début de l'obésité se situe souvent durant l'enfance et l'adolescence. La prévention et le traitement doivent être précoces; une attention particulière doit être apportée au dépistage et à la prise en charge des enfants et des adolescents.

L'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Les actions doivent être multifocales et multisectorielles avec intégration des objectifs de lutte contre l'obésité dans la politique de la ville, la politique des transports, l'accessibilité aux équipements sportif en milieu scolaire, universitaire et urbain.

L'obésité est une source d'inégalité sociale de santé; à ce titre, il convient de prendre en compte les situations de vulnérabilité dans le choix et la mise en œuvre des actions de prévention.

L'offre de soins devra être organisée de manière à être lisible, accessible, pour permettre d'orienter les personnes obèses ou en surpoids vers le niveau requis. En effet, sans aval, le dépistage n'aurait aucun sens.

<sup>35</sup> DREES-études et résultats n°737 -septembre 2010 « la santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 »

<sup>36</sup> ObEpi 2009-enquête INSERM/TNS HEALTHCARE/ROCHE\_ enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité



| Objectifs opérationnels                                                                   | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé     | Priorité 1<br>Objectifs 1.2, 1.6, 2.1<br>Priorité 2<br>Objectifs 4.1, 4.2, 4.3, 4.4            |
| Objectif opérationnel<br>Dépister précocement le surpoids et l'obésité chez l'enfant      | Priorité 1<br>Objectifs 1.4, 1.6<br>Priorité 2<br>Objectif 4.1, 4.2, 4.3, 4.4                  |
| Objectif opérationnel<br>Faciliter la prise en charge des personnes obèses ou en surpoids | Priorité 1<br>Objectif 1.5<br>Priorité 2<br>Objectif 5.4<br>Priorité 4<br>Objectifs 11.1, 11.2 |

|                                                            |                                                                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Surpoids et Obésité</b> | <b>Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé</b> |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Augmenter le niveau d'activité physique à tous les âges en favorisant l'offre d'activité physique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°2<br> | Accompagner l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables en matière d'alimentation et d'activité physique : intervenir notamment auprès des enfants et adolescents et auprès des groupes les plus vulnérables <ul style="list-style-type: none"> <li>- populations en situation de précarité : mobiliser les ASV sur la thématique « nutrition santé » avec les contrats locaux de santé</li> <li>- enfants et adolescents : mettre en œuvre une stratégie de promotion de l'activité physique auprès des jeunes, mobilisant les élus, l'éducation nationale, les clubs et fédérations sportives, les collectivités territoriales, les associations...</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Collectivités territoriales, acteurs du social, éducation nationale, PMI, clubs sportifs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                      |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place d'actions répondant aux mesures 1 et 2 | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « prise en charge des enfants et des adolescents » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme national Nutrition Santé 2011-2015<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Plan cancer 2009-2013<br>Plan National Alimentation<br>Rapport du Pr JF Toussaint : Retrouver sa liberté de mouvement |

|                                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Surpoids et Obésité</b> | <b>Dépister précocement le surpoids et l'obésité chez l'enfant</b> |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

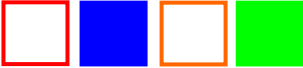
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Promouvoir le dépistage précoce de l'excès de corpulence chez l'enfant par les médecins généralistes et les pédiatres : systématiser la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours ; utiliser les courbes d'IMC |
| Mesure n°2<br> | Faciliter le recueil du poids et de la taille des enfants lors des visites médicales scolaires et l'exploitation des données                                                                                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Médecins traitants et pédiatres, PMI, services de santé scolaire, centres de santé, assurance maladie                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                          |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Surpoids des enfants en grande section de maternelle : 11%<br>Obésité des enfants en grande section de maternelle : 2,7% | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « prise en charge des enfants et des adolescents » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme national Nutrition Santé 2011-2015<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Plan cancer 2009-2013<br>Plan National Alimentation |

|                                                            |                                                                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Surpoids et Obésité</b> | <b>Faciliter la prise en charge des personnes obèses ou en surpoids</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'éducation thérapeutique dans le champ du surpoids et de l'obésité intégrant les dimensions psychologique, diététique et d'activité physique.<br>Rendre visible cette offre. |
| Mesure n°2<br> | Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité en s'appuyant sur le savoir faire des réseaux existants                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé, réseaux de santé, médecins généralistes et spécialistes, MSPD                                                                                                   |

|                         |                                                           |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Autorisations de programmes d'ETP conformes à la mesure 1 | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématiques transversales « prise en charge des enfants et des adolescents » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme national Nutrition Santé 2011-2015<br>Plan Obésité 2010-2013<br>Programme éducation santé 2011-2015<br>Plan cancer 2009-2013<br>Plan National Alimentation |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le surpoids et l'obésité, notamment chez l'enfant est largement plus répandu en Moselle, ce qui incite à mettre en place des actions de prévention en priorité sur ce département</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                                                                                                                     |

**Santé mentale / Suicide****Diagnostic régional et territorial**

La santé mentale couvre un domaine étendu. Elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux et comporte trois dimensions principales : la santé mentale positive, la souffrance psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques.

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de réduire de 20% le nombre des suicides à un horizon quinquennal. L'indicateur est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM.

Si en France, entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007 le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%, en Lorraine on observe sur la même période une augmentation de 16%. En Lorraine, pour la période 2005-2007, on enregistre, en moyenne annuelle, 426 décès par suicide dont les 3/4 surviennent chez des hommes.

Cinq territoires de santé de proximité (TSP) présentent un taux comparatif de mortalité par suicide significativement supérieur au taux de la France métropolitaine : pays de Verdun, territoire de Longwy, Pays des Vosges centrales, Déodat et pays de Remiremont.

La répartition par classe d'âge des décès par suicide en Lorraine est représentée dans le tableau ci-dessous :

|                      | < 25 ans | 25-44 ans   | 45-64 ans | 65-84 ans | ≥ 85 ans | Tous âges |
|----------------------|----------|-------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Nb décès par suicide | 83       | <b>409</b>  | 498       | 258       | 29       | 1277      |
| Nb décès             | 923      | <b>2051</b> | 10132     | 31408     | 17709    | 62223     |
| % décès par suicide  | 9 %      | <b>20 %</b> | 5 %       | 0,8 %     | 0,16%    | 2,05 %    |

**Décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès sur 2005-2007 en fonction de l'âge, en région Lorraine**

Source : INSERM cépiDc

Ainsi, dans la tranche d'âge 25-44 ans, le suicide représente 20% des décès.

On constate que 32% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge 25-44 ans et 22,5% chez les plus de 65 ans.

Sur la période 2006-2008, on recense en moyenne 3900 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, dont 63% concernent des femmes.

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par le suicide, bien que de façon différenciée : les jeunes à partir de l'adolescence, puisqu'il s'agit pour eux de la deuxième cause de décès, les hommes adultes pour lesquels les chiffres du suicide stagnent, et les personnes âgées.

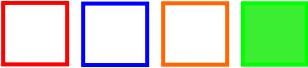
Une attention doit être portée aux détenus car ces derniers se suicident 5 à 6 fois plus que les hommes libres de 15 à 59 ans<sup>37</sup>. En Lorraine, 15 décès par suicide sont survenus du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 22 août 2011 dont 5 depuis début 2011.

Il est nécessaire d'essayer d'améliorer la santé mentale de ces populations et donc de développer des interventions en promotion de la santé mentale dans les différents milieux (école, prison, entreprise...).

D'autre part, il convient d'améliorer l'articulation entre repérage et prise en charge, grâce notamment à la formation des professionnels et à leur mise en réseau.

<sup>37</sup> Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°469 ; décembre 2009

| Objectifs opérationnels                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Développer la prévention du suicide                             | Priorité 1<br>Objectifs 1.3, 1.6<br>Priorité 2<br>Objectifs 4.2, 4.3, 4.6                          |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la prise en charge des personnes en risque suicidaire | Priorité 2<br>Objectifs 2.2, 2.3, 3.1<br>Priorité 3<br>Objectif 7.3<br>Priorité 4<br>Objectif 11.1 |
| Objectif opérationnel<br>Informer et communiquer autour de la prévention du suicide      | Priorité 1<br>Objectif 2.2<br>Priorité 2<br>Objectifs 6.1 et 6.2                                   |

| Objectif opérationnel<br>Santé mentale                                                           | Développer la prévention du suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                         | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Mesure n°1<br>  | Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale, en particulier les actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents : diffusion des travaux de l'INPES sur les interventions efficaces à venir                                                                                      |  |
| Mesure n°2<br>  | Lutter contre l'isolement des personnes atteintes de handicap et en situation de fragilité au travers des GEM                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Mesure n°3<br>  | Renforcer la prévention du suicide auprès des personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées</li> <li>- Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression du sujet âgé, trop souvent négligée, méconnue ou mal traitée</li> </ul> |  |
| Mesure n°4<br> | Renforcer la collaboration entre les personnels soignants, pénitentiaires et éducatifs afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral                                                                                                                                                                                                     |  |
| Pilotage de l'objectif                                                                           | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Partenaires                                                                                      | Associations, GEM, personnes en contact avec personnes âgées, administration pénitentiaire, éducation nationale                                                                                                                                                                                                                                               |  |

|                  |                                                                    |               |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| Résultat attendu | TCM par suicide :<br>Hommes : 24 p 100 000<br>Femmes : 7 p 100 000 | Indicateur n° |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS<br>Thématiques transversales « psychiatrie », « addictologie », « prise en charge des personnes âgées » |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014<br>Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice<br>Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 |



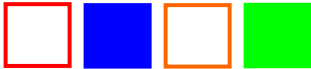
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Santé mentale</b>                                            | <b>Améliorer la prise en charge des personnes en risque suicidaire</b>                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°1<br> | Améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent : actions de formation des professionnels sur le repérage de la souffrance psychique (recommandations actualisées de la HAS à venir)                                                                           |
| Mesure n°2<br> | Améliorer la prise en charge des suicidants pour diminuer la récurrence de TS : au moment de leur accueil aux urgences (liens urgences-services de psychiatrie) et à leur sortie (accompagnement pour éviter que certains patients ne bénéficient d'aucun suivi après leur TS) |
| Mesure n°3<br> | Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail : démarche de prévention des risques psychosociaux (PRST 2)<br><br>NB : la réalisation de cette mesure sera mise en œuvre par la DIRECCTE dans le cadre du PRST2                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Education nationale, milieu du travail, établissements sanitaires, professionnels au contact des jeunes, professionnels de santé                                                                                                                                               |

|                         |  |               |
|-------------------------|--|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> |  | Indicateur n° |
|-------------------------|--|---------------|

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                                              |
| Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS<br>Thématiques transversales « psychiatrie », « addictologie », « prise en charge des enfants et des adolescents » |

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                               |
| Plan Régional Santé au Travail Lorrain 2010-2014<br>Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014<br>Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 |

|                                                      |                                                                    |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Santé mentale</b> | <b>Informier et communiquer autour de la prévention du suicide</b> |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Créer un annuaire recensant les ressources et contacts disponibles pour les professionnels et le grand public à partir du modèle qui sera élaboré au niveau national et mis à disposition des ARS |
| Mesure n°2<br> | Mettre en ligne l'annuaire sur le site de l'ARS                                                                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                           |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en ligne de l'annuaire sur le site internet de l'ARS | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale psychiatrie                            |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014          |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                               |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                               |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                               |
| Territoire des Vosges               |                                                                                               |

## Vaccinations

### Diagnostic régional et territorial

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses.

Pour être efficace, la politique vaccinale, qui est une politique de prévention primaire, nécessite 3 phases : avoir un vaccin efficace, définir une stratégie vaccinale, la mettre en œuvre et en assurer le suivi.

Cette dernière phase représente le maillon faible en raison d'obstacles divers : financiers (coût des vaccinations), facteurs socioculturels liés aux prescripteurs et/ou aux personnes, complexité du calendrier vaccinal, méconnaissance de la vaccination (calendrier, efficacité, effets secondaires), mauvaise connaissance de la couverture vaccinale individuelle et collective.

#### Données de couverture vaccinale régionales

Les dernières données départementales concernant la couverture vaccinale à 24 mois portent sur les années 2004 à 2007 et sont des estimations réalisées à partir des certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois<sup>38</sup>.

- **Rougeole :**

En 2007, aucun département lorrain n'atteignait le taux de couverture de 95% recommandé à 24 mois pour la vaccination contre la rougeole.

Une enquête relative à l'évaluation de la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants scolarisés en 6<sup>ème</sup> et en 2<sup>nde</sup> a été diligentée par la DGS et l'InVS en 2010. Les taux de couverture (2 doses) calculés à partir des carnets de santé vus, varient en classe de 6ème de 89% en Moselle à 96% en Meuse ; en classe de seconde, ils varient de 88% en Moselle à 96% en Meuse.

- **Hépatite B**

Concernant la vaccination contre l'hépatite B (3 doses) à 24 mois, les taux en 2007 variaient entre 40,1% en Moselle et 66,3% en Meurthe et Moselle. Il est probable que ce taux soit en progression actuellement du fait du remboursement du vaccin hexavalent DTCPolio H1b HBV intervenu en avril 2008.

- **Coqueluche**

En 2007, le taux de couverture vaccinale à 24 mois contre la coqueluche (3 doses et 1 rappel) en lorraine, variait de 84,2% en Meuse à 95,1% en Moselle (source DREES)

- **HPV**

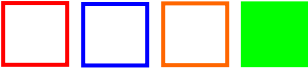
On ne dispose pas à ce jour de données régionales concernant la vaccination anti HPV des jeunes filles.

Une estimation de la couverture vaccinale nationale réalisée par l'InVS parmi les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans en 2008 concluait que 23% avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'HPV.

| Objectifs opérationnels                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br><i>Améliorer la connaissance de la couverture vaccinale de la population</i>  | Priorité 1<br>Objectif 1.6<br>Priorité 4<br>Objectif 10.1                                                 |
| Objectif opérationnel<br><i>Promouvoir la vaccination, notamment contre rougeole-oreillons-rubéole</i> | Priorité 1<br>Objectifs 2.1, 2.2<br>Priorité 2<br>Objectifs 4.1,4.2<br>Priorité 4<br>Objectifs 10.3, 12.1 |

<sup>38</sup> Estimation des couvertures vaccinales à 24 mois – estimations produites par l'InVS en collaboration avec la DREES

|                                               |                                                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Vaccinations</b> | <b>Améliorer la connaissance de la couverture vaccinale de la population</b> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Disposer des données départementales relatives aux vaccinations, recueillies lors des examens de santé obligatoires des 8 <sup>ème</sup> jour, 9 <sup>ème</sup> mois et 24 <sup>ème</sup> mois et lors des visites médicales scolaires obligatoires |
| Mesure n°2<br> | Rappeler aux médecins (pédiatres et généralistes) l'obligation qui leur est faite de transmettre les certificats de santé aux services de PMI                                                                                                       |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine, Services de PMI des conseils généraux                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels de santé, éducation nationale, assurance maladie, CIRE, ORSAS                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                 |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Partenariat avec les conseils généraux et l'éducation nationale | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>             |
| Thématique transversale « prise en charge des enfants et des adolescents » |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                               |                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Vaccinations</b> | <b>Promouvoir la vaccination, notamment contre rougeole-oreillons-rubéole</b> |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Développer, en lien avec les partenaires impliqués dans le champ des vaccinations, des stratégies visant à favoriser la vaccination, en direction des professionnels de santé et de la population ; améliorer la communication autour du geste de vaccination ;<br>Adapter les stratégies aux populations en situation de vulnérabilité (notamment personnes privées de liberté, populations précaires socialement et économiquement) |
| Mesure n°2<br>  | Diffuser largement auprès de la population et des professionnels de santé les recommandations en matière de rattrapage vaccinal pour la rougeole, à savoir que toute personne née à partir de 1980 devrait avoir reçu 2 doses de vaccin ROR.                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Améliorer la lisibilité des centres de vaccination : missions et implantation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Centres de vaccination, centres de santé, assurance maladie, professionnels de santé, établissements de santé, CIRE, services de PMI, administration pénitentiaire, PJJ                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Taux de couverture vaccinale : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ROR : 95% pour la première injection et 80% pour la seconde à 24 mois</li> <li>- VHB : 80% pour la primovaccination chez les enfants à 24 mois</li> <li>- HPV : 80% chez les jeunes filles de 15 ans</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                         |
| Thématique transversale « prise en charge des enfants et des adolescents »<br>Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS |

|                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                          |
| Plan VIH, SIDA et IST<br>Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012<br>Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-201 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs se déclinent sur l'ensemble de la région</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                        |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                        |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                        |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                        |

**VIH/SIDA/IST****Diagnostic régional et territorial**

Le SIDA est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux.

Le rapport 2010 établi sous la direction du Pr Yéni et intitulé « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » insiste sur le fait qu'en France :

- le nombre de personnes infectées par le VIH en France peut être estimé à 152 000 en 2008, dont près d'un tiers ignorent leur statut ou ne sont pas suivies
- la moitié des personnes découvre sa séropositivité à un stade tardif (Tx de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm<sup>3</sup>)
- le nombre de nouvelles contaminations peut être estimé à 7000 à 8000 par an sur la période 2004-2007
- le nombre de nouveaux diagnostics est de 6500 en 2008, ce qui est insuffisant pour faire diminuer le nombre de personnes infectées ignorant leur statut vis-à-vis de l'infection à VIH.

Le groupe d'experts recommande donc la mise en œuvre d'une politique de dépistage de l'infection à VIH permettant de traiter tous les patients qui relèvent de la recommandation de mise sous traitement.

En Lorraine, la situation est la suivante :

- le nombre de patients séropositifs suivis dans les services hospitaliers de la région est de l'ordre de 1400
- 470 personnes ont découvert leur séropositivité entre janvier 2003 et juin 2010<sup>39</sup> (205 en Moselle, 186 en Meurthe et Moselle, 59 dans les Vosges et 20 en Meuse) ; il s'agissait d'un homme 7 fois sur 10 ; dans 10% des cas la découverte a été faite au stade SIDA ; 62% des personnes avaient moins de 40 ans.
- les homosexuels/bisexuels représentent 40% des cas et les hétérosexuels 36%. Les usagers de drogues intraveineuses représentent 1.3% des contaminations, ce qui témoigne de l'impact positif des actions de réduction des risques réalisées auprès des usagers de drogues. Il s'agit de données brutes non corrigées par la sous-déclaration<sup>40</sup>.
- dans près de 10% des cas, la découverte de la séropositivité s'est faite lors d'un bilan systématique.

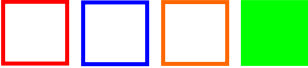
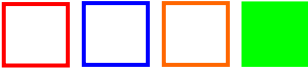
| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST | Priorité 1<br>Objectif 1.6                |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la détection précoce du VIH et des IST                                                                                                                    | Priorité 2<br>Objectifs 4.2, 4.3, 4.4     |
| Objectif opérationnel<br>Développer l'offre d'éducation thérapeutique                                                                                                                        |                                           |

<sup>39</sup> Source : InVS surveillance du VIH - données cumulées 2003-juin 2010, non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration

<sup>40</sup> Source InVS Surveillance du VIH - données au 30/06/2010 non corrigées pour la sous déclaration



|                                               |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>VIH/SIDA/IST</b> | <b>Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST</b> |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

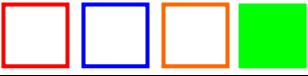
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mettre en place des actions d'éducation à la vie sexuelle et affective et à la prévention du VIH adaptées aux différents publics et dans leurs lieux de vie : jeunes (y compris sous protection judiciaire), étudiants, femmes en situation de vulnérabilité et personnes en situation de handicap |
| Mesure n°2<br> | Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°3<br> | Mettre en place des actions de prévention ciblées : migrants, HSH, personnes détenues, usagers de drogues intraveineuses (VHC) et personnes qui se prostituent                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Médecins, COREVIH, acteurs en promotion de la santé et prévention, associations concernées, CPEF, CIDDIST, CV, CDAG, administration pénitentiaire, éducation nationale                                                                                                                             |

|                         |                                                       |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réalisation d'actions correspondant aux mesures 1 à 3 | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS<br>Thématiques transversales « addictologie » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014<br>Plan Hépatites 2009-2012<br>Plan « améliorer la vie des personnes atteintes de maladies chroniques » 2007-2011<br>Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice |

|                                               |                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>VIH/SIDA/IST</b> | <b>Améliorer la détection précoce du VIH et des IST</b> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Inciter les professionnels de santé, notamment de premier recours, à proposer un test de dépistage du VIH à la population générale (15 à 70 ans) hors notion d'exposition à un risque de contamination VIH |
| Mesure n°2<br>   | Inciter les professionnels de santé à proposer un dépistage ciblé et régulier du VIH pour les populations à risque et/ou dans certaines circonstances                                                      |
| Mesure n°3<br>   | Inciter à la mise en œuvre d'un dépistage du VIH en milieu communautaire par les associations (TROD)                                                                                                       |
| Mesure n°4<br>   | Améliorer le dépistage des IST conformément aux recommandations de la HAS                                                                                                                                  |
| Mesure n°5<br> | Rendre visible l'offre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, CIDDIST et CPEF)                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Professionnels et établissements de santé, COREVIH, associations concernées, CPEF, CIDDIST et CDAG, centres de santé, centres d'examen de santé, centres d'IVG                                             |

|                         |                                                                                                                                                      |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Adhésion des médecins traitants à la démarche de dépistage en population générale<br>Dépistage par TROD mis en œuvre par les associations habilitées | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS<br>Thématiques transversales « addictologie » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>VIH/SIDA/IST</b> | <b>Développer l'offre d'éducation thérapeutique</b> |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Permettre aux patients VIH+ résidant en Meuse ou dans les Vosges d'accéder à un programme d'ETP |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Professionnels et établissements de santé, COREVIH                                              |

|                         |                                                                             |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Programme d'ETP pour patients VIH+ mis en place dans les Vosges et en Meuse | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet santé des personnes privées de liberté du SROS-PRS<br>Thématiques transversales « addictologie » et « maladies chroniques » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014<br>Plan Hépatites 2009-2012<br>Plan « améliorer la vie des personnes atteintes de maladies chroniques » 2007-2011<br>Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     |                                                                                                                                                        |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                        |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Permettre aux patients vivant avec le VIH et résidant en Meuse d'accéder à un programme d'ETP</li></ul>        |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                                        |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Permettre aux patients vivant avec le VIH et résidant dans les Vosges d'accéder à un programme d'ETP</li></ul> |

## Santé environnementale et santé au travail

### Diagnostic régional et territorial

Les missions de **santé environnementale** consistent à concevoir et à mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie. Les priorités affichées dans le volet « Prévention et promotion de la santé » du schéma régional de prévention concernent le plan régional santé environnement (PRSE) de Lorraine 2010-2013 ainsi que l'eau potable et l'habitat insalubre.

En plus du plan national santé-environnement (PNSE 2005-2008 puis PNSE 2009-2013), chaque région doit se doter d'un **PRSE**, outil régional de planification pluriannuelle d'actions en santé environnementale.

Le 2<sup>ème</sup> PRSE lorrain 2010-2014 s'inscrit dans la continuité temporelle du 1<sup>er</sup> PRSE 2005-2008 (axe 5 du plan régional de santé publique 2006-2009 de Lorraine). En effet, alors que le 1<sup>er</sup> PRSE a été élaboré par un comité de pilotage composé de 3 services de l'Etat (DRASS, DRIRE et DIRECCTE), la démarche d'élaboration du 2<sup>ème</sup> plan lorrain, basée sur une large concertation, est toute autre :

- Les 4 objectifs opérationnels ont été retenus par le comité technique du PRSE2 (composé de l'ARS, du conseil régional, de la DIRECCTE, de la DREAL et du SGAR) en juillet 2009 : les objectifs n°1 et n°4 reprennent les 2 grands axes du PNSE2 tandis que les objectifs n°2 et 3 sont les orientations complémentaires définies par le comité technique du PRSE2.
- L'installation du groupe de travail régional en santé environnement (GRSE) le 9 novembre 2009, instance de pilotage du PRSE2, a validé les 4 objectifs du PRSE2.
- Après appel à volontaires très large de décembre 2009 à mars 2010, mise en place d'avril à juin 2010 de 4 groupes de travail, un par objectif, chargés de définir un programme d'actions selon une trame commune.
- Octobre 2010 : proposition de PRSE2 2010-2014 soumis de décembre 2010 à janvier 2011 à consultation publique.
- 1<sup>er</sup> août 2011 : adoption du 2<sup>ème</sup> PRSE lorrain 2010-2014, par arrêté préfectoral du préfet de région.

Au final, le second PRSE implique un plus grand nombre d'acteurs pour sa mise en œuvre. D'autre part, il met en avant des actions innovantes et partenariales à mener sur la période 2010-2014.

En Lorraine les **unités de distribution d'eau potable** (UDI) de plus de 5 000 habitants représentent 7,2 % de la totalité des unités de distribution lorraine soit 92 UDI de plus de 5 000 habitants pour 1 272 UDI au total. Ces 92 « grosses » UDI représentent toutefois à elles seules 62 % de la population de la région soit près d'un million et demi d'habitants. Sur les années 2005, 2006 et 2007, la moyenne annuelle du nombre d'UDI de plus de 5 000 habitants présentant des dépassements récurrents des limites de qualité a été de 7,66 UDI soit 8,3 % des UDI de plus de 5 000 habitants.

Au 31/12/2010 le **pourcentage de captages avec DUP** (déclaration d'utilité publique) représentait en Lorraine environ 65 % des captages d'alimentation en eau potable (AEP) contre 61 % au niveau national. Par département, les chiffres au 31/12/2010 sont contrastés : 67,32 % en 54 ; 34,90 % en 55 ; 66,92 % en 57 et 74,01 % en 88). Le Plan National Santé Environnement 2 a réaffirmé la nécessité de protéger de manière efficace la ressource, notamment à l'échelle des périmètres de protection.

En matière d'**habitat indigne**, la Lorraine bénéficie de pôles départementaux et des plans départementaux d'actions fortement investis. Des programmes d'actions départementaux et locaux ont été recensés lors de l'étude sur "L'habitat indigne en Lorraine, 2009". Ils se sont intégrés dans les nouveaux Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) comme le préconise la loi Engagement National pour le Logement (ENL). Chaque département était engagé en 2009 dans une démarche partenariale autour de l'habitat indigne : plate-forme départementale de lutte contre le logement indigne et non décent en 54, plate-forme départementale de lutte contre l'habitat dégradé en 55, groupe projet n°4 du 6<sup>ème</sup> PDALPD visant à renforcer les actions de repérage et de lutte contre l'habitat indigne en 57, plate-forme départementale de lutte contre l'habitat indigne en 88.

## **Les expositions aux substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) en milieu professionnel**

L'exposition est mieux connue pour les travailleurs que pour la population générale. Les concentrations importantes de polluants auxquelles ils sont exposés à certains postes atteignent plus facilement des niveaux de risque observables épidémiologiquement.

En 2005, on comptait 4,8 millions de tonnes de produits chimiques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) en circulation en France [source : enquête INRS/Ministère du travail]. Un chiffre à rapprocher des 2,3 millions, soit 13,5 % des salariés exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes au cours de leur activité professionnelle en France.

Un seul agent cancérigène est aujourd'hui complètement interdit en France : l'amiante. Certaines substances chimiques, notamment CMR sont soumises à restriction (cf. annexe XVII de REACH), leurs utilisations sont interdites sous certaines formes (ex. : le Pentachlorophénol en concentration égale ou supérieure à 0,1 %), pour certains publics (ex. : substances et préparations vendues au grand public en concentration individuelle) ou dans certains objets (ex. : les jouets). Certains agents chimiques cancérigènes font l'objet de valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes (VLEP) dont le dépassement constitue une infraction au Code du Travail et entraîne la mise en place immédiate de mesures de protection et de prévention : benzène, poussières de bois, chlorure de vinyle monomère, N,N-diméthylacétamide, fibres céramiques réfractaires (FCR), plomb métallique et ses composés. Tous les autres font l'objet d'une utilisation réglementée dans l'entreprise.

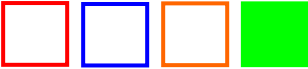
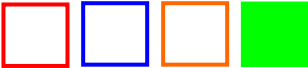
Cinq secteurs d'activité exposent au moins 35 % de leurs salariés aux cancérigènes [source : enquête SUMER 2003] :

- **Commerce et réparation automobile** : essence (benzène), fumées de moteurs diesel, freins (fibres céramiques réfractaires), huiles de vidange ;
- **Métallurgie et industrie de transformation des métaux** : fonderie (silice), traitement électrolytique des métaux (chrome 6), dégraissage (trichloréthylène), décapage (dichlorométhane) ;
- **Industrie du bois et du papier** : poussières de bois, formaldéhyde ;
- **Industrie des produits minéraux** : carrières (silice), verreries cristalleries (silice, fibres céramiques réfractaires, plomb) ;
- **Construction** : amiante, fibres céramiques réfractaires, solvants, gaz d'échappement, poussières de silice et de bois.

Dans l'industrie de la chimie, 26 % des salariés sont exposés.

Du point de vue des catégories socioprofessionnelles, il apparaît que les populations les moins favorisées sont globalement les plus exposés aux cancérigènes. Ainsi, sur les 2,3 millions de salariés exposés en 2003, 70 % sont des ouvriers et 20 % exercent des professions intermédiaires de l'industrie et de la santé [Dares, Les expositions aux produits cancérigènes. Premières synthèses, 2005].

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                         | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Réduire les expositions environnementales responsables de pathologies à fort impact sur la santé                                                       | Priorité 1 : objectifs 1-2, 2-1<br>Priorité 2 : objectif 4-5<br>Priorité 4 : objectif 12-4 |
| Objectif opérationnel<br>Réduire les risques pour la santé liés aux transports en Lorraine                                                                                      | Priorité 1 : objectifs 1-2, 2-1<br>Priorité 2 : objectif 4-5<br>Priorité 4 : objectif 12-4 |
| Objectif opérationnel<br>Informer et former aux risques santé-environnement                                                                                                     | Priorité 1 : objectifs 1-2, 2-1<br>Priorité 2 : objectif 4-5<br>Priorité 4 : objectif 12-4 |
| Objectif opérationnel<br>Réaliser un état des lieux des points noirs environnementaux                                                                                           | Priorité 1 : objectifs 1-2, 2-1<br>Priorité 2 : objectif 4-5<br>Priorité 4 : objectif 12-4 |
| Objectif opérationnel<br>Diminuer la proportion d'UDI alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements de limites de qualité | Priorité 2 : objectif 4-5                                                                  |
| Objectif opérationnel<br>Augmenter le nombre de captages AEP avec DUP                                                                                                           | Priorité 2 : objectif 4-5                                                                  |
| Objectif opérationnel<br>Augmenter le nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité                                                                             | Priorité 2 : objectif 4-5                                                                  |

| Objectif opérationnel<br>Santé environnement                                                     | Réduire les expositions environnementales responsables de pathologies à fort impact sur la santé                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                         | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Mesure n°1<br>  | Air intérieur et habitat : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informer sur l'impact de la qualité de l'air intérieur sur la santé (pilotes : ARS (DPSE)-DREAL)</li> <li>➤ Mesurer la qualité de l'air intérieur (pilotes : ARS (DPSE)-DREAL)</li> <li>➤ Coordonner les moyens d'intervention en matière de qualité de l'air intérieur (pilote : ARS (DPSE))</li> </ul>                  |  |
| Mesure n°2<br>  | Substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique (CMR) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sensibiliser les jeunes sur les risques CMR (pilote : DIRECCTE)</li> <li>➤ Informer et réduire les risques liés aux produits CMR et cytotoxiques en milieu professionnel (pilote : DIRECCTE)</li> <li>➤ Identifier les CMR dans l'eau potable (pilote : ARS (DPSE))</li> </ul> |  |
| Mesure n°3<br> | Composés à préoccupation nouvelle (CPN) pour la santé <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Améliorer la connaissance en Lorraine des CPN à fort potentiel contaminant et risque pour la santé (pilote : ARS (DPSE))</li> </ul>                                                                                                                                                            |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | Pilotage à l'échelle de chaque action (voir ci-dessus)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

|                         |                                                  |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II) | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                 |
| Plan régional Santé au Travail de Lorraine 2010-2014<br>PRSE 2 2009-2013<br>ECOPHYTO 2018 : plan national et déclinaison lorraine |



|                                                      |                                                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Santé environnement</b> | <b>Réduire les risques pour la santé liés aux transports en Lorraine</b> |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Mobilités responsables :<br>➤ Réduire l'exposition des jeunes aux émissions polluantes autour des établissements scolaires (pilote : Conseil régional)<br>➤ Développer le partage des voitures (pilotes : CUGN et association Lorraine Autopartage)<br>➤ Rendre effectif l'éco-conduite (pilotes : SGAR et CARSAT NE) |
| Mesure n°2<br> | Information et sensibilisation sur les conséquences sur la santé des polluants liés aux transports :<br>➤ Construire un module d'information sur les effets des modes de transport sur la santé (pilotes : ADEME, ARS (DPSE) et DREAL)                                                                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Pilotage à l'échelle de chaque action (voir ci-dessus)                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II)                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                  |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II) | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRSE 2 2009-2013                                                  |

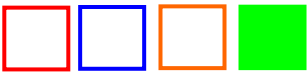
| Objectif opérationnel<br>Santé environnement                                                      | Informier et former aux risques santé - environnement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Mesure n°1<br>   | <p>Modalités pédagogiques et de communication auprès du grand public :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diffuser l'information au plus près du citoyen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1<sup>ère</sup> application : Manifestations itinérantes (type « fête de la science ») (pilote : Conseil régional)</li> <li>○ 2<sup>ème</sup> application : Equilibrer l'accès à la connaissance en santé environnementale sur l'ensemble de la Lorraine (pilote : ARS – DT 88)</li> </ul> </li> <li>➤ Former des relais de proximité (surtout en lien avec les publics fragiles) (pilote : ARS (Dépt Accès à la Santé))</li> </ul> |  |
| Mesure n°2<br>   | <p>Stratégie de valorisation de l'information disponible en Lorraine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Créer et promouvoir un portail santé-environnement en Lorraine (pilotes : ARS (service Communication) et DREAL)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Mesure n°3<br> | <p>Formation continue des professionnels et des décideurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en œuvre des modules santé-environnement dans la formation continue des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours (pilote : ARS (Dépt Accès à la Santé))</li> <li>➤ Intégrer des modules santé-environnement dans la formation continue des élus et professionnels (pilote : CNFPT)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | Pilotage à l'échelle de chaque action (voir ci-dessus)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

|                         |                                                  |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Pré-définis pour chaque action (voir le PRSE II) | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|                                                         |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| PRSE 2 2009-2013                                           |

|                                                      |                                                                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Santé environnement</b> | <b>Réaliser un état des lieux des points noirs environnementaux</b> |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

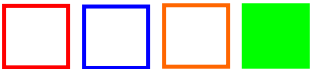
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Réaliser un état des lieux sur les points noirs environnementaux  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Préfecture / SGAR / SESGAR                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | DREAL, BRGM, ARS (DPSE), DIRECCTE, AIR LORRAINE, Conseil régional |

|                         |                                                                                                              |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rédaction du cahier des charges<br>Réalisation de l'étude<br>Mise en œuvre d'actions concrètes après l'étude | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRSE 2 2009-2013                                                  |

|                                                            |                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Santé environnement</b> | <b>Diminuer la proportion d'UDI alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements de limites de qualité</b> |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Renforcer le dispositif de recontrôle de la qualité de l'eau en cas de non-conformité                                                                                                                     |
| Mesure n°2<br>   | Appliquer le protocole régional visant à harmoniser les pratiques départementales en cas de non-conformité microbiologique                                                                                |
| Mesure n°3<br>   | Poursuivre le programme des inspections des installations AEP, prioritairement sur les UDI de plus de 5 000 habitants                                                                                     |
| Mesure n°4<br>  | Poursuivre le programme des inspections des périmètres de protection des captages AEP, prioritairement ceux alimentant les UDI de plus de 5 000 habitants                                                 |
| Mesure n°5<br> | Prendre contact systématiquement avec la personne responsable de la production et de la distribution de l'eau pour tout dépassement d'une limite de qualité concernant une UDI de plus de 5 000 habitants |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Collectivités territoriales                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                                                                                         |                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | 6 % d'UDI en 2010, 4 % d'UDI en 2011, 2 % d'UDI en 2012 et aucune UDI alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements de limites de qualité en 2013 | Indicateur CPOM 3.2 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

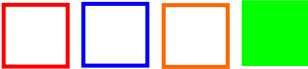
**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

|  |
|--|
|  |
|--|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |  |
|------------------------------------------------------------|--|
|                                                            |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                      |                                                     |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Santé environnement</b> | <b>Augmenter le nombre de captages AEP avec DUP</b> |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Harmoniser l'instruction des procédures des 4 départements via la création d'un groupe de travail régional PPC. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Agence de l'eau Rhin-Meuse                                                                                      |

|                         |                                    |                         |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | 75 % de captages avec DUP en 2013. | Indicateur CPOM 3.2 bis |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|                                                                |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                  |                                                                                   |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Santé environnement</b> | <b>Augmenter le nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité</b> |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Poursuivre le déploiement d'@riane-BPH (outil de gestion des procédures Plomb et Insalubrité) dans les 4 départements.                    |
| Mesure n°2<br> | Poursuivre l'investissement des services dans l'amélioration du repérage, du traitement et du signalement des situations de mal-logement. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | DDT – Préfectures – CAF                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                        |                     |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Evolution du nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure insalubrité au titre du CSP : 26 logements en 2010, 29 en 2011, 32 en 2012 et 36 en 2013. | Indicateur CPOM 4.2 |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région Lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les objectifs se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                 |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                 |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                 |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                 |



## **Veille Alerte et Gestion des Urgences. SANitaires**

### **VAGUSAN**

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introduction .....                                                                                   | 103 |
| 1. Organisation de la veille et sécurité sanitaire en région .....                                   | 103 |
| 2. Les acteurs principaux de veille sanitaire .....                                                  | 106 |
| 3. Organisation de la veille sanitaire en région Lorraine .....                                      | 108 |
| 4. L'organisation de la gestion de crise en Lorraine .....                                           | 111 |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS .....                                                                        | 117 |
| Développer la communication sur les urgences sanitaires .....                                        | 117 |
| Gestion de crise : améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires..... | 119 |
| Traitement (réception, analyse et gestion) des signaux et des alertes sanitaires en Lorraine .....   | 123 |

## Introduction

La veille et la sécurité sanitaires constituent des enjeux importants. Elles ont pour finalité non seulement de surveiller et de poursuivre l'amélioration de la santé de la population mais aussi de la préserver des menaces et des risques sanitaires qui pèsent sur elles. Elles sont aussi très fortement attendues par la population qui demande, dans ce domaine, un service de qualité.

L'enjeu, à travers ce document d'orientation et de programmation, est d'améliorer l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des urgences sanitaires en région Lorraine, pour anticiper des situations à risque et mieux protéger les personnes qui y résident.

L'objectif du VAGUSAN décliné par l'Agence régionale de santé (ARS) est d'améliorer l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires. Cet objectif peut être atteint en développant le signalement, en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux sanitaires, ainsi que en maintenant la capacité d'action et de réaction tous les jours de l'année grâce à :

- une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la veille,
- une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps,
- une capacité d'actions et d'expertise renforcées en cas de crise sanitaires,
- un effort accru dans le domaine de la formation, de l'harmonisation des procédures et des systèmes d'information,
- un appui permanent des autorités nationales (ministère de la santé et agences sanitaires, dont l'Institut de veille Sanitaire) en mobilisant leurs compétences d'évaluation, d'investigation et d'expertises.

La démarche d'élaboration du volet VAGUSAN lorrain est présentée en Annexe 1. Les objectifs du VAGUSAN sont organisés en 3 parties : le traitement des signaux, la gestion de crise et la communication en cas d'urgences sanitaires.

La gestion de la veille et la sécurité sanitaire nécessite un service dédié et composé de personnels qualifiés. Cependant, son application est transversale : elle concerne toutes les autres directions et délégations départementales de l'ARS, ainsi que tous ses partenaires (autorités préfectorales, professionnels des établissements de santé ou médico-sociaux, assurance maladie, etc.).

La culture de la prévention et de la gestion du risque doit être largement diffusée et est l'affaire de tous.

## 1. . Organisation de la veille et sécurité sanitaire en région

Les principes de fonctionnement et d'organisation de la veille sanitaire mis en œuvre en Lorraine suivent les recommandations du ministère de la santé<sup>41</sup>.

Au niveau régional, le dispositif mis en place s'articule autour d'une plateforme de veille et d'urgence sanitaire regroupant la Cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires (CVAGS) et la Cellule de l'InVS en région (Cire).

<sup>41</sup> Note interministérielle du 20 avril 2010 à l'attention des directeurs généraux des agences régionales de santé ayant pour objet les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et des urgences sanitaires dans les ARS.

Ce dispositif a pour objectif d'améliorer l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires en renforçant la qualité de traitement et de réception des signaux grâce à :

- une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la veille,
- une continuité de la réception et du traitement des signaux
- un appui permanent de l'InVS pour l'évaluation et l'investigation des signaux
- un appui du Département des urgences sanitaires (DUS) de la Direction générale de la santé (DGS) pour la gestion des alertes.

## Principes généraux et contexte

La prise en compte des risques sanitaires s'appuie sur l'organisation de la veille sanitaire de l'alerte au traitement des signaux. Cette organisation doit permettre la mise en place rapide de réponses adaptées afin de limiter l'impact sanitaire des menaces détectées.

Pour cela, il est nécessaire de coordonner les actions suivantes :

- Réception des signaux : la réception des signaux consiste en un recueil systématisé et un enregistrement informatisé des signaux. Les signaux reçus sont soit des signalements d'évènements, soit des signaux issus des différents systèmes de surveillance.
- Validation des signaux : la validation des signaux comporte deux étapes
  - Une première étape de vérification du signal afin de confirmer la réalité du signal en recoupant les informations par d'autres sources (confirmation de critères de définition de cas, vérification qu'il ne s'agit pas d'un exercice préfectoral ou d'un canular...). Si le signal est réel, il est alors défini comme un signal vérifié
  - Une deuxième étape qui a pour objet de vérifier la pertinence du signal et de s'assurer que le signal vérifié se situe dans le champ de la santé publique (on exclura par exemple les maladies animales non transmissibles à l'homme).
- Evaluation de la menace : l'évaluation d'un signal consiste à estimer l'impact potentiel du signal sur la santé des populations. Cette étape permet d'estimer la menace que représente le signal pour la santé publique et de caractériser l'alerte qui est déclenchée par l'ARS auprès des partenaires et acteurs de la veille sanitaire (alerte de portée régionale/ alerte de portée régionale nécessitant une information nationale/alerte de portée nationale).  
Les critères qui peuvent être utilisés pour évaluer les menaces de santé publique sont présentés ci dessous.

## Critères d'évaluation d'une menace en santé publique

### ☛ Pour un signal sanitaire :

**Événement inhabituel ou inattendu** : nombre de cas supérieur à l'attendu d'une pathologie connue pour la période et le lieu (phénomène épidémique) ; phénomène épidémique de cause inconnue ; gravité inattendue ; suspicion d'acte de malveillance ; cas autochtone d'une maladie non présente sur le territoire, ....

**Événement susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population** : nombre élevé de cas, de décès ou de personnes exposées ; événement associé à un pathogène à fort potentiel épidémique, à un nombre élevé de formes graves ou à une létalité élevée ; conditions pouvant accroître le potentiel épidémique de l'événement (inondations, grand rassemblement etc.) ; population vulnérable ; zone à forte densité de population ; échec des mesures de contrôle.

**Risque de diffusion et de propagation hors de la région ou implication d'autres régions** : véhicule de transmission (aliments, médicaments, objet, etc.) ou sujets ou animaux ou vecteurs contaminés pouvant circuler ou diffuser hors de la région ; événement dans une zone de tourisme ou de rassemblement ; sujets exposés ou contaminés hors de la région ; survenue dans une zone voisine ( autre régions ou pays frontaliers).

### ☛ Pour un signal environnemental :

**Événement inhabituel ou inattendu** : diffusion accidentelle ou intentionnelle d'un produit toxique dans un milieu (déversement, suspicion d'acte de malveillance).

**Toxicité potentielle** : agent connu et effet reconnus (aigus, chroniques) ; incertitudes éventuelles (absence de connaissance sur la dangerosité de l'agent ou ignorance sur la nature exacte de l'agent contaminant).

**Événement susceptible d'avoir un impact important sur la santé des populations** : Nombreuses personnes exposées, conditions pouvant accroître la gravité de l'évènement (inondation, grands rassemblements, etc.), population spécialement vulnérable, échec des mesures de contrôle.

**Potentiel évolutif** : extension de la contamination dans le temps ou l'espace, diffusion ou intensification de l'exposition humaine.

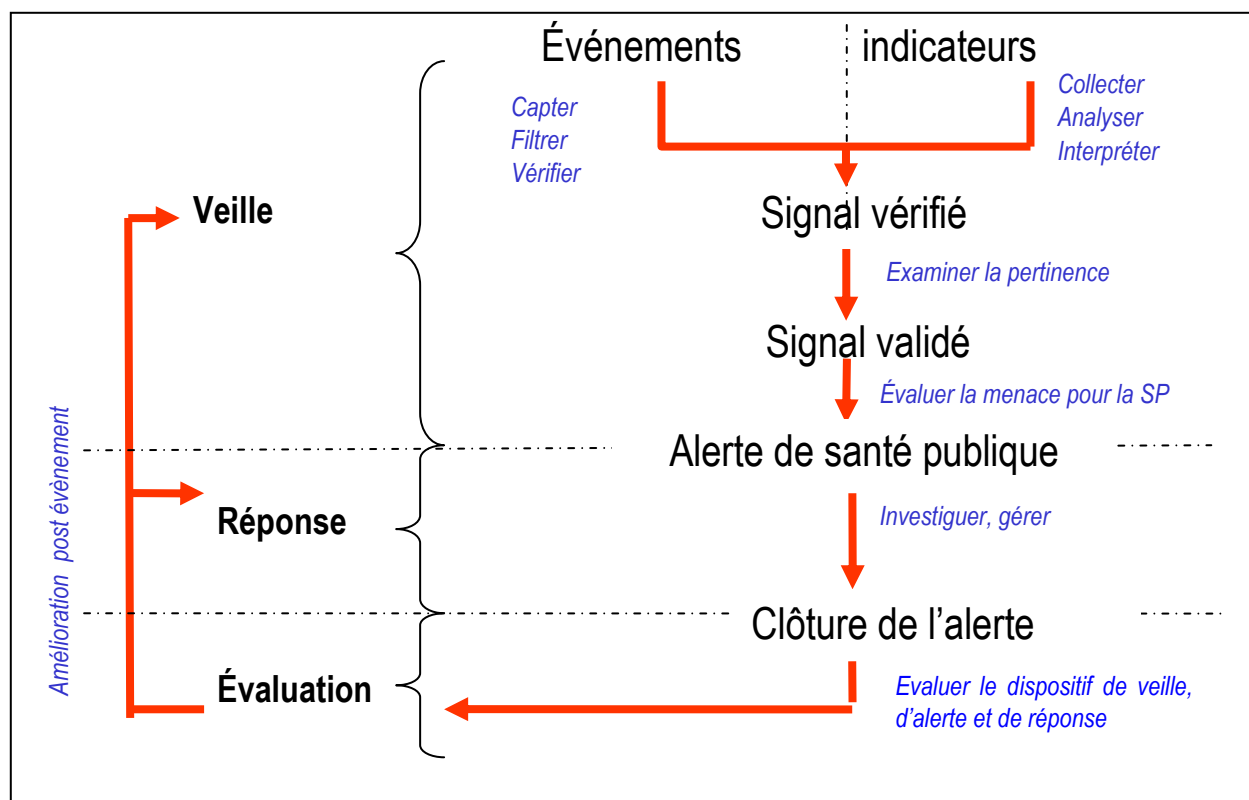
Source : La veille et l'alerte en France : Institut de veille sanitaire ; 2011.

### - Investigation et mesures de gestion :

L'investigation a pour but de décrire et d'analyser le plus précisément possible la situation. Ses conclusions permettent de définir ou d'adapter les mesures de gestion.

Les mesures de gestion peuvent être prises à tout moment : dès suspicion de la menace, lors de la validation de l'alerte et tout au long de l'investigation. Ces deux étapes sont donc très intriquées.

La figure 1 présente le cadre conceptuel des activités de veille, d'alerte et de réponse et ses différentes étapes.

**Figure 1** : Cadre conceptuel des activités d'alerte et de réponse

Source : La Veille et l'Alerte en France, Institut de veille sanitaire ; 2011.

## 2. Les acteurs principaux de la veille sanitaire

En 2009, la loi HPST du 21 Juillet modifie considérablement l'organisation territoriale du système de santé en France, en créant notamment les Agences régionales de santé (ARS). Cette loi leur confie la responsabilité d'organiser la veille sanitaire en région : les ARS « organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires » (article L.1431-2 du CSP).

Une bonne articulation entre les différents acteurs (ARS, préfets, DGS et InVS) est donc indispensable au bon fonctionnement du système de veille sanitaire en France.

### 2.1 Les acteurs de l'échelon national

#### ➤ La Direction générale de la santé (DGS)

La DGS organise et assure la gestion des situations d'urgence sanitaire sur le territoire national. Elle prépare les plans nationaux de protection de la santé : plan pandémie grippale, plans NRBC, plan blanc élargi, etc. Elle vérifie leur déclinaison aux niveaux départemental et zonal et elle les teste régulièrement en organisant des exercices.

Le Dus, et plus particulièrement le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Corruss) est le point d'entrée unique du ministère chargé de la santé pour des alertes sanitaires mais également pour tous les signaux et alertes dès lors que leur transmission est nécessaires à son rôle de gestion nationale ou à la bonne information du ministre. Ces signaux peuvent provenir :

- de l'échelon régional (notamment des ARS)
- de l'échelon national (différentes agences sanitaires dont l'InVS)
- de l'échelon international (états européens via Early Warning and Response Système (EWRS) ou de l'OMS dans le cadre du règlement sanitaire international)

Le DUS joue un rôle d'interface entre l'InVS, les autres agences de sécurité sanitaire, les sous-directions de la DGS, les autres ministères et le cabinet du ministre.

Le DUS apporte un appui aux CVAGS pour définir les mesures de gestion les plus adaptées en cas d'alertes, et organise, dans cet objectif, des conférences téléphoniques réunissant les acteurs locaux et les experts nationaux.

#### ➤ **L'institut de veille sanitaire**

Les missions de l'InVS recouvrent :

- **la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population ;**
- **la veille et la vigilance sanitaire ;**
- **l'alerte sanitaire ;**
- **la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire : investigation et suivi de la situation sanitaire, formulation de recommandations indépendantes des autorités de gestion.**

Pour répondre à ses missions, l'InVS s'appuie sur une organisation nationale et sur son réseau régional des Cire positionnées dans les ARS.

Les activités de l'InVS (veille, vigilance, surveillance, alerte...) sont menées dans différents champs thématiques (maladies infectieuses, santé environnementale, santé-travail, maladies chroniques).

## **2.2. Les acteurs de l'échelon départemental et régional**

#### ➤ **Les Agences régionales de santé**

Les ARS organisent la veille sanitaire. De plus, elles contribuent à la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent (préfet de département ou préfet de zone de défense et de sécurité).

La répartition des compétences issues de la loi HPST du 21 juillet 2010 nécessite une coordination entre les préfets et le directeur de l'ARS. Cette collaboration est déclinée dans le cadre des protocoles départementaux et zonaux conclus entre les préfets et le directeur de l'ARS.

L'ARS de Lorraine est qualifiée d'ARS de zone, la ville de Metz étant le chef lieu de la zone de défense et de sécurité Est.

L'Organisation de la veille sanitaire mise en place en Lorraine est détaillée au chapitre 3.

#### ➤ **Les Préfets**

**Le Préfet de département** est responsable de l'ordre public dans son département, il conserve ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques.

Pour l'exercice de ses compétences en matière de sécurité sanitaire, le préfet dispose à tout moment des moyens de l'agence. Cette collaboration s'organise dans le cadre des protocoles conclus entre préfets et directeurs des ARS.

Le directeur de L'ARS et le préfet de département s'informent réciproquement et sans délais de tout évènement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de constituer un trouble de l'ordre public. Cette disposition s'applique également aux services de l'Etat (en particulier les directions départementales de la protection des populations) qui sont tenus de signaler sans délai au directeur général de l'ARS les menaces imminentes pour la santé de la population dont

ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles il existe une présomption sérieuse de menace sanitaire.

**Le Préfet de zone de défense et de sécurité** coordonne la préparation et la gestion des menaces majeures relevant de la sécurité nationale au sein de la zone. Il prend les mesures de coordination nécessaires lorsque survient une crise ou des événements d'une particulière gravité susceptible de dépasser le cadre d'un département.

Le directeur de l'ARS de zone assiste le préfet pour la mise en œuvre des mesures de sécurité sanitaire.

#### ➤ **Les cellules de l'InVS en région (CIRE)**

Les Cire assurent les missions de l'InVS en région. Elles apportent une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire en région

Grâce au support de l'ensemble de l'InVS, leurs capacités d'investigation ne sont pas limitées à leurs effectifs propres. Elles sont en mesure, avec le soutien des départements scientifiques du siège et un réseau d'experts de haut niveau scientifique, d'apporter une expertise plus spécialisée et d'assurer des investigations lourdes.

Les Cire sont placées, au sein de l'ARS, à la fois sous l'autorité administrative de son directeur général et sous l'autorité scientifique du directeur de l'InVS. L'InVS vérifie que toutes les études réalisées par les Cire reposent sur une démarche scientifique valide et qu'elles sont en conformité avec l'éthique, l'état de la science et la loi informatique et libertés.

Les résultats des études et investigations réalisées par les Cire font l'objet d'une validation scientifique par la direction générale de l'InVS avant leur publication et leur diffusion. Les modalités de communication des résultats sont définies en concertation avec le directeur général de l'ARS.

La Cire Lorraine-Alsace assure les missions de l'InVS dans deux régions : la Lorraine et l'Alsace

### **3. Organisation de la veille sanitaire en région Lorraine**

#### **3.1. Le point focal régional de réception et de régulation des signaux**

Afin d'optimiser la détection, l'analyse et la gestion des signaux sanitaires et environnementaux de la région Lorraine, **un point focal unique régional de réception et de régulation des signaux** est identifié, conformément à la note du 20 avril 2010.

Le point focal régional est matérialisé physiquement par un **centre de réception des signaux** (CRS) et est le point de signalement unique des événements sanitaires pour l'ARS de Lorraine.

Il est doté d'un numéro de téléphone unique, d'un fax unique, et d'une adresse électronique unique. Il est l'interlocuteur privilégié du DUS et forme l'interface avec le national.

**Centre de réception des signaux de l'ARS de Lorraine**

**Téléphone : 03 83 39 28 72**

**Fax : 03 83 39 29 73**

**Mel : [ars-lorraine-cvgs@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-cvgs@ars.sante.fr)**



Les signaux sont réceptionnés de 8h30 à 18h les jours ouvrés, en dehors de ces heures une astreinte est organisée

Le CRS est constitué de deux secrétaires (agents administratifs) chargés de réceptionner les signaux, de recueillir les premiers éléments du signalement et de les saisir sur une application informatique partagée (application ORAGES) puis d'orienter les signaux vers le personnel technique en charge de la veille sanitaire.

Les personnels du centre de réception des signaux doivent disposer d'un socle commun de connaissances sur la veille et l'alerte sanitaire afin d'être en capacité de recueillir les premières informations nécessaires au traitement ultérieur du signalement et d'effectuer un premier « filtre » en orientant les signalements ne relevant pas la veille sanitaire vers les directions métiers concernées de l'ARS.

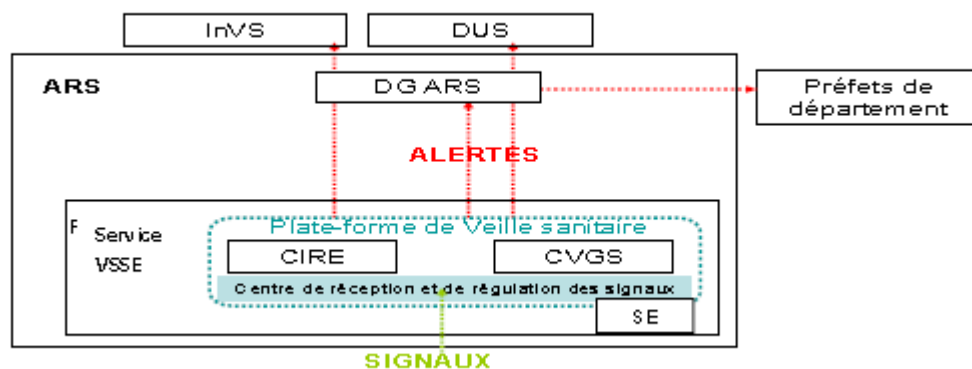
La mise en place du CRS a fait l'objet d'une large diffusion aux partenaires régionaux de l'ARS précisant les coordonnées et les modalités de signalement.

Le point focal est opérationnel depuis le premier juillet 2010.

### 3.2. La plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

La plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires est une organisation fonctionnelle qui permet de mobiliser rapidement deux cellules pour le traitement des signaux sanitaires et la réponse aux alertes. Il s'agit d'une part de **la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS)** de l'ARS, d'autre part, **la cellule de l'InVS en région (CIRE)**, placée sous la responsabilité scientifique du directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

**Figure 2 :** Dispositif de veille et d'urgences sanitaires au sein de l'ARS, et circulation de l'information



Les deux cellules entretiennent des relations étroites et disposent d'un système d'information partagé (application informatique ORAGES).

#### ▪ La CVAGS

Elle est constituée de permanents dédiés à la veille sanitaire composé de :

- ✓ 4 médecins de santé publique (3 ETP) dont un responsable désigné par le directeur général de l'ARS,
- ✓ 2 infirmiers

Ces permanents de la veille sanitaire sont situés géographiquement au siège ou en délégation territoriale. Le traitement des signaux est assuré en permanence, pendant les jours ouvrés, de 8h30 à 18 h par deux professionnels (un infirmier et un médecin ou deux médecins) qui organisent deux

« lignes » de réponses et de traitement des signaux. Un tableau de permanence est réalisé, garant de la présence constante de deux professionnels de la veille sanitaire.

En dehors des heures ouvrées, des astreintes techniques médicales et environnementales peuvent être sollicitées pour les urgences et alertes sanitaires.

Les missions de la CVAGS sont :

- d'assurer la réception de l'ensemble des signalements sanitaires par un personnel dédié et formé
- de vérifier et valider les signaux en lien avec la cellule de l'InVS en région (CIRE)
- d'assurer la gestion des signalements et des alertes selon les procédures en vigueur
- de développer le dispositif de signalement auprès des partenaires régionaux en préparant des outils de gestion : conduite à tenir, fiches réflexes, procédures avec les partenaires, sensibilisation des professionnels de santé aux critères et modalités de signalement, etc.
- d'assurer le lien avec l'administration centrale ou le niveau zonal dans le cadre de la gestion des alertes
- d'animer avec le réseau de partenaire susceptible de transmettre des signalements
- de coordonner la préparation des plans (pandémie, NRBC, plans blancs élargies, etc.)

#### ▪ **La CIRE Lorraine- Alsace**

La Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Lorraine-Alsace est constituée d'une équipe de 6 épidémiologistes et un statisticien situés géographiquement à Nancy et à Strasbourg. Elle participe à l'activité de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire des deux régions.

En Lorraine, la Cire :

- est destinataire de l'ensemble des signaux reçus par la CVAGS et enregistrés dans l'application informatique Orages.
- peut venir en appui technique pour la validation et la gestion de signaux à la demande de la CVAGS, ou par autosaisine
- prépare les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque et effectue ces investigations
- effectue l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'InVS et transmet à la plateforme les alertes qui en sont issues
- assure le lien avec les départements de l'InVS en tant que de besoin dans le cadre de l'évaluation des menaces.

Deux épidémiologistes de la CIRE participent aux heures ouvrées à l'activité de la plateforme.

#### ▪ **« ORAGES » l'outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires de la plateforme**

ORAGES est une application Web, commune aux deux régions Alsace et Lorraine. Elle est hébergée sur un serveur dédié de l'ARS de Lorraine. L'ensemble de la démarche de réception/évaluation/gestion des signaux sanitaires est enregistré dans ORAGES, ce qui permet de suivre en temps réel les différentes étapes de traitement des signaux.

L'application ORAGES permet donc :

- d'assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires
  - quantifier et valoriser l'activité de veille sanitaire
  - permettre l'auto-évaluation des pratiques et alimenter les échanges d'expériences
  - répondre au risque médico-légal
- de partager en temps réel au niveau régional des informations relatives aux signaux sanitaires (réception, validation, évaluation, et gestion)
  - faciliter l'information des partenaires et des autorités sanitaires
  - permettre un fonctionnement mutualisé et régionalisé de la veille sanitaire
  - détecter de manière précoce des événements de santé ne pouvant être mis en évidence que par le regroupement d'informations

### 3.3. Le circuit des signaux

Tout événement suspecté d'avoir un impact sanitaire est signalé au point focal régional par téléphone, fax ou mail et fait l'objet d'un recueil d'information. Chaque signal est tout d'abord enregistré dans ORAGES par le permanencier qui le transfère au personnel technique de première ou deuxième ligne. Celui-ci le valide avec appui éventuel de la Cire.

L'étape de validation entraîne également une saisie sous ORAGES.

La caractérisation du signal et la menace potentielle qu'il constitue peuvent conduire à des mesures de gestion immédiate. Si nécessaire des investigations complémentaires seront conduites afin d'adapter les mesures de gestion. L'ensemble des informations et résultats d'investigation concernant la gestion de l'évènement est également saisi sur ORAGES (main courante, fichiers liés au signal).

Dès que la menace est confirmée, l'alerte est déclenchée par l'ARS auprès des partenaires (Annexe 2) et des autorités compétentes.

Selon la portée de l'alerte (locale, régionale, nationale) et son impact potentiel, une information sera diffusée auprès :

- des partenaires concernés (Annexe 2)
- de la chaîne hiérarchique au sein de l'ARS
- du ou des préfets concernés
- du CORRUS et de l'InVS
- de la presse

Lorsque l'alerte est terminée, le signal est clôturé et fermé dans l'application ORAGES.

La régionalisation de la réception et du traitement des signaux sanitaires a mis en évidence une gestion des signaux et des pratiques parfois très variables au niveau des quatre départements de la région, comme en témoignent les illustrations suivantes :

A. suite à une déclaration de légionellose, l'enquête environnementale est effectuée au domicile du patient dans certains départements et par téléphone dans d'autres.

B. l'information des préfectures pour certaines pathologies est systématique dans certains départements (ex : légionelloses en département 57)

Ce constat a conduit la plateforme régionale de veille sanitaire à engager un travail d'harmonisation régionale de la gestion des alertes sanitaires et des procédures de veille sanitaire avec les partenaires de la veille sanitaire en région (éducation nationale, direction départementale de la protection des populations, direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement...).

## 4. L'organisation de la gestion de crise en Lorraine

Le volet gestion de crise a pour objectif de définir les améliorations à apporter au dispositif régional de gestion de crise existant, en tenant compte de l'état des lieux réalisé en octobre 2010 qui retrace d'une part les caractéristiques de la région Lorraine en matière de risques et d'autre part les outils et plans de gestion de crise existants.

Dans le cadre de la gestion d'une crise, l'ARS apporte son concours au Préfet sur tous les aspects concernant la santé humaine : l'évaluation des risques, l'aide à la décision, la participation à la gestion, et la participation à l'évaluation.

La gestion d'une crise est partenariale et implique une coopération étroite avec l'ensemble des services qui y concourent, qu'ils relèvent du domaine de la santé, de la santé environnementale, de la sécurité ou d'autres secteurs d'activités de l'Etat.

#### 4.1. L'organisation de la préparation et de la gestion de crise au sein de l'ARS

- **L'origine des signalements**

La situation de crise peut être signalée à l'ARS par différents canaux :

- \* Par la préfecture

Dans le cadre du protocole signé entre le directeur général de l'ARS et chaque préfet de département, il est indiqué qu'en heures ouvrées, les services du préfet saisissent le délégué territorial pour l'avertir d'une situation de crise et lui demander de mobiliser ses services, voire de participer à une cellule de crise (COD).

- \* Par les signaux sanitaires adressés à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire

Ces signaux sont soit de nature environnementale soit infectieuse et sont envoyés par un grand nombre de partenaires (Médecins libéraux, services hospitaliers, établissements médico-sociaux, les services de l'Etat tels que les directions départementales de protection des populations ou les préfectures...)

- \* le signalement peut également résulter de la surveillance assurée de certaines bases de données telles qu'OSCOUR, ARDAH. Cette surveillance s'exerce parfois dans le cadre de dispositifs spécifiques et/ ou saisonniers tels que le plan canicule.

- \* par la zone de défense :

- \* par la direction générale de la santé :

Elle adresse les alertes nationales sur la boîte aux lettres alerte des ARS. Cette bal fait l'objet d'une surveillance constante y compris hors heures ouvrées.

- **L'identification d'une situation de crise**

Si un signalement n'est pas identifié dès l'origine comme un événement exceptionnel, dépassant le cadre d'une gestion courante, il peut l'être après une analyse effectuée par les services de l'ARS :

- lorsqu'il s'agit d'un événement santé environnemental : cette analyse est assurée par les services VSSE de la délégation territoriale concernée avec le cas échéant l'appui du service régional, voire d'autres services tels que la DREAL, l'ASN.

- lorsqu'il s'agit d'un signal infectieux, il est d'abord analysé par les médecins et infirmiers de la CVAGS qui sollicitent le cas échéant l'expertise de la CIRE, qui elle-même peut mobiliser l'InVS.

Un signal isolé peut conduire à l'identification d'une situation de crise par le grand nombre de personnes contacts concernés ou par exemple en raison d'un signalement tardif.

Il peut également conduire à une situation de crise lorsque le lien est établi entre plusieurs signaux infectieux conduisant à conclure à une origine commune non maîtrisée.

- la situation de crise peut également résulter d'un risque de médiatisation sans qu'il y ait un risque pour la santé publique

- **La mise en alerte des services de l'ARS**

Tout signal est lu par le médecin de santé publique de 1<sup>ère</sup> ligne et ou par un ingénieur du siège. Une première concertation peut être menée le cas échéant avec la CIRE.

Si à ce stade, un risque de crise est identifié, le directeur de la protection sanitaire et environnementale, ou son adjoint, est alerté. Ce dernier peut en fonction de la situation prendre

contact avec le délégué territorial du département concerné et avec ses services et demander que d'autres services de l'Etat soient associés à l'analyse ou que l'administration centrale soit sollicitée.

Si le risque de crise est validé, le directeur de la protection sanitaire et environnementale s'assure auprès de ses services que les premières mesures de gestion sont prises. Il informe la direction générale de l'ARS et propose la mobilisation de moyens adaptés à la crise en associant les autres directions et départements de l'ARS concernés.

Les services de la préfecture sont informés sur la base du protocole signé entre le directeur général de l'ARS et le Préfet.

Le service de la communication de l'ARS est informé sans délai.

- **la mise en place de l'organisation de gestion de crise**

Le dimensionnement de l'organisation de gestion de crise est très variable selon la nature, l'ampleur et la durée prévisible de la crise.

L'organisation interne de l'ARS est décrite dans son plan de continuité d'activité et de gestion de crise élaboré en 2011.

Cette organisation de gestion de crise implique le plus souvent une collaboration étroite avec d'autres services.

- **les outils de la gestion de crise**

- **les outils de planification**

Chacune des délégations territoriales doit disposer de la liste de ses plans :

- plan ORSEC,
- plans de secours spécialisés qui sont des volets du plan ORSEC,
- les plans particuliers d'intervention
- les plans spécialisés à entrée sanitaire (plans blancs des établissements de santé et plan blanc départemental élargi, les plans bleus et de gestion de crise)
- le plan de distribution de comprimés d'Iode (qui devient en 2011 une annexe du plan ORSEC)
- le plan de vaccination contre la varicelle
- le plan SRAS
- le plan départemental pandémie grippale
- le plan de distribution de médicaments antibiotiques
- le plan NRBC

A l'occasion de chaque mise à jour d'un plan départemental, sa version informatisée sera transmise au siège de l'ARS afin de constituer, en parallèle à l'archivage papier et informatisé dans les délégations territoriales **une bibliothèque régionale informatisée partagée des plans de gestions de crise et des principaux PPI.**

Ces plans sont élaborés sous la responsabilité du préfet de département. L'ARS est un des acteurs de leur mise en œuvre.

Il y aura lieu de s'assurer de l'adéquation des actions demandées à l'ARS avec les missions de celle-ci au moment de la rédaction ou de la mise à jour des différents plans. L'harmonisation régionale sera poursuivie.

En ce qui concerne les plans spécifiques à des établissements sanitaires et médico-sociaux, une attention particulière sera prêtée entre autres aux modalités d'alerte de l'ARS afin d'accompagner le plus rapidement possible l'établissement dans la gestion d'une crise.

○ **les découpages territoriaux utilisés par l'ARS en situation de crise**

La mise en place de l'Agence Régionale de Santé conduit à s'interroger sur les éventuelles évolutions nécessaires de l'organisation territoriale de gestion de crise.

Deux questions se posent :

- \* l'organisation territoriale des services de l'ARS en matière de gestion de crise
- \* les découpages territoriaux utilisés par l'ARS pour gérer une crise

En ce qui concerne l'organisation territoriale des services de l'ARS pour la gestion de crise, elle se traduit d'une part par la présence au niveau départemental d'un délégué territorial, d'un chef de service de la veille, de la sécurité sanitaire et environnementale, et par au moins un agent en charge de la gestion de crise (qui exerce le cas échéant les fonctions d'officier de sécurité adjoint). Les services des délégations territoriales (VSSE, animation territoriale, service informatique et d'administration générale) contribuent à la gestion d'une crise.

Au niveau régional, le directeur de la protection sanitaire et environnementale doit s'assurer de la diffusion sans délai de l'alerte à tous les services de l'ARS concernés. Une fiche de procédure et une sensibilisation des agents qui reçoivent les signaux est indispensable.

Il détermine en lien avec les délégations territoriales le niveau territorial de gestion de la crise.

La CVAGS en lien avec la CIRE et le service régional santé environnemental viendront de manière générale en appui technique à la délégation territoriale. Les autres directions et départements de l'ARS apporteront leur concours en fonction de la nature de la crise.

Cette organisation interne à l'ARS est décrite dans le plan de continuité d'activité et de gestion de crise et dans des fiches de procédures. Elle est testée à l'occasion d'exercices de gestion de crise pilotés par les préfectures ou à l'occasion de survenues de crises.

En ce qui concerne les territoires utilisés par l'ARS, ils sont très variés et partagés avec les autres partenaires de la gestion de crise :

- \* pour les signaux environnementaux en particulier :
  - les périmètres de protection des captages d'eau
  - les périmètres des plans particuliers d'intervention des entreprises
- \* pour les autres situations de crise :
  - le territoire administratif est soit celui du département soit celui de la zone de défense et de sécurité
  - par ailleurs, chaque plan de secours peut prévoir une sectorisation particulière adaptée à la problématique
    - De soins à la population
    - De distribution de produits ou de matériel
    - De vaccination

L'expérience de la pandémie grippale a pu montrer la difficulté de créer des découpages administratifs ex-nihilo. Il y a lieu de s'appuyer sur un découpage administratif de base connu qui selon le cas peut être celui de la commune, du canton ou de l'arrondissement.

○ **Les partenaires incontournables de la gestion de crise**

\* **Au niveau national**

- la Direction Générale de la Santé en particulier le département des urgences sanitaires avec lequel les échanges sont très fréquents.

## - L'EPRUS

L'Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) est un établissement public administratif placé sous la tutelle du Ministère de la Santé.

Les missions de l'EPRUS concernant la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grandes ampleurs sont précisées dans la loi du 5 mars 2007

Elles portent notamment sur :

- La réserve sanitaire : l'EPRUS les solutions logistiques nécessaires à la préparation et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces sanitaires.
- L'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves.
- La gestion des stocks de produits et traitements acquis ou confiés par l'Etat.

### \* au niveau régional et départemental

- les 4 préfectures et principalement les 4 services interministériels de protection civile avec lesquels un travail est effectué au quotidien tant dans l'élaboration des plans de secours, la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation d'exercices et la gestion des situations de crise réelles qu'elles donnent lieu ou non à la réunion d'un COD.

### - Les CHU référents

Un centre hospitalier référent est un établissement de **santé** désigné pour faire face à un risque, en particulier NRBC, à qui revient la responsabilité de susciter la mise en œuvre d'actions de complémentarité, de réseaux et de promouvoir des actions au niveau des communautés d'établissements. Le rôle de l'établissement référent est avant tout un rôle de coordination **technique**.

Un CHU référent dispose d'un:

- service d'aide médicale urgente ;
- service d'accueil des urgences ;
- service de maladies infectieuses doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- service de réanimation doté de chambres d'isolement ;
- service de pédiatrie doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- service de médecine nucléaire ;
- laboratoire d'un niveau de confinement L3 ;
- aire permettant de poser un hélicoptère.

**Dans chaque zone de défense et de sécurité** un établissement hospitalier a été désigné comme établissement « référent de zone ». La zone de défense Est est la seule, avec la zone ouest à disposer de deux établissements de santé référent (ESR), en l'occurrence le CHU de Nancy et le CHU de Strasbourg. Ses missions, essentiellement centrées sur les risques NRBC, portent sur :

- le conseil auprès des autres établissements de santé
- le diagnostic en cas d'accident NRBC
- l'organisation et la prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC
- la formation du personnel potentiellement impliqué en cas d'accident NRBC
- la mise à disposition de moyens et d'expertises (maladies infectieuses, laboratoires, médecine nucléaire, radiothérapie, radiologie, centre antipoison, SAMU, réanimation, pharmacie, en particulier)
- la mise à disposition et la maintenance d'une dotation d'équipements pour établir des diagnostics rapides : matériel PCR (Protéine-Chaîne-Réactive), extracteur d'ADN
- la mise à disposition pour les établissements de santé des stocks de médicaments, antidotes, antibiotiques
- la mise à disposition et la maintenance de respirateurs, d'oxygène, de tenues de protection NRBC.



- les 4 SAMU

La coopération avec les SAMU est incontournable soit pour les informer d'un événement particulier qui est susceptible de générer des appels au C15, soit pour être informé des orientations des victimes dans une situation de crise et s'assurer des capacités d'accueil dans le département ou dans les départements limitrophes.

L'activité des SAMU ainsi que des structures des urgences est également un élément de surveillance permettant de détecter un problème de santé publique.

- les 4 SDIS

Les SDIS sont des partenaires indispensables dans la préparation et la gestion des crises sanitaires qu'elles soient de nature environnementale ou qu'elles concernent la prise en charge des personnes.

- le centre anti poison

Il est joignable 24h/24h pour apporter son expertise dans l'évaluation des risques pour la santé publique.

- les représentants des professionnels de santé libéraux (Ordres, URPS, syndicats) : ils sont les relais indispensables pour apporter des informations à un grand nombre de professionnels qui seraient concernés ou pour mobiliser ces professionnels dans la gestion d'une crise.

Un travail sera mené avec ces représentants pour améliorer les circuits d'alerte dans l'objectif de pouvoir alerter le plus rapidement possible l'ensemble des professionnels libéraux concernés par une situation de crise.

- les partenaires qui assurent la liaison avec les populations particulièrement fragiles (ERDF pour les malades à haut risque vital, les associations de dialyse à domicile, les associations d'insuffisants respiratoires, les structures d'hospitalisation à domicile). Les objectifs poursuivis avec ces partenaires sont :

Pour ERDF et les associations de dialyse à domicile de disposer de listes de patients à jour tous les semestres pour permettre une alerte efficace, en cas de besoin, des personnes concernées

Pour les structures d'HAD de pouvoir en lien avec elles organiser si nécessaire le transfert des patients à l'hôpital.

La cellule régionale d'appui permet d'organiser une concertation avec l'ensemble de ces partenaires pour appréhender les besoins, identifier les dysfonctionnements et proposer des solutions d'amélioration.

- les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales

Le partenariat qui est réel dans les signalements courants est tout aussi incontournable dans les situations de crise. Une bonne connaissance réciproque des organisations, des moyens disponibles et des circuits d'alerte continuera à être favorisée.

#### **4.2. Communication**

L'organisation de la communication en cas d'urgence sanitaire, et la place de la communication au sein des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires sont à consolider. Ceci, de manière à relayer le bon niveau de risque permettant d'associer les médias et le public in fine à une gestion collective des risques par des comportements en adéquation.

Les principes directeurs des stratégies de communication prévues pour les différents publics visés, en particulier les publics-cibles et les publics-relais (grand public, populations cibles, associations, maires, professionnels de santé...) pourront par la suite être déclinés pour les grandes catégories d'événements sanitaires en des référentiels spécifiques.

Il ne faudra pas oublier de présenter régulièrement les résultats de la veille et de la sécurité sanitaire aux professionnels de santé et aux instances de démocratie sanitaire.

Enfin, la sensibilisation de la population à la culture du risque et à la gestion de l'incertitude est à développer.



**Développer la communication sur les urgences sanitaires****Diagnostic régional et territorial**

En lien étroit avec les services des préfectures, l'organisation de la communication en cas d'urgence sanitaire et la place de la communication au sein des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires sont à consolider. Ceci, de manière à relayer le bon niveau de risque permettant d'associer les médias et le public in fine à une gestion collective des risques par des comportements en adéquation et de fournir une information la plus précise et exacte possible.

Les principes directeurs des stratégies de communication prévues pour les différents publics visés, en particulier les publics-cibles et les publics-relais (grand public, populations cibles, associations, maires, professionnels de santé...) pourront par la suite être déclinés pour les grandes catégories d'événements sanitaires en référentiels spécifiques.

Les résultats de la veille et de la sécurité sanitaire seront présentés régulièrement aux professionnels de santé et aux instances de démocratie sanitaire.

La sensibilisation de la population à la culture du risque et à la gestion de l'incertitude sera développée.

| Objectifs opérationnels                                                                                 | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Organiser et développer la communication institutionnelle au cours des gestions des urgences sanitaires | 6.1 et 12.4                               |

|                                                      |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Communication</b> | <b>Organiser et développer la communication institutionnelle au cours des gestions des urgences sanitaires</b> |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan d'actions associées n°1</b>                                                             |                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°1<br> | Développer les liens avec les autres institutions susceptibles de devenir des relais territoriaux (élus-CR-Rectorat...)<br>- identification des relais<br>- à quel moment les prévenir ?<br>- rôle de ces relais ? |
| Mesure n°2<br> | Assurer une évaluation des actions de communication réalisées en situation de crise et définir des axes de projets                                                                                                 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Conseil Régional, Conseils Généraux, Préfectures, Rectorat...                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                           |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Suivi des protocoles départementaux préfets/ARS :<br>Evaluation et négociation de protocoles pluriannuels | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                         |
| Plans de préparation à la gestion de situations exceptionnelles dans le domaine sanitaire |

## Gestion de crise : Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires

### Diagnostic régional et territorial

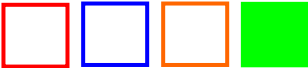
En matière de gestion de crise : la mise en place de l'ARS, l'élaboration des protocoles entre l'ARS et les préfets et le retour d'expérience de situations de crise, en particulier de la pandémie grippale, ont permis de faire un bilan des outils et organisations et de déterminer les améliorations à apporter.

Ainsi, il convient de s'attacher à définir les modalités d'élaboration de référentiels techniques de gestion des alertes et de mise en cohérence avec les volets sanitaires des plans départementaux au niveau régional en renforçant leur opérationnalité.

Notamment, la difficulté d'alerter rapidement un grand nombre de partenaires, en particulier les professionnels de santé libéraux, en cas de crise sanitaire, a pu être constatée. De même, les outils actuellement disponibles en matière de cartographie conduisent à privilégier des coopérations avec d'autres partenaires pour assurer une mobilisation des données à tout moment.

Nota : il est à noter que la préparation aux grandes menaces sanitaires, notamment celles d'ampleur nationale, fera l'objet d'un dispositif spécifique, qui n'entre pas dans le champ du schéma régional de prévention.

| Objectifs opérationnels                                        | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Assurer un dispositif d'alerte opérationnel en partenariat     | 12.3                                      |
| Mettre en place une cartographie concertée de gestion de crise | 12.3                                      |

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Gestion de crise</b>                                         | <b>Assurer un dispositif d'alerte opérationnel en partenariat</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| Mesure n°1<br> | <b>Disposer d'un annuaire de gestion de crise opérationnel</b><br>- Améliorer l'annuaire de gestion de crise harmonisé par département en lien avec les établissements de santé, médico-sociaux et nos principaux partenaires (SAMU, CDOM, associations de dialyse à domicile, distributeurs d'eau, SIRACEDPC et SIDPC, SDIS)<br>- Coordonner cet annuaire avec l'annuaire national mis en place par la DGOS<br>- Faire évoluer la forme de l'annuaire en fonction de la mise en place du web annuaire partagé de tous les partenaires de l'ARS de Lorraine<br>- En lien étroit avec les services des préfectures concernés, travailler sur les circuits d'information et de mobilisation des moyens de nos partenaires transfrontaliers étrangers |               |
| Mesure n°2<br> | <b>Mettre en place une procédure d'alerte efficace</b><br>- Déterminer les procédures d'alerte les plus adaptées :<br>* recenser les besoins en fonction de la nature et de l'urgence de l'alerte<br>* élaborer une procédure et une fiche la formalisant<br>- Mettre en place les outils retenus<br>* en assurer l'actualisation régulière pour ceux qui dépendent de l'ARS<br>* faire une convention pour ceux qui relèveraient d'un partenaire extérieur<br>- Mettre en place une évaluation annuelle des procédures d'alerte<br>* avec un exercice annuel<br>* une grille d'évaluation<br>* des propositions d'amélioration                                                                                                                    |               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les partenaires du secteur santé (DGS, SAMU, établissements, professionnels libéraux) et les établissements médico-sociaux, les préfectures, les administrations de la santé du Luxembourg, de la Belgique et de l'Allemagne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                         | Avoir rapidement, de manière fiable et exhaustive les coordonnées de tous nos partenaires opérationnels en H24 pour gérer une situation de crise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Indicateur n° |

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Volet urgences du SROS-PRS<br>Schéma ambulatoire               |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Annuaire national de gestion de crise des établissements de santé<br>Plan gouvernemental NRBC et ses déclinaisons zonales et départementales<br>Les plans d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC) renouvelés |

| Objectif opérationnel<br>Gestion de crise                                                        | Mettre en place une cartographie concertée de gestion de crise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                         | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Mesure n°1<br>  | <b>Recenser les types de situations nécessitant une cartographie de gestion de crise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir en partenariat une typologie des situations de crise et les besoins spécifiques en données cartographiques dans le champ de compétence de l'ARS</li> <li>- Recenser les réponses en cartographie apportées par les autres services partenaires en cellule opérationnelle départementale</li> </ul> |  |
| Mesure n°2<br>  | <b>Recenser les différents outils utilisables</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les outils utilisables au niveau de l'ARS, ainsi que ceux utilisés par nos différents partenaires, en heures ouvrées et hors heures ouvrées</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |  |
| Mesure n°3<br> | <b>Arrêter la solution de cartographie de gestion de crise de l'ARS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir les critères de choix et arrêter un choix</li> <li>- Etablir le cas échéant des conventions avec les partenaires</li> <li>- Assurer l'information ou la formation des principaux utilisateurs</li> </ul>                                                                                                            |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Les SIDPC afin de préciser la réponse attendue de l'ARS et des autres partenaires.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

|                         |                                                                     |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Cerner précisément les besoins et la capacité actuelle d'y répondre | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
| Schéma ambulatoire                                      |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan gouvernemental NRBC et ses déclinaisons zonales et départementales<br>Les plans d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC) renouvelés |

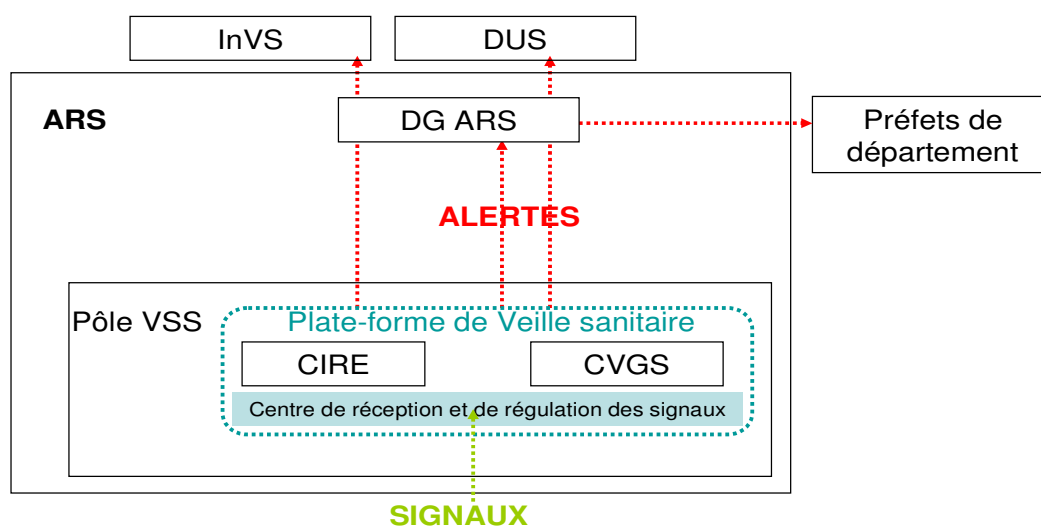
## Traitement (réception, analyse et gestion) des signaux et des alertes sanitaires en Lorraine

### Diagnostic régional et territorial

L'objectif de la veille et de l'alerte sanitaire est l'identification rapide d'un signal d'origine infectieuse ou environnementale qui met en jeu la santé des populations et l'instauration sans délai d'une réponse pour limiter l'impact de la menace détectée.

La prise en compte des risques sanitaires s'appuie sur une organisation de la veille sanitaire incluant des systèmes de surveillance (épidémiologique, sanitaire ou environnementale) et un dispositif de veille et d'urgences sanitaires (figure1).

Figure 1 : Schéma général de l'implantation du dispositif de veille et d'urgences sanitaires au sein des ARS et circulation de l'information (Source : la veille et l'alerte sanitaire en France, InVS, février 2011)



Au sein de l'ARS de Lorraine, une plateforme de veille sanitaire située dans le département VSSE, permet le recueil de signaux divers, leur vérification, leur analyse, l'investigation épidémiologique/environnementale, la mise en place de mesures de gestion et la transmission de messages d'alerte au niveau adapté.

L'ARS est en relation permanente avec la direction générale de la santé (DGS) dont elle reçoit des informations, des lignes directrices et si besoin, un appui à la gestion et à laquelle elle transmet les informations relatives à la gestion des alertes en cours.

L'ARS est également en relation constante avec l'Institut de veille sanitaire (InVS) via la CIRE, compte tenu de ses missions définies par les textes et du fait de la tutelle scientifique qu'il exerce sur chaque CIRE.

La DGS et particulièrement le département des urgences sanitaires (DUS), anime le réseau des cellules de veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (CVGS ou CVAGS) en vue de garantir un traitement homogène de la gestion des alertes et de préparation de la réponse, en lien avec les agences concernées.

| Objectifs opérationnels                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Promouvoir le signalement d'évènements à potentiel sanitaire ou susceptibles d'évoluer en alertes.     | 12.4                                      |
| Améliorer la qualité (rapidité, précision et complétude) des signalements effectués en région Lorraine | 12.4                                      |
| Disposer de données contribuant au diagnostic de l'état de santé de la population en région Lorraine.  | 12.4                                      |



|                                                               |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement des signaux</b> | <b>Promouvoir le signalement d'événements à potentiel sanitaire ou susceptibles d'évoluer en alertes</b> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br><br>   | Unifier la connaissance du circuit de signalement chez les partenaires<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître la connaissance de l'existence du point focal ;</li> <li>- Développer la connaissance du circuit de signalement et du rôle des acteurs de la plateforme régionale de veille sanitaire ;</li> <li>- De manière spécifique, développer et unifier la connaissance de la liste des maladies incluses dans le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire ainsi que le circuit de signalement et de déclaration ;</li> <li>- Former les partenaires aux concepts de veille sanitaire et à l'utilisation d'un vocabulaire commun ;</li> <li>- Rédaction de procédures d'investigation et de gestion définissant l'articulation entre l'ARS et ses partenaires et précisant les rôles de chacun (ex : survenue de TIAC, IIM, Légionellose, infection à bacille tuberculeux).</li> </ul> |
| Mesure n°2<br><br> | Convaincre les partenaires de l'intérêt de signaler tout événement de portée sanitaire<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer une rétro information graduée (bilan de surveillance épidémiologique, bilan de signalements, point lors d'une situation particulière) ;</li> <li>- Effectuer des retours d'expérience avec les partenaires en associant les médecins déclarants ;</li> <li>- Communiquer plus largement les bilans d'investigations auprès des déclarants (sites Web de ceux-ci notamment) ;</li> <li>- Participer à des réunions organisées par les partenaires pour illustrer et promouvoir le signalement.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°3<br><br> | Contribuer à développer une dynamique régionale axée sur le signalement et ses conséquences pour la santé publique<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduite de séminaires thématiques d'échanges et de valorisation des travaux (ex : journées SOS médecins, semaine européenne de la vaccination, etc....) ;</li> <li>- Organisation d'une journée régionale de veille sanitaire</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°4<br><br> | Améliorer le signalement des infections nosocomiales<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les établissements de santé à l'utilisation de l'application web « e-sin » pour le signalement électronique des infections nosocomiales</li> <li>- augmenter la détection précoce des événements infectieux émergents nécessitant une prise en charge adaptée</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                               |                                                                                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pilotage de l'objectif</b> | Conjoint CVAGS et CIRE Lorraine-Alsace                                          |
| <b>Partenaires</b>            | Acteurs et partenaires régionaux de la veille sanitaire (voir document Vagusan) |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du nombre de signalement reçus à l'ARS dont les infections nosocomiales</li> <li>- Meilleure connaissance de l'organisation régionale du traitement des signaux sanitaires</li> <li>- Plus grande interaction avec les partenaires régionaux de la veille sanitaire</li> </ul> | <p>Indicateur n°</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de signalements reçus</li> <li>- nombre de signalement et notification de MDO reçus</li> <li>- nombre de réunions de travail, retex, séminaires, formations avec les partenaires</li> <li>- nombre de bulletins de rétroinformation transmis</li> <li>- nombre de signalements électronique d'IN</li> <li>- Nombre d'établissements de santé signalant par voie électronique.</li> </ul> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                  |
| Programmes nationaux de surveillance (InVS, CNR, autres agences sanitaires...), plans nationaux relatifs aux grandes pathologies infectieuses et aux expositions environnementales |

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement des signaux</b>                                   | <b>Améliorer la qualité (rapidité, précision et complétude) des signalements effectués en région Lorraine</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°1<br> | Améliorer la réactivité dans le signalement d'évènements à l'ARS<br><br>- Former les partenaires et acteurs de la veille sanitaire à être réactifs dans le signalement ;<br>- Dans le cadre des MDO, harmoniser et renforcer la formation des déclarants aux concepts de signalement et notification et aux conditions de réalisation de ces 2 étapes.<br>- Systématiser un retour d'information court aux déclarants sur le suivi du signalement |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°2<br> | Améliorer la précision et la complétude des informations transmises lors des signalements à l'ARS<br><br>- Former les professionnels de santé déclarants à recueillir puis transmettre à l'ARS des informations minimales concernant le lieu, la date présumée de survenue et le nombre de personnes concernées.<br>- Insister auprès des partenaires sur la nécessaire complétude des données relatives aux MDO                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | Conjoint CIRE Lorraine-Alsace et CVAGS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Acteurs et partenaires régionaux de la veille sanitaire (voir document Vagusan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction du délai entre la survenue de l'évènement et son signalement à l'ARS, tout particulièrement pour les MDO à signalement et notification.</li> <li>- Amélioration de la qualité des signalements par les déclarants, notamment par la transmission d'informations précises et complètes pour faciliter la validation du signal.</li> </ul>                                                       | <b>Indicateur n°</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de signalements transmis rapidement (délai maximum de 24h entre la survenue de l'évènement et le signalement)</li> <li>- Nombre de signalements complets (indicateurs temps, lieu, personnes)</li> <li>- Nombre de courriers de rappels aux déclarants et de messages aux ordres professionnels (ordre des médecins notamment).</li> </ul> |

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                                                                                       |
| Dispositif national de surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire, plans nationaux relatif aux grandes pathologies infectieuses (SIDA, Hépatites virales...) et expositions environnementales. |

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement des signaux</b>                                         | <b>Disposer de données contribuant au diagnostic de l'état de santé de la population en région Lorraine</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°1<br><br>   | Poursuivre le développement des réseaux de surveillance épidémiologique, surveillance sanitaire et surveillance environnementale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animation des réseaux de surveillance (mobilisation des partenaires, analyse des données, interprétation pluri-institutionnelle, diffusion des résultats, élaboration d'actions à conduire);</li> <li>- Recrutement de nouveaux partenaires participants aux différents réseaux de surveillance ;</li> <li>- Conduire régulièrement des réunions de « RETEX » (retours d'expériences) avec les partenaires participants aux surveillances.</li> </ul>          |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°2<br><br>   | Face à des menaces émergentes en santé publique, mettre en place des systèmes de surveillance, des enquêtes ou des démarches d'expertise associant les partenaires et experts régionaux <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de menaces émergentes (analyse des signalements, des données de surveillance, avis d'expertise des partenaires, des sociétés savantes, messages d'alertes nationaux, frontaliers et européens....)</li> <li>- Mobilisation conjointe des acteurs de la veille sanitaire régionale (voir nationale) et de leurs partenaires en vue de la décision d'actions à mettre en œuvre.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°3<br><br> | Augmentation de la certification électronique des décès <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter les établissements sanitaires et médico-sociaux à certifier électroniquement les décès en vue de suivre l'impact sanitaire (mortalité) d'évènements saisonniers ou émergents.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                         | CIRE Lorraine Alsace, ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                    | Acteurs et partenaires régionaux de la veille sanitaire (voir document Vagusan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des systèmes de surveillance avec extension du nombre de participants</li> <li>- Production de notes ou d'avis d'expertises conjoints entre ARS, CIRE, partenaires experts régionaux</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Indicateur n°<br><b>XXXXXX</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de participants aux dispositifs de surveillance</li> <li>- nombre d'avis rédigés</li> <li>- proportion de certificats de décès certifiés électroniquement</li> </ul> |

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|                                                         |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programmes nationaux de surveillance (InVS, CNR, autres agences sanitaires...), plans nationaux relatif aux grandes pathologies infectieuses (SIDA, Hépatites virales...) et aux expositions environnementales |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                              |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                              |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                              |

## II.3. Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

### SOMMAIRE

Les champs couverts par le SROMS sont traités dans les thématiques transversales.



Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais les soins, mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale. Le pilotage de la politique de santé s'exerce maintenant au niveau régional, l'un des enjeux pour les ARS étant d'assurer une continuité dans la prise en charge sanitaire, médico-sociale et préventive de chaque lorrain. Sur le champ de compétence partagé du médico-social, il conviendra d'agir en cohérence avec les collectivités territoriales.

L'élaboration d'un Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale, intégré au Projet Régional de Santé, constitue une démarche forte, innovante, et stratégique.

L'objectif est d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région, en rendant lisibles toutes les ressources, en optimisant l'existant, en coordonnant les compétences, en favorisant les initiatives pour améliorer la qualité de vie de la population concernée. Ce public fragile par essence, nécessite des réponses adaptées et individualisées tout au long de son parcours de vie.

Le périmètre particulièrement large concerne à la fois les personnes âgées lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, plus fréquente avec le vieillissement, les personnes handicapées, et les personnes confrontées à des difficultés spécifiques telles que précarité et addictions. L'enjeu est commun à tous : favoriser l'autonomie tout au long de la vie.

**Il s'agit là d'une des quatre priorités retenues lors de l'élaboration du PSRS en Lorraine : « maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ».**

Certains leviers d'action multiples sont maîtrisés en propre par l'ARS, d'autres sont partagés avec les conseils généraux ou avec d'autres acteurs des politiques publiques de l'Etat (logement, éducation, emploi, par exemple...).

Le secteur médico-social est en mutation, avec des outils nouveaux, tant juridiques -l'appel à projet - que financiers (convergence tarifaire, réforme de la tarification des EHPAD et des SSIAD, enveloppes anticipées) et d'autres chantiers encore à venir : évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées, financement de la dépendance, modernisation du secteur du travail protégé...

Le SROMS, s'il est d'abord un schéma de mutation du secteur vers une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population, est aussi un instrument de poursuite du développement des services, au travers des plans nationaux, ce qui le différencie du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Le SROMS concerne une population à la fois vulnérable et croissante, tant en raison de la démographie que de la précarisation d'une partie de la société.

Il a vocation à suivre les personnes tout au long de leur **parcours de vie et de soins**, dans une interaction constante entre les individus et leur environnement.

Il est porteur **d'enjeux économiques forts**, par la part croissante de la population concernée et doit traduire un souci d'efficience, indispensable dans le contexte actuel. Le rôle de l'ARS sera donc d'impulser des actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce schéma. Et ce d'autant que tout progrès dans le domaine médico-social, en permettant une plus

grande autonomie des personnes et une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins, est porteur d'amélioration de la qualité de vie pour les personnes concernées.

Enfin, il est porteur de **transversalité** entre des acteurs de statuts et de niveaux territoriaux diversifiés.

La définition de la politique nationale de santé se traduit notamment au travers de **plans et programmes nationaux** qui structurent l'offre médico-sociale qu'il convient de déployer au bénéfice des populations vulnérables. Le travail d'élaboration du SROMS s'inscrit dans ce cadre.

Cinq plans, programme et schéma nationaux sont particulièrement structurants pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale au regard de la période de validité du PRS (2011-2015) :

- **Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012** : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche ; créer des places d'EHPAD, de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

- **Le plan Alzheimer 2008-2012** : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public ; créer des places de PASA (Pôles d'activité et de soins adaptés) et d'UHR (Unités d'hébergement renforcé)

- **Le programme pluriannuel de création de places** pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014) ; créer des places d'établissements et services, et des places en ESAT.

- **Le plan autisme (2008-2012)** : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches ; créer des places d'accueil.

- **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011)** : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé (consultations d'addictologie et de liaison, pôles dans les CHU) et les établissements médicosociaux, avec création de places de CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie)

S'y ajoutent :

- Le plan pour **l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques** (2007-2011)

- **Le Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010 -2012)**

- **Le programme de développement des soins palliatifs (2008-2012)**

- **Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013).**

Le SROMS traduira l'orientation forte, inscrite dans la loi HPST, du souci d'une réponse globale assurant une prise en charge en proximité, sans rupture entre le médical et le médico-social. Il intégrera l'indispensable territorialisation de la politique de santé régionale avec la coordination de tous les acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux et s'aidera du rôle pivot du médecin traitant.

## Eléments de méthodologie

Le Schéma Régional constitue un levier d'action sur l'organisation des activités médico-sociales pour orienter les autorisations et les financements des établissements et services à destination des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie : son contenu doit permettre, à partir de l'identification partagée des besoins prioritaires, de formuler des objectifs opérationnels, orientant plus directement les rôles et les projets des acteurs, que ce soit au travers du nouveau régime d'autorisation ou par l'allocation de ressources et la contractualisation.

La construction du premier SROMS 2012-2017, composante du projet régional de santé (PRS), au regard et en complément des schémas départementaux redéfinis adoptés par les conseils généraux, doit conduire à franchir une nouvelle étape dans la planification médico-sociale, de tradition départementaliste à partir d'un existant variable et en évolution. Cela nécessitera de mettre en avant les tensions et cohérences entre le schéma régional d'organisation médico-sociale et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

En effet, le nouveau dispositif législatif met fin au schéma régional résultant de l'addition des schémas départementaux, tel que prévu par la loi 2002-02. Il s'agit désormais de la traduction au sein de l'organisation médico-sociale, de la stratégie régionale de santé. Pour autant, les Départements, de par leurs compétences étendues d'action et de prestations sociales, leurs autres politiques environnementales et territoriales, la présence territorialisée de leurs services, disposent de leviers importants pour connaître et intervenir auprès des populations : ainsi, quels sont les points communs entre le schéma régional et les schémas départementaux ? Quelles sont les complémentarités ? Quelles sont les nouvelles cohérences à identifier et comment le faire ?

### **3 questions principales ont structuré la réflexion en région :**

- 1 - Comment améliorer l'accessibilité des services aux différents niveaux territoriaux (continuité entre les niveaux départemental et régional) par type de problématique ?
- 2 - Comment engager un progrès, désormais indispensable sur l'ensemble du territoire, de l'efficience de l'offre existante (en qualité et en coût) ?
- 3 - Comment répondre aux besoins de développement d'une offre de services encore insuffisante sur certains besoins, inégalement répartie sur le territoire, et interrogée par l'émergence de nouvelles problématiques (exemple des troubles envahissants du développement) ?

### **Les réflexions préalables du groupe projet ont conduit à constituer 6 groupes<sup>1</sup> de travail :**

- un groupe directement issu des réflexions du PSRS, sur la connaissance de l'offre et des besoins,
- un groupe de réflexion sur l'évolution des structures et les problématiques financières régionales,
- un groupe portant sur les personnes en difficultés spécifiques,

et 3 groupes axant leurs réflexions sur les parcours de vie, en identifiant pour chaque âge les moments de rupture potentielle du parcours et de vulnérabilité particulière :

---

1

*Les groupes du volet « handicap et vieillissement » étaient constitués de manière ouverte, sans composition a priori d'un groupe d'experts, de manière à assurer la plus large participation, dans chacun des champs, social, ambulatoire, médico-social et sanitaire, ainsi que des usagers, et à garantir ce faisant une réflexion transversale entre ces différents champs.*

- groupe « accompagnement à la socialisation et à la scolarisation »
- groupe « accompagnement dans l'emploi et la vie sociale »
- groupe « accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées ».

### **1 -Groupe connaissance de l'offre et des besoins**

Les travaux ont porté sur les personnes handicapées (données MDPH, suivi des orientations, hébergement en Belgique, amendements « Creton »....) et les personnes âgées (organisation des ressources disponibles, connaissance des listes d'attente, analyse des situations de blocage en sortie d'hospitalisation...), et ont confirmé la nécessité, déjà pointée lors des travaux du PSRS, d'améliorer le circuit et le partage des données.

### **2-Groupe accompagnement à la socialisation et à la scolarisation**

Les travaux se sont structurés selon 3 sous-groupes, correspondant aux moments de rupture du parcours de vie identifiés :

- + enfants de moins de 6 ans (action et évaluation précoces, coordination des dispositifs d'évaluation et d'accompagnement...)
- + enfants de 6 à 12 ans (scolarisation en milieu ordinaire, accueil en institution, plan autisme, déficiences sensorielles...)
- + adolescents (troubles du comportement, conduites à risques, projet de vie et évaluation précoces, handicap social surajouté...).

### **3- Groupe accompagnement dans l'emploi et la vie sociale**

L'analyse des parcours de vie a donné lieu à 4 sous groupes de travail, en fonction là aussi des moments de rupture potentielle identifiés :

- + formation professionnelle et travail en milieux ordinaire et protégé
- + personnes handicapées vieillissantes
- + handicap psychique
- + autisme, cérébrolésés et traumatisés crâniens.

### **4-Groupe accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées**

3 sous groupes ont également été identifiés :

- + - maintien à domicile (champs du handicap et du vieillissement)
- + - mise en œuvre du plan Alzheimer
- + - filière gériatrique et parcours de santé de la personne âgée

### **5- Groupe restructurations et financement**

Les réflexions du groupe de travail ont porté sur l'appel à projet, la notion de territoire en médico-social, et les nécessaires restructurations des ESMS à envisager.

### **6-Groupe personnes en difficultés spécifiques**

Les réflexions sur le volet transversal de lutte contre les addictions ont été conduites à partir de trois éléments :

- ✚ la constitution de groupes de travail impliquant les professionnels de santé ainsi que les partenaires institutionnels impliqués dans la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques incluant le champ du sanitaire, du médico-social, du social, de l'ambulatoire (médecine de ville)
- ✚ des rencontres bilatérales avec des acteurs fondamentaux (expert de la discipline, réseaux...)
- ✚ des visites de structures pour conforter le rôle et la place des acteurs dans les trajectoires de prise en charge.

**Les travaux ont été complétés par des réunions territoriales**, en septembre et octobre 2011, visant à :

- présenter aux partenaires (Conseils Généraux, Education Nationale, MDPH, Conseil Régional, DIRRECTE, cohésion sociale, CARSAT....) les objectifs opérationnels validés par le comité de pilotage du SROMS
- vérifier la cohérence avec les objectifs des schémas et les actions et priorités des autres partenaires sur le territoire (PRITH, schéma de formation régional, actions de la CARSAT, de l'Education Nationale...) : tous ces partenaires ont par ailleurs été largement associés aux travaux
- initier une réflexion technique sur des actions communes, prioritaires à mener sur les territoires.

D'une manière générale, les travaux des différents groupes se sont donc focalisés sur la *fluidité du parcours de vie* des personnes et l'analyse des *moments de rupture* dans ces parcours. Chacun de ces moments de fragilité potentielle a été considéré, avec une attention particulière portée sur les *actions de coordination* entre les différents acteurs à conforter ou à mettre en place.

Les objectifs du schéma sont présentés selon **deux volets** :

- volet personnes handicapées et personnes âgées
- volet personnes en difficultés spécifiques.

**La rédaction des objectifs opérationnels du schéma** s'est attachée à valoriser, pour chaque volet, les axes thématiques de travail abordés dans chacun des différents groupes :

- objectifs de prévention
- objectifs d'adaptation de l'offre
- objectifs de coordination des acteurs
- objectifs de qualité (pour le volet personnes handicapées – personnes âgées)

Dans ce contexte, pour faciliter la lecture de ces documents de concertation, **l'ensemble du schéma médicosocial est positionné dans le chapitre « thématiques transversales »**. Le volet « personnes âgées et personnes en situation de handicap » et le volet « personnes en difficultés spécifiques » comprennent chacun un état des lieux et des fiches « objectifs opérationnels ». Le mode de rédaction retenu reflète le choix de la transversalité : pour un même objectif opérationnel, le plan d'action peut associer des mesures relevant du domaine médicosocial et du domaine hospitalier, par exemple. De plus, des objectifs opérationnels peuvent être communs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

# Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS)

## SOMMAIRE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introduction.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>2</b>  |
| <b>L'offre de soins Ambulatoire.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>3</b>  |
| Introduction .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4         |
| Diagnostic régional et territorial .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9         |
| Objectifs opérationnels .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 25        |
| Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (excepté les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les sages-femmes libérales, les orthophonistes libéraux), des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ..... | 43        |
| Les zonages de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.....                                                                                                                                                            | 46        |
| Biologie médicale .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50        |
| <b>L'offre de soins Hospitalière .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>55</b> |
| Introduction.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 56        |
| <i>Missions de service public</i> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 61        |
| Lutte contre l'exclusion .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 64        |
| Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) .....                                                                                                                                                                                                                                                                             | 71        |
| Soins palliatifs .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 81        |
| Santé des personnes détenues .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 89        |
| <i>Activités des soins autorisés et EML</i> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 98        |
| Assistance médicale à la procréation .....                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 98        |
| Diagnostic prénatal .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 109       |
| Cardiologie interventionnelle.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 117       |
| Chirurgie.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 126       |
| Génétique.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 137       |
| Périnatalité .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 149       |
| Equipements matériels lourds.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 166       |
| Insuffisance rénale chronique (IRC) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 175       |
| Médecine.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 186       |
| Médecine d'urgence et liens avec la permanence des soins ambulatoires .....                                                                                                                                                                                                                                                              | 193       |
| Réanimation, soins intensifs et soins continus .....                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 205       |
| Soins de suite et de réadaptation .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 214       |
| Traitement du cancer .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 230       |

## Introduction

---

**Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS)** comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération : son intégration au sein du PRS et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Le SROS-PRS a pour objectif l'amélioration de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population. Il doit donc devenir un véritable levier pour la transformation de l'organisation des soins, en substituant aux organisations de soins traditionnelles, des organisations plus efficaces et en mobilisant des outils favorisant la qualité de soins.

**Le volet ambulatoire** détermine la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'action en matière de structuration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours pour répondre aux problèmes de démographie médicale de la région Lorraine. Il entend ainsi améliorer la prise en charge globale du patient en renforçant les articulations entre les professionnels de premier et de second recours et les acteurs locaux présents sur le territoire.

**Le volet hospitalier** positionne et dimensionne l'offre de soins hospitalière au regard des besoins de santé territoriaux, en tenant compte du diagnostic régional, avec les évolutions qu'il convient de conduire. En particulier il s'agira d'optimiser l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des soins hospitaliers et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète, en cohérence avec les principes d'accès, de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité.

## **L'offre de soins Ambulatoire**



## Introduction

Le volet ambulatoire du SROS, ayant une valeur essentiellement indicative, a pour ambition de déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de premier recours, voire de second recours. Il concerne donc l'ensemble des professionnels de santé et des structures de ville. Il constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de soins ambulatoires que l'ARS doit mener avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST.

Le volet ambulatoire du SROS doit également préciser les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Dans ce cadre, ce zonage, pluri-professionnel, constitue la partie opposable du volet ambulatoire. Afin de viser une cohérence nationale, le Ministère a fixé pour chaque région un seuil : en Lorraine, les zones fragiles ne peuvent couvrir plus de 7,5 % de la population régionale. Les dispositions relatives à ce zonage doivent faire l'objet d'un arrêté.

Pour l'élaboration du SROS ambulatoire, l'ARS de Lorraine a souhaité être au plus proche des réalités du terrain en organisant, de février à septembre 2011, des réunions départementales associant : Préfet de Département, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseil Général, Association départementale des maires, URPS, représentants des Ordres professionnels, CARMi EST (57), FEMALOR et Union des pôles de santé en Lorraine, Raoul-IMG (internes en médecine générale), ainsi que des représentants des usagers.

Par ailleurs, une équipe projet de l'ARS s'est vu confier le suivi des travaux, en cohérence avec les autres volets et/ou schémas du PRS. Elle était constituée de représentants du Département Ambulatoire et Accès à la Santé, de la Direction de la Stratégie et du service statistique, des délégations territoriales de l'ARS, des Départements des Etablissements de santé, des Etablissements médico-sociaux et réseaux de santé, du chef de projet « lutte contre l'exclusion », du Directeur de projet GDR, du chef de projet « systèmes d'information de santé » et du référent transfrontalier.

Au total, vingt-deux réunions, dont seize départementales, se sont tenues pour l'élaboration de ce volet.

Comme les autres schémas, le SROS-PRS volet ambulatoire, s'appuyant sur un diagnostic partagé de la région Lorraine, décline les priorités et objectifs spécifiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) en objectifs opérationnels et plans d'actions associées.

**En Lorraine, outre un contexte démographique et social contrasté, les inégalités devant la santé sont particulièrement marquées, et des difficultés d'accès aux soins, de premier recours notamment, ont été mises en évidence dans les territoires enclavés et les anciennes zones minières.**

**L'enjeu principal est de garantir et de pérenniser un accès en ambulatoire pour la population Lorraine dans le respect des exigences de PROXIMITE, QUALITE et SECURITE.**

**La mise en place des soins de premier recours tels que défini par la loi est la priorité absolue.**

L'article 36 de la loi HPST en son article L.1411-11 prévoit que **l'accès aux soins de premier recours** ainsi que la prise en charge continue des malades est organisée par l'ARS conformément au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

**Le médecin généraliste** se trouve ainsi conforté dans ses missions de soins de premier recours par le code de santé publique et comme **médecin traitant** dans le code de sécurité sociale.

**Parmi les autres professionnels de santé de premier recours, le pharmacien d'officine** est également impliqué. Il prend sa place déjà actuellement dans la permanence des soins ; il peut, sous conditions, renouveler périodiquement des traitements chroniques, et ajuster au besoin leur posologie.

Un exercice de priorisation des objectifs du PSRS a été réalisé par les membres de l'équipe projet de l'ARS et par les participants aux réunions départementales. Il est présenté dans les tableaux suivants.

Grille de lecture :

1 pour l'importance la plus faible, 5 pour l'importance la plus élevée

1<sup>ère</sup> colonne : résultat synthétique de l'équipe projet ARS

2<sup>ème</sup> colonne : résultat synthétique des participants aux réunions départementales

3<sup>ème</sup> colonne : moyenne des deux colonnes précédentes

En orange : objectifs retenus dont le score est compris entre 4,5 et 5

En jaune : objectifs retenus dont le score est compris entre 4 et 4,5

En bleu : objectifs retenus dans le PSRS comme étant relatifs à l'accès à la santé

### Priorité régionale 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine

Objectif général n°1 : Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires

|                                                                                                                                                                   |     |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 1.1 Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du PMSI et de l'Assurance Maladie                              | 1   | 3,7 | 2,35 |
| 1.2 Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle | 4,8 | 4,5 | 4,65 |
| 1.3 Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique                                                                                         | 3,8 | 3,6 | 3,7  |
| 1.4 Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité                                                                                     | 3,4 | 3,8 | 3,6  |
| 1.5 Développer l'éducation thérapeutique                                                                                                                          | 5   | 4,7 | 4,85 |
| 1.6 Sensibiliser les acteurs du 1 <sup>er</sup> recours à la prévention                                                                                           | 4,8 | 4,7 | 4,75 |

Objectif général n°2 : Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide

|                                                                                                                                                                 |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 2.1 Développer l'information et la formation des usagers                                                                                                        | 3   | 3,8 | 3,4  |
| 2.2 Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge                                                                                                            | 4   | 3,8 | 3,9  |
| 2.3 Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social | 4,8 | 4,7 | 4,75 |

Objectif général n°3 : Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neuro vasculaires, maladies respiratoires et suicide

|                                                                                           |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 3.1 Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge                       | 2,2 | 3,2 | 2,7 |
| 3.2 Conforter les pôles d'excellence en cancérologie et maladies cardio neuro vasculaires | 1   | 2,8 | 1,9 |

### **Priorité régionale 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS**

Objectif général n°4 : Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes

|                                                                                                                 |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 4.1 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et de l'enfance                        | 3,8 | 3,3 | 3,55 |
| 4.2 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes                     | 4   | 3,8 | 3,9  |
| 4.3 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales                   | 3   | 4   | 3,5  |
| 4.4 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques                                   | 4,6 | 4,7 | 4,65 |
| 4.5 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veille et la sécurité sanitaire et environnementale | 2,4 | 3   | 2,7  |
| 4.6 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la santé mentale                                       | 3,8 | 3,1 | 3,45 |

Objectif général n°5 : Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre

|                                                                                                              |     |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 5.1 Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires                                 | 4,8 | 5   | 4,9  |
| 5.2 Structurer l'offre de second recours                                                                     | 4   | 4   | 4    |
| 5.3 Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés | 2,8 | 3,2 | 3    |
| 5.4 Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste                   | 5   | 4,3 | 4,65 |
| 5.5 Optimiser l'organisation de la permanence des soins                                                      | 4,8 | 4,5 | 4,65 |
| 5.6 Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires                                           | 3,4 | 3,2 | 3,3  |

Objectif général n°6 : Informer et former les usagers

|                                                                  |   |      |       |
|------------------------------------------------------------------|---|------|-------|
| 6.1 Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits | 3 | 2,75 | 2,875 |
| 6.2 Former les usagers au bon usage du système de santé          | 4 | 3,8  | 3,9   |

### **Priorité régionale 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**

Objectif général n°7 : Développer des actions de prévention ciblée

|                                                                                                                    |      |     |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------|
| 7.1 Prévenir les causes évitables                                                                                  | 4,2  | 4,3 | 4,25  |
| 7.2 Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge                            | 2,8  | 3,7 | 3,25  |
| 7.3 Repérer et prévenir la souffrance psychologique                                                                | 4    | 3,4 | 3,7   |
| 7.4 Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit                                           | 2,6  | 3,5 | 3,05  |
| 7.5 Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie | 4,4  | 3,5 | 3,95  |
| 7.6 Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes                               | 3,75 | 4   | 3,875 |

Objectif général n°8 : Favoriser le fluidité du parcours de soins des personnes en tenant compte de leur situation individuelle

|                                                                                       |     |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 8.1 Elaborer et suivre le projet individuel                                           | 4   | 4   | 4    |
| 8.2 Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social | 3   | 4,5 | 3,75 |
| 8.3 Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant | 4,2 | 4,2 | 4,2  |
| 8.4 Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance   | 2   | 3,9 | 2,95 |

Objectif général n°9 : Favoriser l'accès au dispositif de droit commun

|                                                                                                                          |      |      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| 9.1 Accompagner l'intégration scolaire                                                                                   | 1,75 | 3,2  | 2,475 |
| 9.2 Favoriser l'insertion professionnelle                                                                                | 1,75 | 3,3  | 2,525 |
| 9.3 Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'invalidité ou de reclassement professionnel | 1,5  | 3    | 2,25  |
| 9.4 Viser la réhabilitation psychosociale                                                                                | 1,75 | 3,25 | 2,5   |

**Priorité régionale 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »**

Objectif général n°10 : Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés

|                                                                                                        |      |     |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------|
| 10.1 Améliorer la connaissance des besoins                                                             | 2,75 | 4,2 | 3,475 |
| 10.2 Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées                          | 1,75 | 3,3 | 2,525 |
| 10.3 Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins | 4,25 | 4   | 4,125 |

Objectif général n°11 : Améliorer le parcours de soins et de vie des personnes

|                                                                             |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 11.1 Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé | 3,5 | 4,7 | 4,1 |
| 11.2 Développer les filières de prise en charge                             | 1,8 | 4,2 | 3   |
| 11.3 Veiller à une prise en charge globale de la personne                   | 4   | 4   | 4   |

Objectif général n°12 : Développer la culture qualité en recherchant l'efficacité

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|------|
| 12.1 Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles                                                                                                                                                                                                                               | biais | 4,3 |      |
| 12.2 Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux                                                                                                                                                                                             | 2,5   | 3,8 | 3,15 |
| 12.3 Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à<br>- Améliorer la connaissance des établissements<br>- La recherche de l'amélioration de la performance des organisations<br>- La contractualisation avec les acteurs de santé | 3,5   | 3,3 | 3,4  |
| 12.4 Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire                                                                                                                                                                                                                       | 1,5   | 3,3 | 2,4  |
| 12.5 Développer le démarche qualité                                                                                                                                                                                                                                                             | 2     | 3,3 | 2,65 |

On note une bonne corrélation entre les objectifs retenus par l'équipe projet de l'ARS et ceux retenus par les participants aux réunions départementales.

Le SROS-PRS volet ambulatoire décline donc ces objectifs spécifiques en objectifs opérationnels et plans d'actions, en cohérence avec ceux prévus dans les 10 priorités nationales de GDR et axes complémentaires régionaux tels que définis dans le programme régional de GDR. L'objectif commun est l'amélioration de l'efficacité du système de santé en Lorraine, à savoir le meilleur rapport entre sa qualité et son coût, en encourageant l'articulation nécessaire entre les différents champs : ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Le premier objectif opérationnel est commun aux trois schémas qui constituent le PRS :

**Améliorer l'accès du public à l'information relative au système de santé et garantir le respect du droit des usagers**

- En lien avec l'Assurance Maladie (ameli-sante.fr et autres sites de l'Assurance Maladie), faire connaître le système de santé (par exemple, répertoire des centres de santé, des MSP et pôles de santé en Lorraine)
- En lien avec l'Assurance Maladie, informer les usagers quant à leurs droits

Les autres objectifs opérationnels s'articulent autour de quatre axes :

**Axe 1 : Partenariat**

1. Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé
2. Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie

**Axe 2 : Accès**

3. Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires
4. Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les territoires en souffrance
5. Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire
6. Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant

**Axe 3 : Qualité et prévention**

7. Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques
8. Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire

**Axe 4 : Coordination**

9. Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital

## Diagnostic régional et territorial

La Lorraine, seule région française à partager des frontières avec trois pays, est composée de 4 départements : les départements de Meurthe-et-Moselle et de Moselle sont plus fortement urbanisés, au contraire des départements de la Meuse et des Vosges plus ruraux. Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent près d'un habitant sur six.

La Lorraine présente un contexte démographique et social contrasté avec :

- Un regain démographique modeste qui profite principalement aux espaces déjà densément peuplés et qui accompagne un mouvement de périurbanisation
- Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements
- Un vieillissement inéluctable de la population avec des différences marquées entre zones urbaines ou périurbaines et zones rurales
- Un héritage industriel encore présent et une pauvreté monétaire localement élevée, tant urbaine que rurale, et concernant davantage les femmes.

Les inégalités devant la santé sont particulièrement marquées dans la région avec :

- Un état de santé préoccupant en termes de mortalité et de morbidité avec des variations importantes selon les TSP
- Un état de santé dégradé dans les quartiers de la politique de la ville
- Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites.

## 1 – DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS, DE PREMIER RECOURS NOTAMMENT, DANS LES TERRITOIRES ENCLAVES ET LES ANCIENNES ZONES MINIERES

### 1.1 – Une présence médicale principalement là où se concentre la population

En Lorraine, comme au niveau national, les effectifs médicaux connaissent un niveau historiquement élevé. Pour autant, la densité médicale est en Lorraine (297 médecins pour 100 000 habitants) moins élevée qu'en France métropolitaine (312). Par ailleurs, la démographie médicale a suivi celle de la population, se concentrant principalement le long du sillon mosellan et dans les territoires peu enclavés.

#### A - Les médecins spécialistes (hors médecine générale) : une moindre dotation et un ancrage géographique autour des centres hospitaliers

Les médecins spécialistes en activité régulière sont proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine (138,7 pour 100 000 habitants) qu'en France (166,9). Ils se concentrent principalement à proximité des établissements hospitaliers.

La Meuse est le département le plus défavorisé : seulement 69,4 spécialistes pour 100 000 habitants et plus de la moitié des praticiens (55%) est âgé de 55 ans et plus. L'essentiel des spécialistes meusiens exercent à Bar-le-Duc et Verdun. Les faibles dotations meusiennes en pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres attirent particulièrement l'attention.



**B - Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus**

En Lorraine, selon les sources du Conseil National de l'Ordre, on dénombre 83,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit sept de moins que sur l'ensemble de la France métropolitaine (90,7).

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs. Dans les deux départements ruraux, près de la moitié des médecins généralistes libéraux est âgée de 55 ans et plus (48% en Meuse, 46% dans les Vosges). La proportion peut être localement plus élevée. En Meurthe-et-Moselle, 3 médecins généralistes libéraux sur 10 sont des femmes.

L'exercice libéral de la médecine générale se heurte toutefois à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens.

Ces deux mouvements contribuent à renforcer la fragilité de certains territoires déjà moins ou peu dotés.

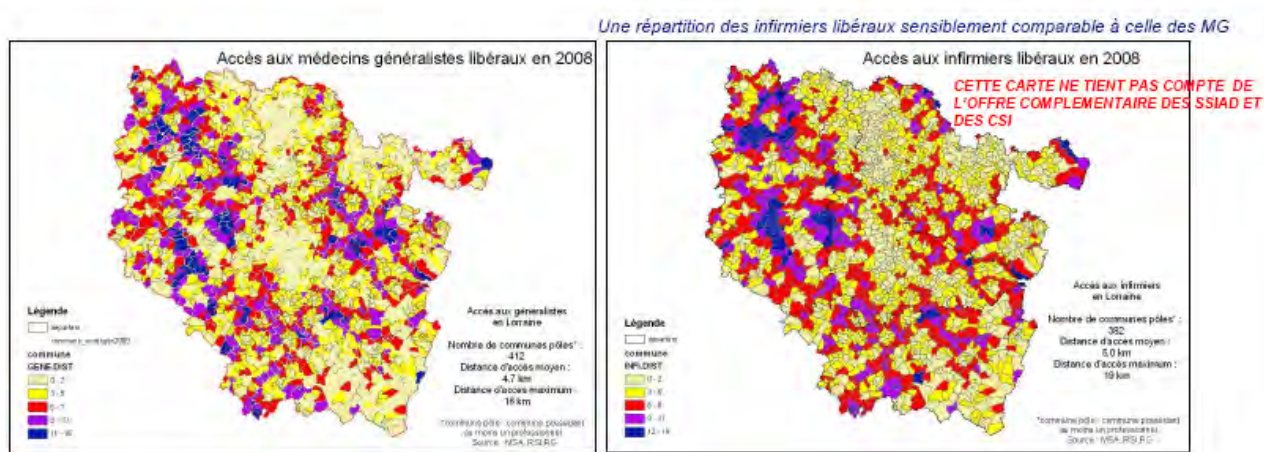
Par ailleurs, la problématique ne peut se limiter à la seule densité médicale ; localement, la charge de travail des médecins en place peut être lourde en dépit d'une couverture médicale apparemment correcte.

## 1.2 – La démographie plurielle des autres professions de santé de premier recours

**A- Les IDEL : une démographie relativement jeune et une répartition sensiblement comparable à celle des médecins généralistes**

Les infirmiers libéraux composent un effectif relativement jeune (13% ont plus de 55 ans en Lorraine vs 16% en France métropolitaine). Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 selon la source ADELI, la densité des infirmiers libéraux apparaît en Lorraine inférieure de 13% à la moyenne métropolitaine (102 vs 118 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

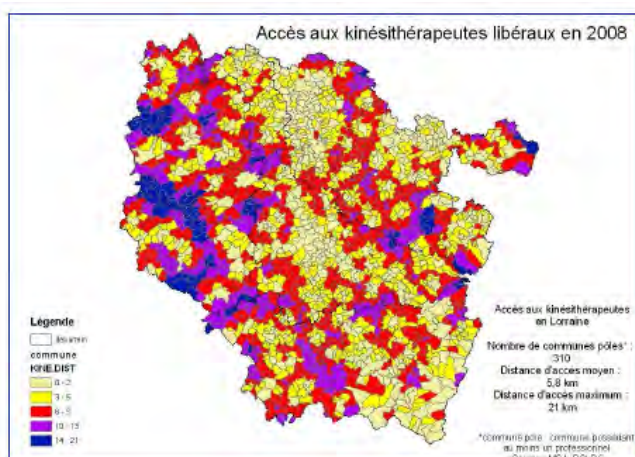
La localisation des infirmiers libéraux paraît sensiblement comparable à celle des médecins généralistes.



Leur répartition laisse apparaître des inégalités territoriales dans un contexte de moindre densité en IDEL et de moindre équipement en places de SSIAD (18,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 18,9 en France métropolitaine).

### B - Les masseurs-kinésithérapeutes : faible densité régionale et des disparités départementales marquées

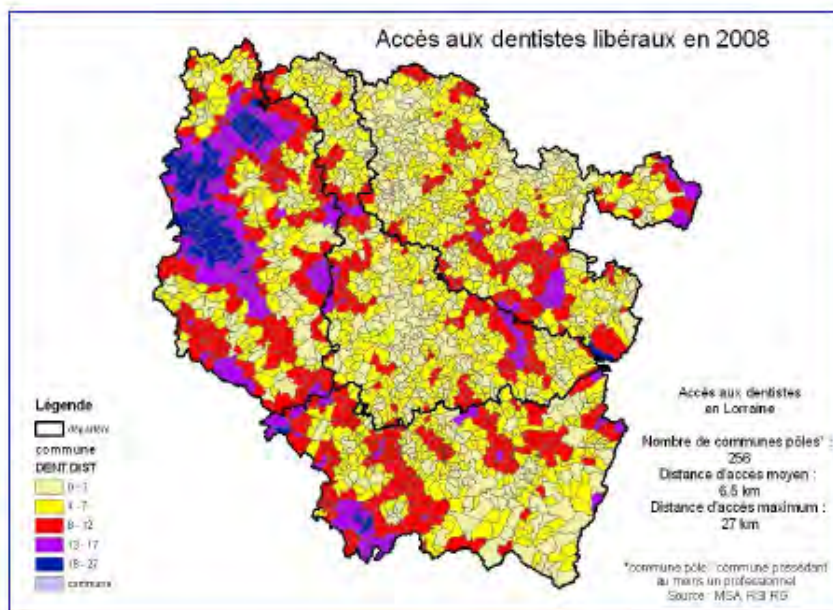
La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux affiche une très faible densité régionale (inférieure de 32% à la moyenne métropolitaine), la Meuse étant le département relativement le moins doté (densité inférieure de 43% à la moyenne en métropole), accentuée par des disparités d'accès marquées.



### C - Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité

En Lorraine, la densité des chirurgiens-dentistes libéraux avoisine la moyenne nationale (57 vs 60). Dans ce contexte général, le département de la Meuse apparaît relativement fort peu doté (34 chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants).

La répartition des professionnels est en partie liée aux niveaux et perspectives d'activité professionnelle qu'imposent les conditions de rentabilisation d'un plateau technique lourd et onéreux.



Selon l'URPS lorraine des chirurgiens-dentistes, les praticiens se trouveraient ainsi moins enclins à exercer au sein de maisons de santé qu'à se regrouper entre confrères afin de mutualiser l'investissement matériel nécessaire à l'exercice professionnel.



### D - Les officines pharmaceutiques

L'installation des officines est réglementée et obéit à une loi démo-géographique. De fait, la répartition des officines suit globalement celle de la population lorraine.

L'URPS lorraine des pharmaciens souligne cependant que l'activité officinale étant dépendante à plus de 85% de la prescription, toute modification de l'environnement médical et paramédical est susceptible de produire une incidence sur le maillage officinal du territoire régional. A cela, elle met en exergue de probables difficultés à venir de renouvellement des titulaires qui cesseront leur activité par des pharmaciens disposés à reprendre une officine.

***Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.***

**Garantir l'accès à ces professionnels de santé consiste :**

- ***à veiller à une équité territoriale pour les territoires d'immédiate proximité***
- ***à rendre attractive la Lorraine aux yeux des professionnels et à favoriser leur bonne répartition sur le territoire***
- ***à anticiper et organiser le futur***
- ***à organiser la permanence des soins ambulatoire.***

## **2 – DES SERVICES DE SANTE TRES PRESENTS**

L'exercice interprofessionnel regroupé se pratique sous deux grandes formes relativement novatrices et composant ce qui est usuellement dénommé des services de santé : dans le cadre des **réseaux de santé** d'une part, au sein de **structures d'exercice collectif** d'autre part

Pour leur part, les structures collectives de prise en charge coordonnée des patients forment elles-mêmes un ensemble protéiforme, constitué des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et des centres de santé.

Ces structures répondent à des objectifs variés :

- pérenniser la présence de professionnels de santé dans des territoires où l'offre de soins, notamment de premier recours, nécessite d'être confortée
- participer à la continuité et à la permanence des soins
- optimiser la prise en charge globale des besoins de santé des populations
- contribuer à la formation des futurs professionnels de santé.

La Loi HPST impose aux maisons de santé et aux centres de santé de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités.

***La contractualisation est le maître mot : l'ARS conclut des contrats d'objectifs avec les structures d'exercice coordonné (centres de santé, pôles de santé et maisons de santé, réseaux de santé). Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé est subordonné à la conclusion de ces contrats.***

***Le volet ambulatoire du SROS doit indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations de maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Il constitue à ce titre un maillage territorial de référence appelé à orienter, notamment par le truchement des conditions d'éligibilité aux financements publics, l'aménagement géographique de ces structures selon les besoins identifiés.***

## A- Les centres de santé

Le régime de sécurité sociale des mines gère le réseau d'offre de santé FILIERIS. Depuis 2005, les structures de santé du régime minier, autrefois réservées aux mineurs et à leur famille, sont ouvertes à l'ensemble de la population. On compte actuellement 15 CDS polyvalents dans le bassin ferrifère et 44 CDS (dont 4 dentaires et 2 médicaux spécialisés) dans le bassin houiller.

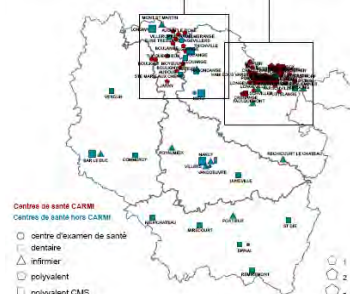
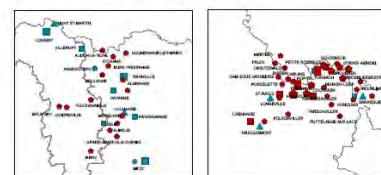
D'autres centres de santé ne relevant pas du régime minier complètent l'offre de santé.

Localisation des Centres de Santé  
au 31.12.2010



© 2011 ARS Lorraine - Service Organisation et Développement - Février 2011

Localisation des Centres de Santé  
au 31.12.2010



© 2011 ARS Lorraine - Service Organisation et Développement - Février 2011

## B - Les maisons et les pôles de santé



### Les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en Lorraine (situation au 15 octobre 2011)



Définies par l'article 39 de la Loi HPST, les maisons de santé pluridisciplinaires constituent une forme d'exercice regroupé rénové qui, par la coordination de professionnels de santé autour d'un projet de santé partagé, participe à assurer l'accès à la santé et aux soins de la population dans des territoires fragilisés.

A la faveur d'un mouvement amorcé dès le début des années 2000 en Lorraine, dix-sept structures réputées en activités ont bénéficié de divers financements publics. La mise en œuvre depuis juillet 2010 d'un plan national d'équipement en maisons de santé entretient la dynamique : dix projets ont déjà été retenus en région.

Nombre de projets et de réflexions ont récemment émergé et investissent des territoires jusqu'alors dépourvus. D'autres émergent également dans la grande proximité voire au sein des agglomérations lorraines.

Le département de la Meuse est davantage concerné par des projets fédérant plusieurs implantations de maisons de santé pluridisciplinaires pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés.

L'ensemble des réalisations, constructions, projets et réalisations offre une bonne couverture du territoire régional.

L'article 40 de la loi HPST donne aux pôles de santé une définition et une reconnaissance législatives. Il s'agit d'organisations fonctionnelles, indépendamment de tout regroupement physique.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles fonctionnant à l'heure actuelle. Trois pôles de santé « hors les murs », financés à titre privé, peuvent cependant être comptés.

### C - Les réseaux de santé ou de soins

La prise en charge d'un malade est souvent une situation médicale, psychologique et sociale compliquée qui exige l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses. Ainsi, c'est dans l'optique d'apporter une réponse adéquate et coordonnée face à cette situation complexe que les réseaux de santé se sont institués.

Ces réseaux de santé ont pour premier objectif l'amélioration de la prise en charge globale des patients, favorisée par un décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé, les professionnels des champs médico-social et social.

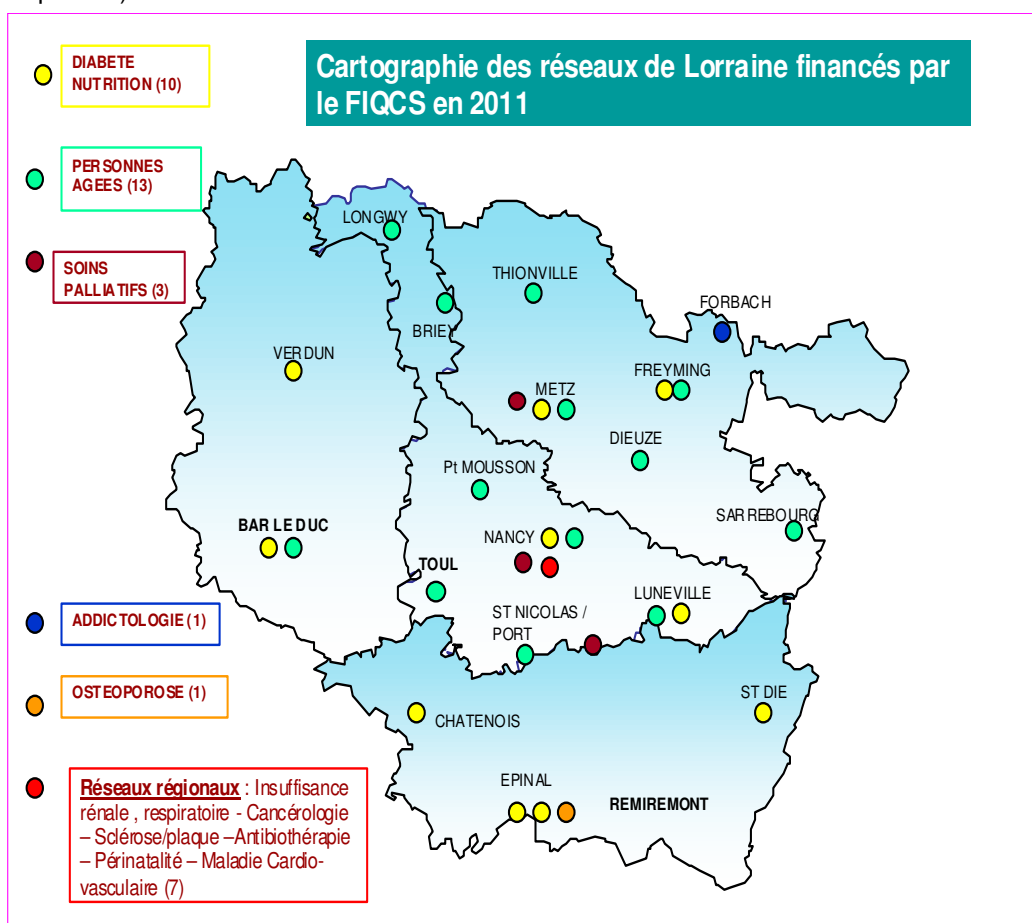
Le constat de ces années de fonctionnement et le souci de cohérence et de lisibilité pour les médecins traitants et leurs patients, ont conduit l'ARS Lorraine à réfléchir à un nouveau mode d'organisation des réseaux au niveau régional et territorial de proximité, dès juillet 2010.

L'ARS de Lorraine a défini la politique régionale suivante en matière de réseaux de santé :

- des réseaux régionaux en charge de l'expertise, formalisation de protocoles en lien avec les référentiels de bonnes pratiques, formation des professionnels de santé,... , sans prise en charge de patients
- des réseaux populationnels, pluri-thématiques et territoriaux, au plus près des besoins des patients et de leurs médecins traitants, s'appuyant sur les réseaux gériatologiques existants.

Actuellement, en Lorraine, l'enveloppe expérimentale du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) sert le financement de :

- 7 réseaux régionaux
- 28 réseaux thématiques (13 gériatologie, 10 diabétologie, 3 soins palliatifs, 1 addictologie, 1 ostéoporose)



### 3 – DES DISPOSITIONS INCITATIVES DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL

***Adapter les conditions d'exercice aux missions et aux aspirations des professionnels de santé est un préalable obligatoire pour maintenir une démographie suffisante dans les territoires.***

Selon une enquête BVA pour l'Académie nationale de Médecine, le constat est le suivant : les généralistes jugent assez convaincante à 89% l'idée de mettre en place des maisons de santé pluridisciplinaire, et à 75% de développer la collaboration libérale et le travail en réseau, à 79% de favoriser l'exercice à temps partiel, et à 75% la mise à disposition d'un local professionnel par les collectivités locales.

Par contre, ils sont moins convaincus par la prime à l'installation (64%), l'exercice en lieux multiples (62%), la délégation de tâches (60%) ; enfin 90% refusent l'affectation autoritaire pendant les dix premières années d'exercice.

Le recensement effectué en Lorraine confirme ces tendances en ce qui concerne la prime à l'installation, l'exercice en lieux multiples, voire le statut de collaborateur salarié.

Cependant, un meilleur accompagnement pourrait aider les professions libérales à mieux connaître et à développer de nouvelles modalités d'exercice. Par ailleurs, le cadre juridique doit être complété afin de combler les vides existants pouvant être actuellement des freins pour les professionnels.

Enfin, des dispositions relatives aux professionnels de santé, en termes de formation initiale, de contrats d'engagement de service public et de **coopérations entre professionnels de santé** complètent le dispositif mis en place.

### 4 – CONCLUSION

Même si le nombre de médecins n'a jamais été élevé depuis ces dernières années, l'exercice libéral de la médecine présente deux fragilités majeures ; d'une part, un attrait croissant pour la pratique salariée et, d'autre part, une répartition inégale des praticiens sur le territoire. L'accès, la continuité et la permanence des soins sont localement en jeu. Au-delà des aspects quantitatifs, le vieillissement de la population, davantage prononcé dans les territoires déjà en souffrance, et la prévalence des maladies chroniques exercent une pression supplémentaire sur les besoins de soins.

L'inégale répartition géographique des professionnels de santé est de nature à renforcer les fragilités de territoires déjà affectés par des inégalités sociodémographiques et territoriales.

Pour autant, la région présente des atouts, notamment au regard du nombre et de la répartition géographique des structures d'exercice pluridisciplinaire coordonné qui offrent une couverture relativement satisfaisante de l'espace régional.

Amorcé depuis le début des années 2000, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires connaît un vif dynamisme en Lorraine. Celles-ci offrent aux professionnels de santé intéressés la perspective de meilleures conditions d'exercice, correspondant notamment aux attentes des jeunes praticiens et des internes, et aux patients, une meilleure prise en charge notamment des maladies chroniques.



S'ils se sont développées, dans un premier temps, dans des zones rurales situées à une relative proximité des principales agglomérations et foyers d'emplois, les projets et réflexions concernent depuis un passé récent des territoires ruraux jusqu'alors peu investis. Dans les espaces ruraux de vaste étendue et relativement enclavés, principalement meusiens et vosgiens, apparaissent des organisations multi sites destinées à répondre de manière adaptée aux spécificités géographiques du territoire et aux besoins de soins locaux des populations.

De surcroît, des initiatives privées, portées par des professionnels de santé libéraux, accompagnent la diffusion des maisons de santé également soutenues par des communes ou des communautés de communes.

A côté des maisons de santé, les pôles de santé constituent une forme alternative d'exercice pluridisciplinaire coordonné pour des professionnels de santé qui ne souhaitent pas se regrouper au sein de structures communes.

Enfin, le tissu d'offre de santé FILIERIS, géré par le régime de sécurité sociale des mines avant une intégration progressive au régime général de sécurité sociale, irrigue particulièrement les bassins ferrifère et houiller autour de dynamiques axées vers les personnes âgées, les populations précaires et la prise en charge des maladies chroniques.

Dans ce contexte, le déploiement des maisons de santé et le développement prévisible des pôles de santé ambulatoires libéraux parsèment l'espace régional de points d'ancrage sur la base desquels les acteurs locaux, accompagnés par l'ARS, pourront donner corps à des organisations territoriales de l'offre de soins de premier recours adaptées aux besoins et aux spécificités locales.

Pour autant, certaines conditions apparaissent nécessaires.

Maisons et pôles de santé ont certes vocation à accueillir des professionnels de santé en formation, étudiants ou internes. Il convient cependant d'agir pour développer le nombre de maîtres de stages, notamment dans la supervision des internes de médecine générale effectuant un SASPAS (semestre autonome en soins primaires ambulatoires supervisés), dont l'insuffisance des effectifs constitue un facteur limitant l'augmentation du nombre des stages pouvant être proposés.

Il est également souhaitable que le développement des maisons de santé s'inscrive dans une dimension et un portage communautaires ou à défaut intercommunaux, afin de développer une dynamique et une coordination des initiatives sur une échelle territoriale élargie et d'assurer la pérennité de projets dont des communes trop faiblement peuplées seraient tentées d'assumer seules la charge financière pour consolider localement l'offre de soins.

Enfin, l'activité des officines étant dépendante à plus de 85% de la prescription, il convient d'être vigilant à l'éventuelle incidence de toute modification de l'environnement médical et paramédical sur le maillage officinal du territoire régional.

***Voir annexe n° 1 : Volet ambulatoire du SROS-PRS – Diagnostic détaillé***

## Synopsis des forces et faiblesses régionales

| Faiblesses                                                                                                                                                                        | Forces                                                                                                                                                                                                                                                  | Conditions des axes de progrès                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ Une concentration de la population (en T inversé) : <i>sillon mosellan, autour de Forbach, le long d'un axe reliant le lunévillois au toulois</i>                               | ○ Un renouveau démographique dans des petites communes rurales péri urbanisées, dans la bordure transfrontalière et dans les anciennes zones sidérurgiques ou minières                                                                                  | ○ Développer le nombre insuffisant de maîtres de stages en médecine générale, notamment supervision des internes effectuant un SASPAS ( <i>stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés</i> )                     |
| ○ Un regain démographique qui profite aux espaces déjà densément peuplés                                                                                                          | ○ Une offre de santé diversifiée gérée par le régime minier prégnante dans les bassins ferrifère et houiller                                                                                                                                            | ○ Développer des maisons de santé dans une dimension et un portage communautaires, ou à défaut intercommunaux ( <i>coordination des initiatives et pérennité financière des projets sur une échelle territoriale élargie</i> ) |
| ○ Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements                                                                                                                 | ○ Des centres de santé complétant l'offre de santé minière                                                                                                                                                                                              | ○ Etre vigilant à l'incidence éventuelle de l'environnement médical et paramédical sur l'activité des officines et le maillage officinal du territoire régional                                                                |
| ○ Un vieillissement inéluctable de la population avec des différences marquées entre zones urbaines et zones rurales                                                              | ○ Une vive dynamique des maisons de santé pluridisciplinaires amorcée dès le milieu des années 2000 et maillant une large part du territoire régional                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                |
| ○ Un niveau de revenus relativement moins élevé et une pauvreté, tant urbaine que rurale, localement élevée et touchant des espaces par ailleurs en déclin démographique          | ○ Un déploiement des maisons de santé entretenu par un plan national d'équipement pour la période 2010-2013                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                |
| ○ Des fragilités plurifactorielles des zones urbaines sensibles ( <i>fragilités sociodémographiques, inégalités d'accès aux soins et à la prévention, état de santé dégradé</i> ) | ○ Maisons et pôles de santé : une vocation à accueillir des professionnels de santé en formation et à leur faire découvrir les spécificités de l'exercice professionnel de proximité en dehors d'un cadre salarié ou de la proximité des agglomérations |                                                                                                                                                                                                                                |
| ○ Un état de santé préoccupant en termes de mortalité et de morbidité                                                                                                             | ○ Des organisations multi sites de maisons de santé pour répondre aux spécificités géographiques des espaces ruraux étendus et aux besoins de soins locaux                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |
| ○ Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites                                                  | ○ Une élaboration par l'ARS d'un cahier des charges des pôles de santé susceptible de catalyser leur développement à compter de sa diffusion                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une présence de professionnels de santé principalement là où se concentre la population</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un déploiement des maisons de santé et un développement prévisible des pôles de santé constituant des points d'ancrage pour des organisations territoriales de l'offre de soins de premier recours adaptées aux besoins et aux caractéristiques locales</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une politique régionale des réseaux bien définie par l'ARS (développement de réseaux de santé de proximité pluri-thématiques et recentrage des réseaux de santé régionaux sur leurs missions d'expertise)</li> </ul>                                               |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les infirmiers : une répartition inégale dans un contexte de moindre densité et de moindre équipement en places de SSIAD</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une réflexion relative aux coopérations entre professionnels de santé bien engagée</li> </ul>                                                                                                                                                                      |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les masseurs-kinésithérapeutes : une faible densité régionale et des disparités départementales marquées</li> </ul>                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des solutions régionales opérationnelles d'échanges sécurisés et interopérables</li> </ul>                                                                                                                                                                         |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité</li> </ul>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des difficultés probables à venir de renouvellement des titulaires d'officines</li> </ul>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des médecins spécialistes libéraux peu nombreux avec un ancrage géographique autour des centres hospitaliers</li> </ul>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |



## Déclinaison territoriale

### Territoire de la Meurthe et Moselle

Au centre de la Lorraine, frontalière de la Belgique et du Luxembourg, voisine de l'Allemagne, la Meurthe-et-Moselle jouit d'une situation privilégiée au sein de l'espace européen. Le département s'étend des frontières belge et luxembourgeoise au piémont vosgien. Étirée du Nord au Sud sur près de 150 km, mais d'une dimension Est-Ouest très variable, la Meurthe-et-Moselle possède une forme étonnante que les vicissitudes du passé éclairent et qui scinde le département : le Pays Haut (territoires de Briey et Longwy) est traditionnellement et socialement tourné vers la Moselle et de plus en plus vers le Luxembourg alors que dans la partie sud, Nancy, rayonne sur un ensemble de plus de 400 000 habitants.

Avec près de 727 000 habitants, la Meurthe-et-Moselle est le 2<sup>ème</sup> département le plus dense de la région derrière la Moselle mais des disparités infra départementales marquent le territoire. Les deux-tiers de la population, la plus forte proportion de la région, résident dans des pôles urbains (Briey, Longwy, Lunéville, Nancy, Pont-à-Mousson et Toul). Et comme ailleurs, une partie de son territoire conserve un caractère rural : l'agriculture occupe une large partie de l'espace (16% de la surface et des communes) et des problèmes récurrents propres aux zones rurales existent, telles les difficultés d'accès aux services, le déclin du commerce traditionnel, l'éloignement par rapport aux grands centres de décision et de création de richesse.

La population augmente. La croissance démographique continue de se répandre dans les communes autour de Nancy, dans un vaste mouvement de périurbanisation qui se manifeste dans de petites communes (moins de 2000 habitants) jusqu'à une distance de 30 kilomètres. Le Val de Lorraine, le Lunévillois et surtout le sud-ouest du département, profitent de cette situation et affirment leur vocation de zones résidentielles (les jeunes enfants y sont proportionnellement les plus nombreux ce qui contraste avec Nancy Grand Couronné où le nombre de naissances baisse). Au nord du département, un véritable renouveau souffle également sur le Pays-Haut qui attire de jeunes couples avec enfants : le territoire de Longwy est entraîné par la dynamique luxembourgeoise et, surtout, celui de Briey bénéficie de l'attractivité de Metz et de la Moselle.

**La situation départementale, qu'elle soit démographique ou économique, reste fragile :** croissance très modeste de la population, avenir démographique incertain, vieillissement appelé à s'accroître même si la Meurthe-et-Moselle est l'un des départements les moins âgés du Grand-Est (sauf dans l'est du Lunévillois), stagnation de l'emploi dans le tertiaire ne parvenant pas à compenser les pertes de l'industrie.

**Un clivage assez marqué oppose donc des secteurs urbains ou périurbains « jeunes » proches des marchés du travail dynamiques (Grand Couronné et sud-ouest) à d'autres excentrés, ruraux ou post-industriels plutôt âgés (principalement l'est du lunévillois et le territoire de Briey).**

Les revenus sont relativement plus élevés mais présentent de fortes inégalités notamment à Nancy Grand Couronné, signe que des populations très aisées y côtoient d'autres très pauvres. À l'inverse, les ménages résidant dans le territoire de Briey et le Lunévillois déclarent les revenus les plus bas, notamment dans les trois « cantons prioritaires » du Lunévillois (Badonviller, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze), éloignés des centres de création de richesse. La pauvreté (part de la population de moins de 65 ans vivant sous le seuil de bas revenus) est la moins élevée de la région mais voisine celle observée au niveau national. À une pauvreté urbaine liée à la localisation des logements sociaux et des zones urbaines sensibles (au nombre de neuf, dont six dans l'agglomération nancéienne, les autres à Lunéville, Mont-Saint-Martin et Toul) s'ajoute une pauvreté rurale, particulièrement élevée dans l'Est du Lunévillois.

L'espérance de vie est la plus élevée de la région mais elle demeure inférieure à celle observée en France. Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs demeurent les deux causes médicales majeures de décès. Les territoires de Longwy, du Val de Lorraine et de Briey se distinguent par une surmortalité masculine par tumeur de la trachée, des bronches et du poumon.

Le département apparaît bien doté en matière de structures d'accueil pour personnes handicapées. Les besoins sont grandissants en services et structures d'accueil pour les personnes «fragiles», notamment les personnes âgées, dont le vieillissement à venir de la population va faire augmenter significativement les effectifs des personnes dépendantes. Parmi les établissements sanitaires qui renforcent la prépondérance de l'agglomération nancéienne, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy est de loin le plus important.

**La densité des médecins y est la plus élevée de la région.** Les médecins spécialistes offrent en outre une large palette de soins. **Mais, à l'instar des autres professionnels de santé, leur présence, principalement concentrée là où se trouve la population, est un facteur de renforcement de fragilités de territoires déjà peu pourvus.** Le développement de projets de maisons de santé pluridisciplinaires, notamment dans l'est du lunévillois, vise à renforcer l'offre de soins de premier recours et à consolider la prise en charge coordonnée des populations.

### Territoire de la Meuse

Situé à la bordure orientale du bassin parisien, la Meuse offre un relief de côtes qui alternent avec des plateaux et des plaines. A l'ouest, le massif de l'Argonne sépare la Lorraine de la Champagne. Au nord, le département s'ouvre sur la Belgique et le Luxembourg voisin. Le paysage est dominé par l'agriculture (73% de la superficie) et la forêt (un tiers de la surface départementale).

Accueillant 194 000 habitants, répartis sur une superficie totale de 6211 km<sup>2</sup> (la plus étendue avec la Moselle), la Meuse est le département le moins densément peuplé (32,4 hab/km<sup>2</sup> vs 99 en Lorraine (114 en France métro)).

La Meuse compte un nombre particulièrement élevé de très petites communes (87% ont moins de 500 habitants, et 62% moins de 200). Seules les agglomérations de Bar-le-Duc et Verdun sont peuplées de plus de 10 000 habitants.

Le peuplement est organisé :

- le long des vallées de la Meuse, de l'Ornain et de la Saulx (Vaucouleurs, Commercy, Saint-Mihiel, Verdun, Bar-le-Duc, Dun-sur-Meuse, Stenay), les agglomérations de Bar-le-Duc et Verdun structurant leur territoire
- le reste de la population étant groupé autour de Commercy, Ligny-en-Barrois, Saint-Mihiel et Stenay et dans une dizaine de bourgs ruraux de moindre importance, généralement chefs-lieux de cantons.

Deux axes routiers majeurs et orientés Est-Ouest (autoroute A4 au Nord et nationale N4 au sud) assurent les communications rapides avec les départements voisins mais profitent peu aux liaisons internes.

La baisse tendancielle, pendant plus de 40 ans, de la population est stoppée. Mais l'arrêt du déclin démographique n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. **A une façade Est placée désormais sous les influences de Toul-Nancy, Metz-Thionville, et depuis peu du Luxembourg, s'oppose une frange Ouest en dépression démographique** et qui ne peut compter sur des effets d'entraînement de ses voisins champardennais eux-mêmes en difficulté.

La Meuse compte proportionnellement davantage de jeunes que la France mais passé 18 ans, ils partent suivre leurs études hors du département. De ce fait, le profil démographique meusien est marqué par une surreprésentation des personnes âgées, caractéristique d'un territoire rural, notamment aux franges du département et face à d'autres territoires situés dans les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne ou les Vosges qui présentent le même profil.

**Il se dégage ainsi en Meuse un clivage assez marqué opposant des secteurs excentrés et ruraux «âgés», à des secteurs urbains ou périurbains «jeunes» proches des marchés du travail dynamiques de la région.** Une situation que l'on retrouve dans nombre de départements ou régions.

Dans un futur proche, le vieillissement plus accentué annoncé de la population nécessitera un renforcement des mesures d'accompagnement. Dans le département, les activités économiques historiques sont encore présentes en dépit d'une ouverture sur les marchés du travail extérieurs, notamment à l'Est vers le sillon mosellan et dans le nord meusien (vers le Luxembourg qui a détrôné la Belgique en 2001).

Le revenu des ménages meusiens reste inférieur à celui des ménages lorrains ou de la France de province et leur dispersion est moindre. Les ménages proportionnellement les plus aisés résident autour de Bar-le-Duc (présence renforcée de professions intermédiaires, cadres et professions intellectuelles supérieures). Les agglomérations de Bar-le-Duc et de Verdun concentrent à la fois les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres. **La proportion de personnes à bas revenus est la plus importante de la région. Elle reste cependant du même ordre que celle observée au niveau national.**

Pour les soins hospitaliers, Verdun reste le premier pôle départemental. Le niveau d'équipement en structures apparaît satisfaisant.

**L'offre de soins de premier recours présente globalement une densité inférieure à la moyenne lorraine, voire très faible, notamment à l'ouest du département, dans les territoires en déprime démographique chronique.** En Meuse, comme ailleurs, l'offre de soins se concentre en effet dans les agglomérations, et en particulier dans leur commune-centre.

**En réponse aux perspectives alarmantes, des réalisations et projets de maisons de santé, ou de pôles de santé, se sont développés de façon proactive depuis le milieu des années 2000, en grande partie sous la forme d'organisation multi sites** (une maison de santé à laquelle est annexée une antenne éloignée de quelques kilomètres) pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés. Aujourd'hui, l'ensemble des réalisations, projets et réflexions couvre largement le territoire départemental.

### **Territoire de la Moselle**

Situé au nord-est de la Lorraine, le département de la Moselle est délimité par la Meurthe-et-Moselle à l'ouest, l'Alsace à l'est, les Vosges au sud. Il est frontalier au nord de l'Allemagne et du Luxembourg.

L'aire métropolitaine rayonnant autour de Metz se trouve idéalement située au carrefour d'importantes voies de communication (l'autoroute A31 reliant le nord et le sud de l'Europe, l'autoroute A4 s'étirant de Paris à Strasbourg, l'aéroport régional, la ligne TGV-est). Mais le sud-est et le centre du département restent plus ou moins bien desservis et une liaison routière insuffisamment performante au sud isole le Saulnois des agglomérations de Metz, Sarrebourg et Nancy.

La topographie de la Moselle est essentiellement constituée par le plateau lorrain. L'organisation spatiale de la population distingue des espaces peuplés et urbanisés au nord du département et des espaces ruraux et agricoles au centre. La population se concentre dans l'aire métropolitaine étendue de Metz, le bassin Thionvillois et le bassin Houiller.

La Moselle est le département le plus peuplé de la région. Bien que millionnaire en nombre d'habitants, il conserve un faible dynamisme démographique (3,5 fois inférieur au rythme de progression de la population en France métropolitaine sur la période 1999-2009).

La population s'accroît principalement dans le périurbain, la bande frontalière avec le Luxembourg et dans certaines zones rurales notamment la communauté de communes du Saulnois, alors que les cinq principales agglomérations et le bassin Houiller stagnent ou régressent. Cinq cantons ruraux sont même en passe, si ce n'est déjà réalisé, de rejoindre l'espace périurbain : Albestroff et Grostenquin (57) tournés de plus en plus vers Morhange et Saint-Avold ; Fénétrange et à un degré moindre Réchicourt-le-Château (57) placés dans l'orbite de Sarrebourg ; Vic-sur-Seille (57) où seulement un tiers des actifs résident et travaillent dans le canton.

Le nombre des habitants du département devrait rester stable à l'horizon 2030, à l'exception notable de l'arrondissement de Forbach qui devrait perdre 10% de sa population actuelle.

L'INSEE prévoit un vieillissement de la population à l'échelle du département ; en particulier, les territoires du bassin Houiller, de la Nied et de Moselle centre y contribueront de manière significative. La dépendance potentielle évoluerait de moins de 20% d'ici 2020 ; la population potentiellement dépendante s'accroîtrait plutôt à domicile qu'en institution.

**L'offre de soins gérée par le régime minier, en cours de restructuration, est prégnante dans les bassins miniers Fer et Sel (bassin de Hayange) et Houiller (Moselle-Est, centré sur Freyming-Merlebach).** Elle constitue un tissu sanitaire composé de centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux,...

La démographie des médecins généralistes et chirurgiens-dentistes libéraux, dont les densités sont les deuxièmes les plus élevées parmi les quatre départements lorrains, présente des traits comparables à ceux de la Lorraine. La densité en infirmiers libéraux est la plus élevée de la région dans un contexte de plus faible taux d'équipement en SSIAD derrière les Vosges. La densité des masseurs-kinésithérapeutes se trouve peu élevée au regard de la situation de la France métropolitaine et présente de surcroît des disparités marquées ; elle apparaît relativement plus faible en dehors des poches de concentration de la population.

Il est prêté aux maisons de santé pluridisciplinaires la capacité de maintenir localement une offre de santé suffisante, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels et en garantissant des soins de qualité à l'ensemble de la population.

**Toutefois, leur recensement laisse apparaître une concentration de réflexions et de projets (en cours d'élaboration avancée ou de construction) le long du sillon mosellan,** cependant relativement épargné par des difficultés fortes en termes d'accès aux soins, et à proximité des principales agglomérations. **Quelques projets concernent des territoires ruraux.** L'attention doit être attirée sur deux points majeurs : d'une part, la difficulté et le risque financier inhérents au portage d'un projet de maison de santé par une seule commune peuplée de quelques centaines d'habitants, et d'autre part, il convient de rechercher dans des solutions intercommunales des perspectives intéressantes d'installation pour les jeunes professionnels de santé.

### Territoire des Vosges

Le département des Vosges, porte de la Lorraine sur l'Alsace et la Franche-Comté, présente un relief composé d'une zone de moyenne montagne à l'est et d'une plaine à l'ouest. Son armature urbaine repose sur Épinal, son chef-lieu, Saint-Dié-des-Vosges et Remiremont, ainsi que sur des agglomérations plus modestes, isolées dans la plaine ou s'étirant dans les vallées, mais qui assurent un réel maillage du territoire.

Il a développé de longue date des activités liées à ses ressources que complète une industrie encore très présente et qui, malgré les crises successives, continue d'employer une part importante des actifs malgré l'érosion des effectifs. La baisse du nombre d'exploitations agricoles dans les Vosges, la plus forte de la région se poursuit, alors que les structures sont de plus en plus grandes. Profitant d'un environnement naturel remarquable, le tourisme est devenu une activité économique majeure qui se pratique aussi bien l'été que l'hiver, mais reste dépendante des aléas climatiques.

Le secteur tertiaire, emploie deux 2 salariés sur 3. Malgré une progression de 33% depuis les années 80, il est moins pesant qu'aux niveaux régional et national. Les services offrent des opportunités de développement dans les services à la personne (en lien avec le vieillissement annoncé de la population) et aux entreprises.

Plusieurs axes routiers irriguent le département dans le sens nord-sud, mais les liaisons internes souffrent de l'absence d'un axe performant dans le sens est-ouest.

Au contraire des autres départements lorrains, la population vosgienne continue de baisser mais moins qu'auparavant. À une hausse du nombre d'habitants dans les zones d'emploi d'Épinal et de Saint-Dié-des-Vosges s'oppose une frange ouest et sud en dépression démographique qui ne peut compter sur des effets d'entraînement de ses voisins champ ardennais et franc-comtois eux-mêmes en difficulté. Les espaces périurbains poursuivent leur croissance et enregistrent en moyenne une hausse de la population alors que les grandes villes et les pôles d'emploi du rural sont victimes d'une désaffectation.

**La population vosgienne est relativement plus âgée et son vieillissement apparaît plus marqué.**

Les perspectives démographiques du département à l'horizon 2030 apparaissent structurellement plus défavorables que celles de la Lorraine. Seuls les territoires situés en périphérie des agglomérations d'Épinal et de Saint-Dié-des-Vosges échapperaient à cette tendance et seraient en croissance démographique. Parallèlement, la population vosgienne connaîtrait un vieillissement certain avec une augmentation de 46% du nombre de personnes âgées, dont un doublement du nombre de personnes de 85 ans et plus.

Le département présente des revenus relativement plus faibles qu'au niveau régional et des poches de pauvreté marquées. La population vivant sous le seuil de bas revenus est concentrée dans un périmètre géographique très restreint : 13 communes (Bruyères, Charmes, Épinal, Gérardmer, Golbey, Le Thillot, Mirecourt, Neufchâteau, Rambervillers, Raon-l'Étape, Remiremont, Saint-Dié-des-Vosges et Thaon-les-Vosges) accueillent en effet à elles seules la moitié des Vosgiens concernés, alors que dans le même temps elles ne rassemblent qu'un tiers des Vosgiens de moins de 65 ans susceptibles de l'être.

**À côté de cette pauvreté urbaine, existe aussi une pauvreté rurale.** Quinze communes, dont six sont chefs-lieux de canton, comptent au moins 100 habitants vivant sous le seuil de pauvreté et représentant au moins 15% des moins de 65 ans : Bains-les-Bains, Celles-sur-Plaine, Châtenois, Corcieux, Darney, Dompierre, Fontenoy-le-Château, Grand, Grandvillers, Harsault, Lépanges-sur-Vologne, Monthureux-sur-Saône, Moussey, Plombières-les-Bains et Portieux.

**L'espérance de vie est l'une des plus faibles de France, pour les hommes comme pour les femmes.** La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) est bien plus élevée dans les Vosges qu'ailleurs en Lorraine, surtout chez les hommes. C'est dans le Pays du Coeur des Vosges que le taux de mortalité prématurée est le plus élevé de la région et dans le Pays de la Déodat, il est l'un des plus élevés.

Le niveau d'équipement en structures apparaît globalement satisfaisant. **La démographie des professionnels de santé de premier recours apparaît âgée et plus faible en densité relativement aux niveaux régional et national. Le département des Vosges a tout intérêt à être attractif pour susciter de nouvelles installations.** Le développement de réalisations et projets de maisons de santé, ou d'autres structures d'exercice regroupé, constitue une réponse face à des perspectives démographiques alarmantes. Le sud-ouest Vosgien est concerné par un programme intercommunautaire, intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », visant la création de trois maisons de santé coordonnées dans les sièges respectifs des communautés de communes du Pays de Saône et Madon (Darney), des Marches de Lorraines (Lamarche) et du Pays de la Saône Vosgienne (Monthureux-sur-Saône). L'ensemble du projet a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale, lancé le 9 novembre 2009.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                                         | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>Objectif opérationnel n° 1 :</u></b></p> <p><b>Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé</b></p>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Objectif spécifique n° 11.1</u><br/>« Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 2.3</u><br/>« Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 1.3</u><br/>« Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 1.4</u><br/>« Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 1.6</u><br/>« Sensibiliser les acteurs du 1<sup>er</sup> recours à la prévention »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 12.4</u><br/>« Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire »</li> </ul> |
| <p><b><u>Objectif opérationnel n° 2 :</u></b></p> <p><b>Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Objectif spécifique n° 11.1</u><br/>« Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b><u>Objectif opérationnel n° 3 :</u></b></p> <p><b>Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires</b></p>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Objectif spécifique n° 10.1</u><br/>« Améliorer la connaissance des besoins »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 5.1</u><br/>« Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 5.6</u><br/>« Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 10.3</u><br/>« Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins »</li> <li>- <u>Objectif spécifique n° 5.3</u><br/>« Développer des modalités d'intervention à l'égard des publics en difficultés »</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b><u>Objectif opérationnel n° 4 :</u></b></p> <p><b>Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les</b></p>                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Objectif spécifique n° 5.1</u><br/>« Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires »</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>territoires déficitaires</b>                                                                                                                                                                                      | - <u>Objectif spécifique n° 5.6</u><br>« Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b><u>Objectif opérationnel n° 5 :</u></b><br><br><b>Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire</b>                                                                                       | - <u>Objectif spécifique n° 5.1</u><br>« Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires »<br>- <u>Objectif spécifique n° 5.6</u><br>« Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b><u>Objectif opérationnel n° 6 :</u></b><br><br><b>Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant</b>                                                                   | - <u>Objectif spécifique n° 10.1</u><br>« Améliorer la connaissance des besoins »<br>- <u>Objectif spécifique n° 5.2</u><br>« Structurer l'offre de second recours »<br>- <u>Objectif spécifique n° 10.3</u><br>« Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b><u>Objectif opérationnel n° 7 :</u></b><br><br><b>Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques</b> | - <u>Objectif spécifique n° 1.5</u><br>« Développer l'éducation thérapeutique »<br>- <u>Objectif spécifique n° 1.6</u><br>« Sensibiliser les acteurs du 1 <sup>er</sup> recours à la prévention »<br>- <u>Objectif spécifique n° 1.2</u><br>« Agir sur les principaux déterminants comportementaux et les facteurs de risque d'origine professionnelle »<br>- <u>Objectif spécifique n° 1.3</u><br>« Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique »<br>- <u>Objectif spécifique n° 1.4</u><br>« Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité »<br>- <u>Objectif spécifique n° 4.4</u><br>« Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques » |
| <b><u>Objectif opérationnel n° 8 :</u></b><br><br><b>Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire</b>                                                                                     | - <u>Objectif spécifique n° 12.1</u><br>« Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles »<br>- <u>Objectif spécifique n° 2.2</u><br>« Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge »<br>- <u>Objectif spécifique n° 12.5</u><br>« Développer la démarche qualité »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b><u>Objectif opérationnel n° 9 :</u></b><br><br><b>Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital</b>                                            | - <u>Objectif spécifique n° 2.3</u><br>« Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>médico-social »</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Objectif spécifique n° 8.2</u><br/>« Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social »</li><li>- <u>Objectif spécifique n° 11.1</u><br/>« Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »</li><li>- <u>Objectif spécifique n° 11.3</u><br/>« Veiller à une prise en charge globale de la personne »</li><li>- <u>Objectif spécifique n° 1.5</u><br/>« Développer l'éducation thérapeutique »</li><li>- <u>Objectif spécifique n° 5.3</u><br/>« Développer des modalités d'intervention à l'égard des publics en difficultés »</li><li>- <u>Objectif spécifique n° 12.1</u><br/>« Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles »</li></ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



| Objectif opérationnel Ambulatoire                                                                 |  | Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Plan d'actions associées                                                                          |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |
| Mesure n°1<br>   |  | Organiser le travail de l'ARS de sorte qu'il soit compatible avec celui des professionnels de santé afin de pouvoir les associer aux réflexions relatives à l'ambulatoire et à la GDR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
| Mesure n°2<br>   |  | En tenant compte des décrets relatifs au développement professionnel continu (DPC), réfléchir avec les représentants des professionnels de santé à la faisabilité de la mise en place de formations interprofessionnelles dans les territoires de premier recours, en particulier dans les champs suivants : maladies chroniques, santé mentale et addictologie, prise en charge des personnes en situation de handicap, pédiatrie et gynéco-obstétrique (associer les réseaux et les services ou établissements de santé et médico-sociaux) |               |
| Mesure n°3<br>   |  | Convaincre les partenaires de l'intérêt de signaler tout évènement de portée sanitaire et améliorer la réactivité dans le signalement d'évènements à l'ARS (formation, rétro information, participation des médecins déclarants aux retours d'expériences,...)                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
| Mesure n°4<br> |  | Intégrer les professionnels de santé aux plans de gestion de crise.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| Pilotage de l'objectif                                                                            |  | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
| Partenaires                                                                                       |  | URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, organismes de formation, représentants des réseaux, des services ou établissements de santé et médico-sociaux concernés, Assurance Maladie, Préfectures de Département...                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |
| Résultat attendu                                                                                  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Association des partenaires à la politique régionale de santé</li> <li>- Amélioration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Indicateur n° |

## Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS-PRS hospitalier  
SROMS  
SRP

## Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme régional de GDR

|                                              |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Ambulatoire</b> | <b>Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie</b> |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | <p>Etablir en concertation des contrats locaux de santé (CLS), en cohérence avec les axes du PRS, et ce particulièrement dans les zones prioritaires (déficitaires et de la politique de la ville notamment)</p> <p><i>Dans la perspective de soutenir, d'amplifier et d'étendre les dynamiques territoriales de santé existantes au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), la loi HPST a prévu que la mise en œuvre du PRS pourra faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial.</i></p> <p><i>Le contrat local de santé aura vocation à s'appliquer aux territoires prioritaires urbains ou ruraux déterminés par l'ARS.</i></p> <p><i>Les animateurs territoriaux de l'ARS auront un rôle essentiel dans la définition de ces territoires, de par leur connaissance du terrain (diagnostic local, identification des besoins, notion de faisabilité et force de proposition).</i></p> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Mairies, délégués départementaux et régional de l'ACSé (agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), Assurance Maladie, Professionnels de santé, ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                                                                                              |                                   |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en cohérence de la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation entre le PRS et les démarches locales de santé | Indicateur n°<br>Signature de CLS |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>  |
|-----------------------------------------------------------------|
| SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale » |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Programme régional de GDR<br>PRAPS                                |

| Objectif opérationnel<br>Ambulatoire                                                              | Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Mesure n°1<br>   | Améliorer la connaissance dans le champ ambulatoire dans une logique de recherche d'adéquation entre les besoins de santé exprimés et l'offre (actualiser les données relatives à la démographie des professionnels de santé en Lorraine, ainsi que les projections pour chaque catégorie de professionnels)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°2<br>   | Déterminer des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé, et évaluer le dispositif<br><br><i>Cette nouvelle géographie différentielle constituera une référence indispensable pour diverses fins, notamment :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le maillage territorial soutenant l'implantation et le financement public de structures d'exercice collectif (maisons de santé, pôle de santé, centres de santé)</li> <li>○ le recensement des territoires dans lesquels les étudiants et internes en médecine, ayant souscrit un contrat d'engagement de service public, seront invités à pratiquer</li> <li>○ l'application de dispositifs financiers conventionnels d'incitation à l'installation ou au maintien de l'exercice.</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Organiser les soins de premier recours en organisant des réunions dans les territoires de premier recours (réfléchir également à l'accès à un LABM, à un plateau d'imagerie conventionnelle, etc., ainsi qu'à la situation globale du territoire concerné en termes d'attractivité, de services et d'équipements)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Mesure n°4<br> | Soutenir le développement des MSP (en s'intéressant à l'interaction avec les officines), pôles de santé et centres de santé<br><br><i>Il s'agit de soutenir le développement de modes d'exercice facilitant la coordination et rompant ainsi l'isolement professionnel.</i><br><br><i>Aucun type de structure d'exercice collectif n'étant imposé à priori, l'encouragement de leur implantation sera fonction du contexte local.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°5<br> | 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 et pôles de santé, réseaux) en développant les partenariats avec les structures existantes (CCAS, service social de secteur, CPAM, PASS, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Partenaires</b> | Préfectures de Départements, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, représentants des centres de santé, services d'urgence, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, ... |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des conditions d'exercice des professionnels</li> <li>- Amélioration de la prise en charge coordonnée et de la continuité des soins</li> </ul> | Indicateur n°<br>Taux d'évolution du nombre de structures d'exercice collectif (MSP, pôles de santé, centres de santé) effectives dans les zones identifiées comme étant prioritaires |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SROS-PRS hospitalier</p> <p>SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale »</p> |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Programme régional de GDR</p> <p>Plan national d'équipement en maisons de santé pluridisciplinaires</p> <p>PRAPS</p> |

|                                          |                                                                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Ambulatoire</b> | <b>Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les territoires déficitaires</b> |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | <p>Mettre en œuvre les leviers dont dispose l'ARS (par exemple : encourager la signature de contrats d'engagement de service public)</p> <p><i>A destination des étudiants, à partir de la deuxième année, et des internes de médecine, le contrat d'engagement de service public a été mis en place dès la rentrée universitaire 2010-2011. Le rôle de l'ARS est majeur et multiple : participer annuellement à la sélection des candidats, proposer une liste des territoires dans lesquels les lauréats s'engageront à exercer, rendre un avis sur les demandes de mouvements dans les choix de postes d'internes, de région d'internat et de lieu d'exercice.</i></p>                                                                                                                                                                                                       |
| Mesure n°2<br>   | <p>Enrichir la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)</p> <p><i>La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) est un projet collectif qui réunit l'ensemble des acteurs régionaux proposant des services à destination des professionnels de santé. Ce site internet (<a href="http://www.lorraine.paps.fr">www.lorraine.paps.fr</a>) a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé, qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés dans la région Lorraine. La PAPS relaie les initiatives proposées par les acteurs mobilisés dans la région. Quel que soit le statut (étudiant ou professionnel) et le mode d'exercice, les initiatives régionales et nationales recensées par la PAPS s'articulent autour des moments clés de la formation et de l'exercice professionnel.</i></p> |
| Mesure n°3<br> | <p>Mettre en place des actions d'information et de sensibilisation (ex : forum)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Faculté de médecine, Département de médecine générale, Conseil Régional, Conseils Généraux, Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de l'offre de soins de premier recours en particulier dans les territoires déficitaires</li> <li>- Information des professionnels de santé en exercice et en formation</li> </ul> | Indicateur n°<br>Taux d'évolution du nb d'installations de professionnels de santé de 1 <sup>er</sup> recours (MG, CD, IDE, MK) dans les zones identifiées comme étant prioritaires |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|                                                         |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Programme régional de GDR                                  |

| Objectif opérationnel<br>Ambulatoire                                                              | Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                   | <p><i>Le moindre intérêt pour la médecine générale et l'exercice libéral se manifeste notamment par :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>une récurrence de postes non-pourvus à l'internat de médecine générale en Lorraine</i></li> <li>- <i>un attrait croissant pour l'exercice salarié et le remplacement.</i></li> </ul> <p><i>Face à ces constats, il convient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>en liaison avec la Faculté de Médecine, d'agir sur la gestion des postes d'internes, tant au niveau de l'allocation régionale proposée aux ECN que de leur répartition par spécialité médicale</i></li> <li>- <i>toujours en lien avec la Faculté de Médecine, d'accroître le nombre de maîtres de stages encadrant des internes de médecine générale et exerçant notamment au sein des MSP (Stages Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : SASPAS). Il s'agirait également de développer les stages de second cycle prioritairement dans les MSP et de sensibiliser le plus en amont possible les étudiants à ces modalités d'exercice.</i></li> <li>- <i>en lien avec l'Ordre et la Faculté, de faire connaître les nouvelles formes d'exercice de la médecine ambulatoire (statut de collaborateur libéral, statut de collaborateur salarié, possibilité d'exercice sur des lieux multiples)</i></li> <li>- <i>de favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements.</i></li> <li>- <i>de répondre aux attentes des jeunes médecins généralistes en soutenant le développement de maisons de santé et de pôles de santé de territoires ainsi que la coopération entre professionnels de santé.</i></li> </ul> |
| Mesure n°1<br> | <p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Améliorer la répartition des postes d'internes sur le territoire et encourager le développement de stages en périphérie dans des cabinets libéraux</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mesure n°2<br> | <p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Accroître le nombre de maîtres de stages encadrant des internes de médecine générale et exerçant notamment au sein des MSP (SASPAS)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°3<br> | <p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Faire connaître les nouvelles formes d'exercice de la médecine ambulatoire (statut de collaborateur libéral, statut de collaborateur salarié, possibilité d'exercice sur des lieux multiples)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br> | <p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mesure n°5</p>  | <p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Répondre aux attentes des médecins généralistes en soutenant le développement de MSP et de pôles de santé ainsi que la coopération entre professionnels de santé</p>                             |
| <p>Mesure n°6</p>  | <p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Encourager le développement de stages en périphérie (pharmaciens, chirurgiens-dentistes,...)</p>                                                                           |
| <p>Mesure n°7</p>  | <p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements</p>                                                                                     |
| <p>Mesure n°8</p>  | <p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Au sein d'un pôle ou d'une MSP, faciliter les associations de chirurgiens-dentistes pour obtenir des plateaux techniques solides et un cumul de savoir-faire</p>           |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                       | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                                  | Faculté de médecine, Département de médecine générale, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Assurance Maladie, ... |

|                         |                                                                                                                                         |                                                                                                              |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, et des conditions de stage en ambulatoire des étudiants et internes | Indicateur n°<br>Nb d'actions visant à soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme régional de GDR                                         |



|                                          |                                                                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Ambulatoire</b> | <b>Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant</b> |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Approfondir la connaissance des besoins de santé de second recours en incluant les ressources hospitalières (Meuse, Vosges)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°2<br> | Définir l'échelon territorial pertinent pour réfléchir à une meilleure organisation des soins de second recours à la fois pour ce qui concerne les spécialités à accès direct et les recours pour avis expert à la demande du médecin traitant                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°3<br> | Soutenir financièrement les postes d'assistants spécialistes temps partagé pour les spécialités et disciplines les plus déficitaires, notamment en Meuse et dans les Vosges                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°4<br> | Améliorer l'organisation des soins de second recours en encourageant les solutions innovantes, dont la télémedecine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Préfectures de Départements, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Fédération Hospitalière de France, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, GCS Télésanté, ... |

|                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réduction des distances et délais d'accès à un avis spécialisé de second recours | Indicateur n°<br>- Nb d'actions visant à améliorer l'accès aux soins de 2 <sup>nd</sup> recours<br>- Nb d'actions visant à améliorer l'accès aux soins de 2 <sup>nd</sup> recours en Meuse et dans les Vosges |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS-PRS hospitalier                                           |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme régional de GDR<br>Programme régional Télémédecine      |

|                                          |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Ambulatoire</b> | <b>Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques</b> |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       | <p><i>L'accès à une santé de qualité et de proximité ne concerne pas uniquement la prise en charge des urgences, des maladies chroniques,... Promouvoir la santé au niveau local c'est également permettre un accès à la prévention pour l'ensemble de la population.</i></p> <p><i>Dans le cadre des CAPI, les médecins signataires s'engagent à adopter certaines pratiques individuelles notamment en matière de prévention. Les pathologies ciblées sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires, et les maladies respiratoires. Il s'agit également pour les professionnels d'inciter au dépistage des cancers du sein et colorectal.</i></p> <p><i>Les centres de santé mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.</i></p> <p><i>La circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural prévoit dans le socle minimal obligatoire pour toute MSP financée que la MSP propose des actions de prévention.</i></p> <p><i>Les réseaux de santé, quant à eux, assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.</i></p> <p><i>Force est de constater que la prévention et l'éducation thérapeutique sont actuellement insuffisamment développées. Les professionnels de santé ainsi que les structures participant à l'offre de premier recours devront s'investir davantage dans ces domaines.</i></p> |
| Mesure n°1<br><br> | <p>➤ <b>Prévention</b></p> <p>Développer des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé de premier recours afin de développer la <b>prévention primaire</b> (mettre en place des modules santé-environnement dans la formation continue des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, sensibiliser à la nécessité d'un dépistage des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires, rappeler aux médecins l'obligation de transmettre les certificats de santé aux services de PMI et développer à leur égard des stratégies visant à favoriser la vaccination ROR, Hépatite B et HPV, etc.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br><br> | <p>➤ <b>Prévention</b></p> <p>Développer des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé de premier recours afin de développer la <b>prévention secondaire</b> (promouvoir la détection précoce de l'excès de corpulence chez l'enfant en systématisant la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours, de la BPCO, améliorer le repérage de la souffrance psychique, sensibiliser au dépistage précoce des cancers de la peau, privilégier le dépistage organisé du cancer du sein par rapport au dépistage individuel, inciter au dépistage du VIH, etc.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

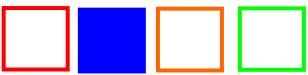
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mesure n°3</p>  | <p>➤ <i>Prévention</i></p> <p>Concernant les maladies chroniques, rendre lisible l'organisation des acteurs de prévention primaire (définition du rôle de chacun dans un document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire)</p>                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Mesure n°4</p>  | <p>➤ <i>Education thérapeutique</i></p> <p>Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique en réaffirmant que l'ETP fait partie intégrante « du soin », en accompagnant les projets portés par les MSP, les pôles de santé et les réseaux de santé pluri-thématiques, en faisant évoluer l'offre de programmes monothématiques vers une organisation pluri-thématique et territorialisée, et en rendant visible l'offre en matière d'éducation thérapeutique</p> |
| <p>Mesure n°5</p>  | <p>➤ <i>Education thérapeutique</i></p> <p>Développer une formation en ETP de qualité en identifiant les besoins des professionnels en matière de formation et en intégrant l'éducation thérapeutique dans la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux</p>                                                                                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                       | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                                  | Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, services de PMI, médecine scolaire et universitaire, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, réseaux, Facultés et instituts de formation, ...                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                                                            |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation de la part consacrée à la prévention et à l'ETP dans l'exercice professionnel | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
| SRP                                                     |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
| Programme régional de GDR                                  |

|                                          |                                                                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Ambulatoire</b> | <b>Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire</b> |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles et médico-économiques en ambulatoire. Par exemple : l'organisation du cabinet et la qualité de service, la prise de RDV, l'affichage d'un certain nombre d'information comme la permanence des soins, les actions de prévention, de dépistage dont les transports.                                                                        |
| Mesure n°2<br> | Faire connaître l'évaluation quantitative et qualitative des MSP (évaluation à réaliser dans un cadre partenarial au regard du développement des structures, des enjeux locaux d'accès à la santé et de la diversité des sources de financements publics)                                                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Assurance Maladie, Préfectures de Départements, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Facultés et instituts de formation, ... |

|                         |                                                                                                   |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la qualité de prise en charge des patients et de l'efficacité du système de santé | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme régional de GDR                                         |

| Objectif opérationnel<br>Ambulatoire                                                              | Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°1<br>   | Encourager les coopérations interprofessionnelles (formations et réunions pluri professionnelles)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°2<br>   | <p>Suivre l'élaboration des projets de santé au sein des centres de santé, MSP (et pôles de santé), et veiller à leur mise en œuvre (et y inclure la problématique de la prise en charge des personnes vulnérables)</p> <p><i>Les Pôles de santé, Centres de santé ont en commun avec les MSP le projet de santé (même si non obligatoire pour les pôles de santé), support de contractualisation.</i></p> <p><i>La mise en place du projet de santé, dans les centres de santé, maisons et pôles de santé, doit témoigner d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux.</i></p>                                                                    |
| Mesure n°3<br>  | Encourager la coordination des professionnels de santé des différents secteurs (libéral, hospitalier, médico-social et social), notamment pour la prise en charge des personnes vulnérables, et veiller à la mise en place ou à la poursuite des réseaux « informels » santé- précarité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°4<br> | <p>Promouvoir le développement de réseaux de santé de proximité pluri-thématiques autour de quatre missions principales de coordination : éducation thérapeutique, maintien à domicile, soins palliatifs et addictions (y inclure la problématique de la prise en charge des personnes vulnérables)</p> <p><i>Les réseaux de santé ou de soins sont positionnés sur un territoire plus étendu mais apportent un soutien en termes d'organisation des filières de soins et de lien avec les structures hospitalières et médico-sociales. Devenus populationnels et englobant plusieurs thématiques, ils se positionnent en complément des structures d'exercice collectif.</i></p> |
| Mesure n°5<br> | Recentrer les réseaux de santé régionaux sur leurs missions d'expertise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°6<br> | <p>Soutenir les dispositifs innovants en médecine libérale (dont article 44 de LFSS pour 2008)</p> <p><i>L'article visé prévoit que des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé. Ces modes de rémunération viennent compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer. L'objectif final de ces expérimentations est donc de favoriser la qualité et l'efficacité des soins.</i></p>                                                                                      |

|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mesure n°7</p>     | <p>Poursuivre la réflexion sur les coopérations entre professionnels de santé (article 51 de loi HPST)</p> <p><i>L'article visé définit la coopération entre professionnels de santé comme suit :</i></p> <p><i>« par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».</i></p> <p><i>La démarche de coopération s'incarne concrètement dans un protocole de coopération lequel précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. Ce protocole de coopération est autorisé par le directeur général de l'ARS après avis conforme de la HAS.</i></p> |
| <p>Mesure n°8</p>     | <p>Encourager le partage et les échanges électroniques d'informations de santé (DMP, partage et échanges électroniques entre les PS, les centres de santé, les établissements hospitaliers, les caisses,...)</p> <p><i>La mise en place d'un partage sécurisé d'informations, informatisé ou non, est demandée à tout professionnel et/ou structure pour ses propres besoins internes de gestion et de coordination. De par la même il leur est aussi demandé de se mettre en capacité de partager et d'échanger avec l'ensemble de la communauté de manière sécurisée des informations de santé.</i></p> <p><i>En particulier, cette demande s'applique à toute MSP souhaitant obtenir un financement dans le cadre du plan d'équipement en MSP en milieu rural.</i></p>                                                                                            |
| <p>Mesure n°9</p>   | <p>Soutenir les hospitalisations directes par le médecin traitant</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Mesure n°10</p>  | <p>Développer les consultations avancées de médecine spécialisée</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Pilotage de l'objectif</b></p>                                                                   | <p>ARS Lorraine</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Partenaires</b></p>                                                                              | <p>Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Fédération Hospitalière de France, réseaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, représentant des centres de santé, Facultés et instituts de formation, GCS Télésanté, ...</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Résultat attendu</b></p>                                                                         | <p>Amélioration de la coordination entre les professionnels de santé dans leur exercice</p> <p>Indicateur n°</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'actions réalisées visant à améliorer la coordination entre les PS</li> <li>- Taux d'évolution du nb de réseaux assurant l'exhaustivité de leurs missions cibles</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SROS-PRS hospitalier<br>SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale »<br>SROMS<br>SRP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

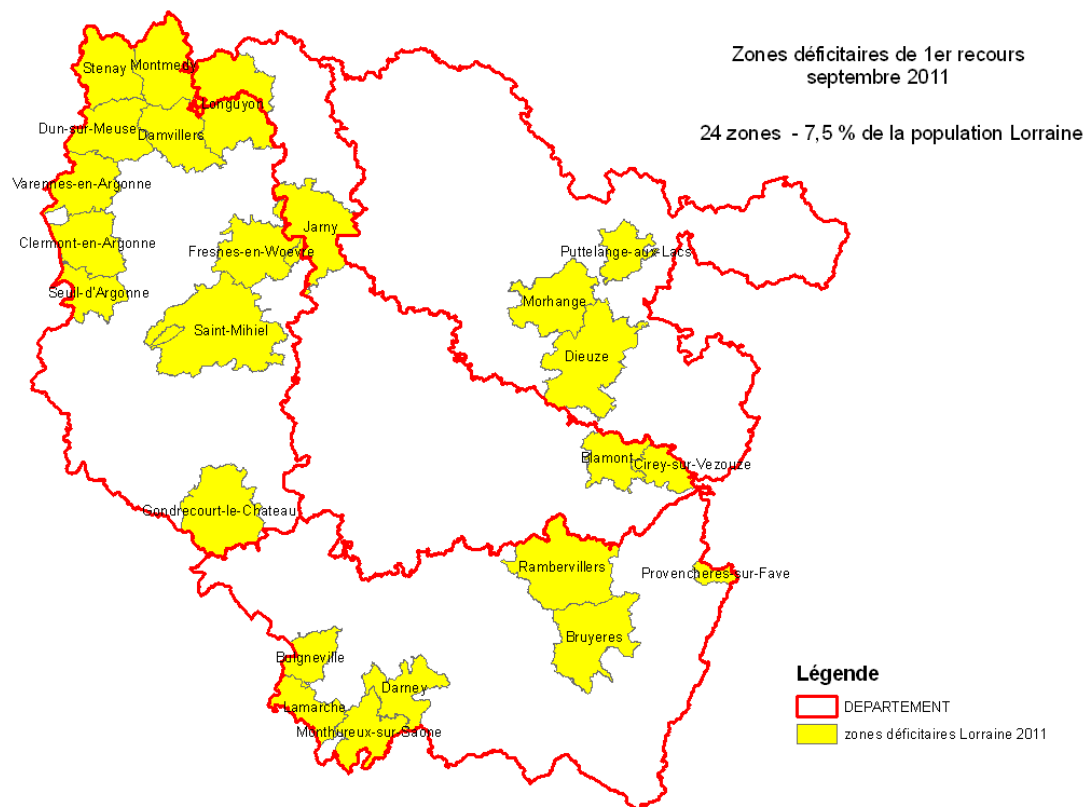
| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------------|

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Programme régional de GDR<br>Programme régional Télémédecine<br>PRAPS |
|-----------------------------------------------------------------------|

**Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (excepté les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les sages-femmes libérales, les orthophonistes libéraux), des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé**

**Voir arrêté n°2012-0777 du 19 juillet 2012 déterminant les zones lorraines de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé (publié le 23 juillet 2012 au recueil régional des actes administratifs de la Préfecture de la Région Lorraine)**

**Zones déficitaires de 1<sup>er</sup> recours :**



***Voir annexe n°2 : Les territoires de premier recours en Lorraine – méthodologie***

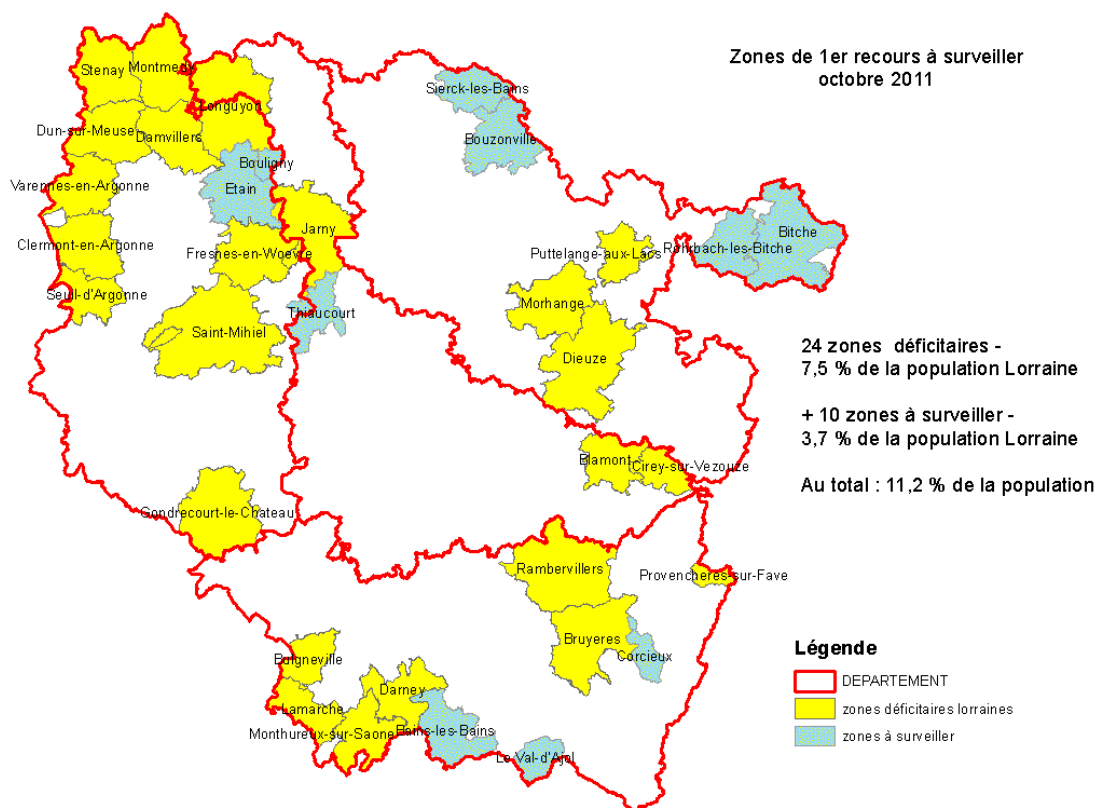
Les zones déficitaires de 1<sup>er</sup> recours ont été définies en respectant le seuil fixé par le Ministère (les zones ne doivent pas excéder une part de la population supérieure à 7,5 % de la population régionale).



## Zones de 1<sup>er</sup> recours déficitaires et à surveiller :

Outre les zones déficitaires, d'autres territoires de 1<sup>er</sup> recours nécessitent une vigilance particulière au regard de la démographie des professionnels de santé.

La liste n'est pas exhaustive, la situation étant rapidement évolutive. Il convient en effet régulièrement de l'actualiser au vu des données statistiques et des remontées du terrain.



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <b>24 zones déficitaires</b> , 175 452 habitants (7,5 % population 2008)<br><b>10 zones à surveiller</b> , 87 837 habitants (3,7 % population 2008)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <b>5 zones déficitaires</b> , 42 513 habitants (5,8 % population 2008)<br>Blâmont<br>Cirey-sur-Vezouze<br>Jarny (commune avec Meuse)<br>Longuyon (commune avec Meuse)<br>Montmédy (commune avec Meuse)<br><br><b>1 zone à surveiller</b> , 3 161 habitants (0,4 % population 2008)<br>Thiaucourt-Regniéville (commune avec Meuse)                                                                                                                                                                                                                                   |
| Territoire de la Meuse              | <b>12 zones déficitaires</b> , 51 972 habitants (26,8 % population 2008)<br>Clermont-en-Argonne<br>Damvillers<br>Dun-sur-Meuse<br>Fresnes-en-Woëvre<br>Gondrecourt-le-Château<br>Jarny (commune avec la Meurthe et Moselle)<br>Longuyon (commune avec la Meurthe et Moselle)<br>Montmédy (commune avec la Meurthe et Moselle)<br>Saint-Mihiel<br>Seuil-d'Argonne<br>Stenay<br>Varennes-en-Argonne<br><br><b>3 zones à surveiller</b> , 11 466 habitants (5,9 % population 2008)<br>Bouligny<br>Étain<br>Thiaucourt-Regniéville (commune avec la Meurthe et Moselle) |
| Territoire de la Moselle            | <b>3 zones déficitaires</b> , 34 134 habitants (3,3 % population 2008)<br>Dieuze<br>Morhange<br>Puttelange-aux-Lacs<br><br><b>4 zones à surveiller</b> , 61 531 habitants (5,9 % population 2008)<br>Bitche<br>Bouzonville<br>Rohrbach-lès-Bitche<br>Sierck-les-Bains                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Territoire des Vosges               | <b>7 zones déficitaires</b> , 46 833 habitants (12,3 % population 2008)<br>Bruyères<br>Bulgnéville<br>Darney<br>Lamarche<br>Monthureux-sur-Saône<br>Provençères-sur-Fave<br>Rambervillers<br><br><b>3 zones à surveiller</b> , 11 679 habitants (3,1 % population 2008)<br>Bains-les-Bains<br>Corcieux<br>Le Val d'Ajol                                                                                                                                                                                                                                             |

## **Les zonages de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

Dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux, des mesures de régulation démographique concernant certaines professions ont été prises : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes. Par la suite d'autres professions pourront être concernées.

L'application de ces mesures conventionnelles est notamment liée à l'entrée en vigueur des valorisations tarifaires et à la détermination par l'ARS, dans le volet ambulatoire du SROS, des zones de leur mise en œuvre.

Pour les infirmiers, l'arrêté du 21 décembre 2011 précise les modalités de réalisation du zonage.

En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes, l'arrêté du 12 juin 2012 modifie l'arrêté du 21 décembre 2011 pour intégrer les méthodes de détermination des zonages les concernant.

L'ARS Lorraine a arrêté le zonage régional concernant les infirmiers libéraux le 29 mai 2012 et celui relatif aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux le 13 juillet 2012.

Le zonage relatifs aux sages-femmes libérales doit entrer en vigueur au plus tard le 15 septembre 2012, et le celui pour les orthophonistes libéraux au plus tard le 6 novembre 2012.

### **A - Le zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux**

***Voir l'arrêté ARS Lorraine n° 2012-0586 du 29 mai 2012 (publié le même jour au recueil régional des actes administratifs de la Préfecture de la Région Lorraine)***

L'arrêté du 21 décembre 2011 fixe la méthode nationale de détermination de ces zones, sur laquelle l'Assurance Maladie et les représentants professionnels signataires de l'avenant n°3 à la convention nationale se sont entendus.

Les principaux éléments de la méthode sont :

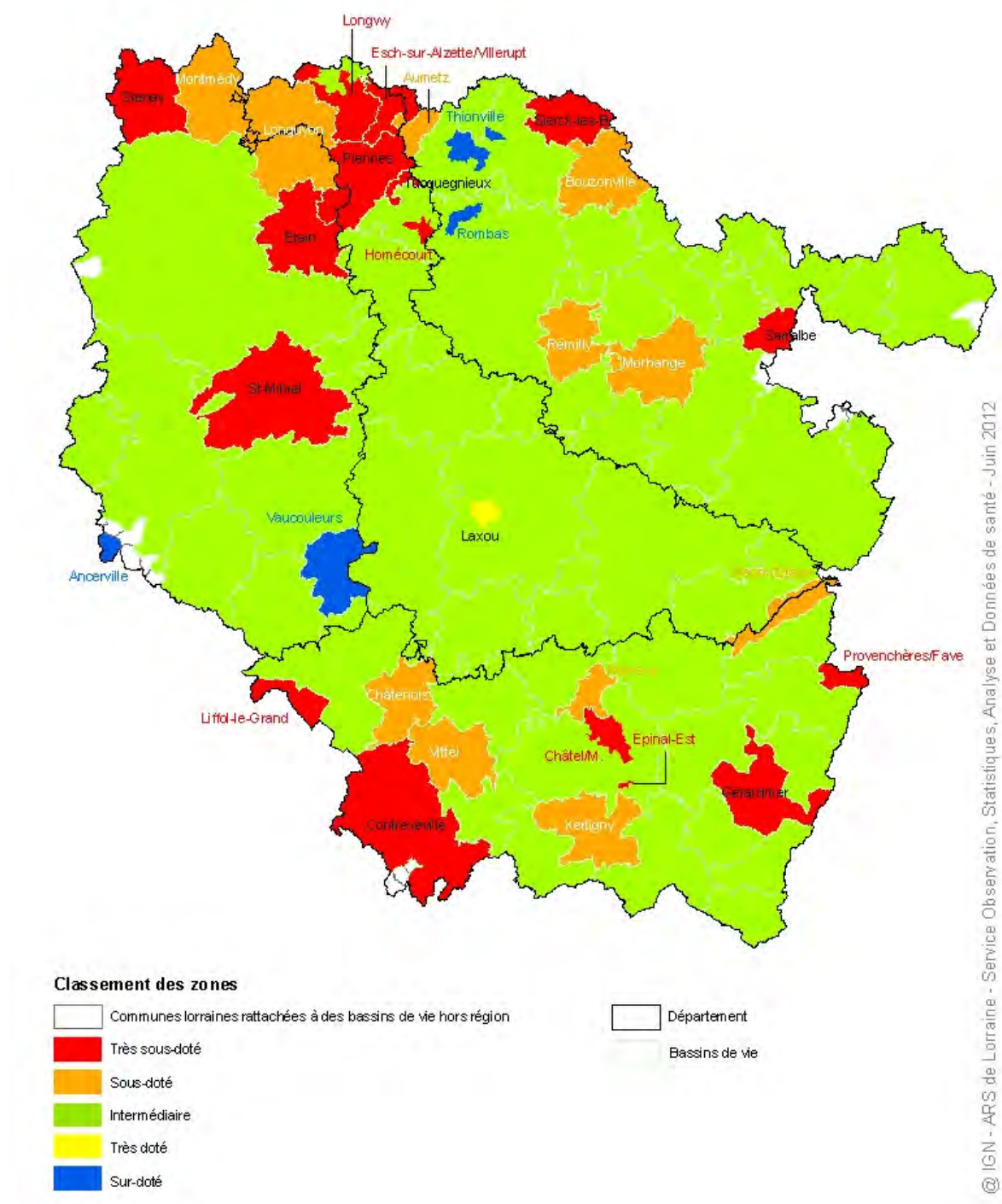
- Un maillage du territoire national en bassins de vie (entités géographiques définis par l'INSEE sur lesquelles les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux « pseudo-cantons » définis par l'INSEE.
- Cinq niveaux de dotation : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones « surdotées ». L'offre de soins infirmiers considérée est celle des infirmiers libéraux, des services de soins infirmiers à domicile et des centres de soins infirmiers.
- Quatre indicateurs : les honoraires moyens sans dépassement (HSD) par infirmier, la part des personnes âgées de plus de 75 ans, la densité (standardisée par âge) pour 100 000 habitants et le nombre moyen d'indemnités kilométriques (IK) par infirmier libéral.
- Un classement national des zones sur la base d'un scorage global des indicateurs selon les percentiles nationaux

Sur la base de cette méthode nationale, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a procédé, pour l'ensemble du territoire national, à un classement des bassins de vie ou pseudo-cantons selon les cinq catégories de dotations.

Les ARS disposent d'une capacité d'adaptation réduite du zonage national :

- Elles peuvent classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur, si les caractéristiques tenant à la géographie de la zone ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée.
- Leur marge d'adaptation ne peut toutefois conduire à augmenter ou à diminuer de plus de 5% le nombre de zones de l'une des catégories résultant de l'application de la méthodologie nationale. La marge d'appréciation peut, de manière exceptionnelle et après avis de la commission paritaire régionale des infirmiers, être portée jusqu'à 10 %.

### Représentation cartographique des zones lorraines de mise en œuvre des mesures destinées favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux



## **B - Le zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

***Voir l'arrêté ARS Lorraine n° 2012-0746 du 13 juillet 2012 (publié le 18 juillet 2012 au recueil régional des actes administratifs de la Préfecture de la Région Lorraine)***

L'arrêté du 21 décembre 2011 fixe une méthode nationale de détermination de ces zones, sur laquelle l'Assurance Maladie et les représentants professionnels signataires de l'avenant n°3 à la convention nationale se sont entendus.

Les principaux éléments de la méthode sont :

- Un maillage du territoire national en bassins de vie (entités géographiques définies par l'INSEE sur lesquelles les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux « pseudo-cantons » définis par l'INSEE.
- Cinq niveaux de dotation en masseurs-kinésithérapeutes libéraux : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones « surdotées ».
- Une classification des zones, fondée sur des bornes nationales, selon la densité pondérée ; celle-ci rapporte le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux exprimé en équivalent temps plein (ETP), déduction faite du temps passé par ces derniers dans les déplacements et converti en ETP, à la population résidente standardisée par l'âge).  
*Un ajustement du classement a été défini pour tenir compte des particularités locales d'activité (part de masseurs-kinésithérapeutes de plus de 58 ans dans les zones sous-dotées, nombre d'actes par patient dans les zones très dotées)*

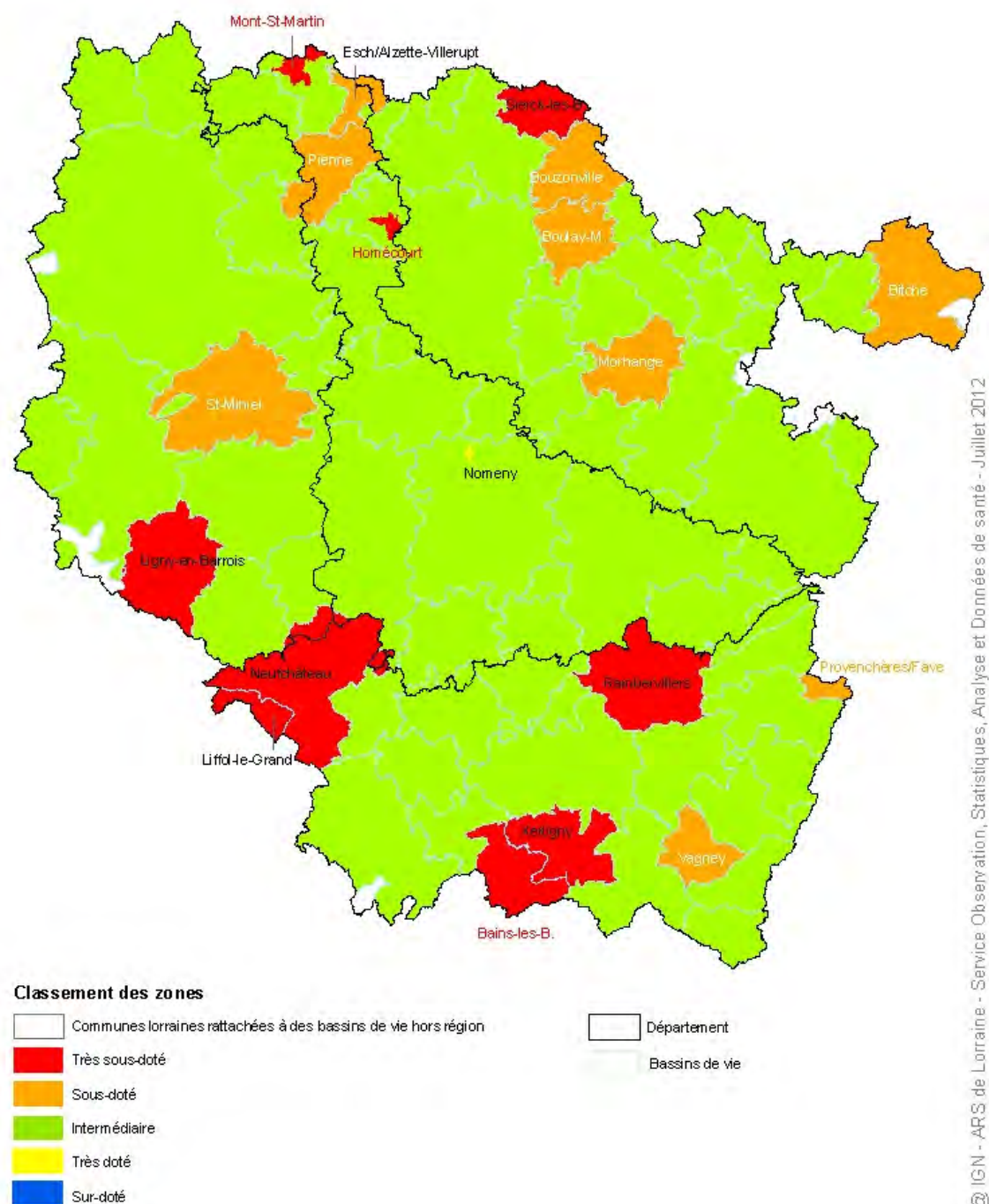
Sur la base de cette méthode nationale, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a procédé, pour l'ensemble du territoire national, à un classement des bassins de vie ou pseudo-cantons selon les cinq catégories de dotations.

Les ARS disposent d'une capacité d'adaptation réduite du zonage national, notamment :

- Elles peuvent classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur, si les caractéristiques tenant à la géographie de la zone ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée.
- Leur marge d'adaptation ne peut toutefois conduire à augmenter ou à diminuer de plus de 5% le nombre de zones de l'une des catégories résultant de l'application de la méthodologie nationale. La marge d'appréciation peut, de manière exceptionnelle et après avis de la commission socioprofessionnelle régionale des masseurs-kinésithérapeutes, être portée jusqu'à 10 %.



**Représentation cartographique des zones lorraines de mise en œuvre des mesures destinées favoriser une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**



## La biologie médicale

### Diagnostic régional et territorial

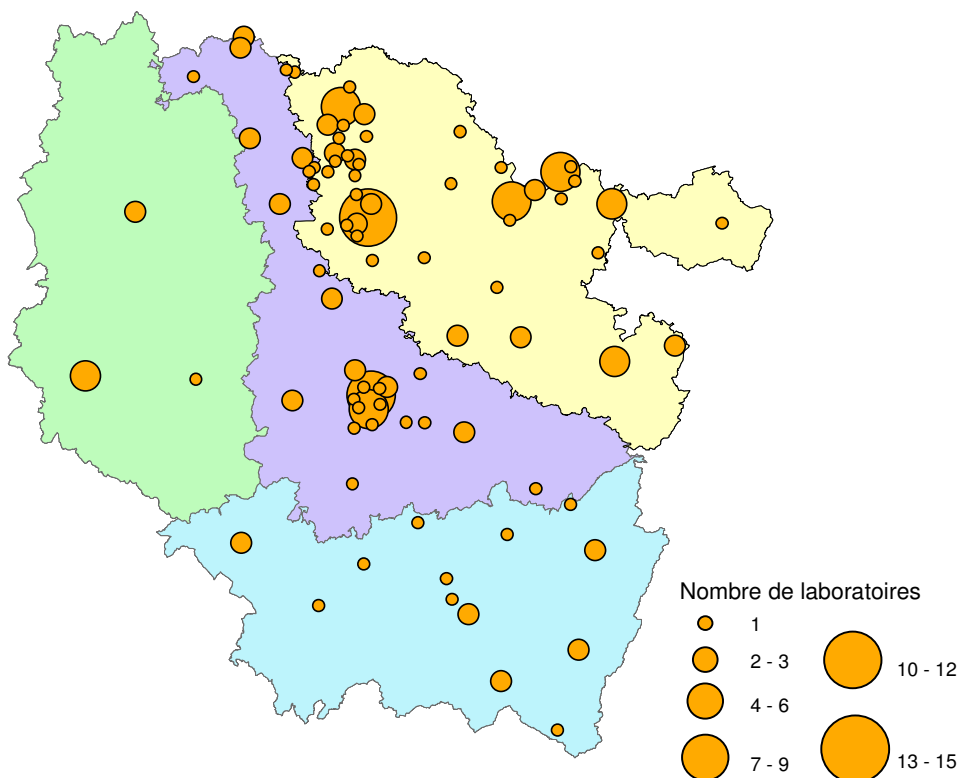
#### 1. L'offre et les besoins :

On note une concentration élevée des laboratoires sur le sillon Nancy Metz Thionville, en lien avec l'offre de soins.

A l'inverse, l'offre est moins importante aux limites territoriales. Il persiste quelques zones blanches localisées au niveau des frontières régionales notamment entre la Meuse et les Ardennes, les Vosges et la Haute Saône.

Ces observations seront à prendre en compte lors des regroupements, des ouvertures et des fermetures de laboratoires ou de sites de laboratoires de biologie médicale.

#### **IMPLANTATION DES LABORATOIRES PAR TERRITOIRE DE SANTE AU 31 DECEMBRE 2010 EN LORRAINE**



#### 2. L'activité :

La déclaration annuelle d'activité exprimée en nombre d'examens doit être effective, permettant de suivre les évolutions éventuelles de l'offre par rapport à l'existant.

En 2010, d'après les résultats de l'enquête régionale effectuée auprès des laboratoires lorrains, de nombreux examens (10%) étaient transmis à des laboratoires hors région, alors que certains pourraient être réalisés en intra-régional. Ceci est lié à l'absence de logistique régionale de transport autour des pôles de référence amenant à la réalisation de certains examens hors région.

### 3. La permanence des soins :

L'enquête régionale montre que 17 laboratoires sont ouverts le samedi après 13 heures et 1 seul s'est déclaré ouvert au public le dimanche. Une réflexion sur l'organisation d'une permanence d'accessibilité aux laboratoires en lien avec la PDSA doit être menée avec les différents acteurs concernés.

### 4. La qualité :

Tous les laboratoires de biologie médicale devront selon les dispositions de l'Ordonnance du 13 janvier 2010, être accrédités au 1<sup>er</sup> novembre 2016.

Une étape intermédiaire est prévue : les laboratoires devront justifier de leur entrée effective dans la démarche qualité avant le 31 Mai 2013 avec 2 possibilités :

- Soit avoir obtenu l'accréditation partielle auprès du COFRAC
- Soit présenter la « qualification BIOQUALITE 36 mois »

Les établissements de santé ont démarré plus tardivement l'entrée dans la démarche qualité.

Au 31 mai 2011, aucun laboratoire en établissement de santé ne possède l'attestation Bioqualité 36 mois, ni d'accréditation partielle à la norme ISO 15189 relative à la biologie médicale.

34 attestations Bioqualité 36 mois ont été délivrées aux laboratoires ou sites de biologie médicale privés au 31 mai 2011.

Aucun laboratoire public ou privé n'est accrédité à la norme ISO 22 870 relative à la biologie délocalisée.

Pour faciliter l'accréditation des laboratoires hospitaliers, les regroupements entre établissements de santé et les rapprochements laboratoires privés et laboratoires des établissements de santé devront être encouragés.

| Objectifs opérationnels                                                                       | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel 1 :<br>Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains | OS 10.1, 10.3 et 11.1                     |
| Objectif opérationnel 2 :<br>Veiller à la poursuite de la démarche qualité                    | OS 12.5                                   |



|                                                          |                                                                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Biologie médicale</b> | <b>Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Assurer un maillage territorial des laboratoires permettant un accès à tous en s'appuyant sur la déclaration annuelle d'activité des laboratoires exprimée en nombre d'examens                                                                                     |
| Mesure n°2<br> | Assurer une permanence infra-territoriale de l'offre de biologie médicale en lien avec la PDSA (art L.6222-2 et 3 du CSP)                                                                                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Renforcer l'attractivité des laboratoires régionaux en développant une analyse sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le taux et la nature des examens réalisés hors région</li> <li>• l'organisation d'une logistique régionale des transports</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Groupe de travail de professionnels, les laboratoires, acteurs de la PDSA                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                               |                                                        |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de l'accessibilité des lorrains à une offre de biologie médicale | Indicateur n°<br><b>mise en ligne de l'information</b> |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet SROS urgence et PDSA (permanence des soins ambulatoires)<br>Volets SROS AMP DPN, génétique et transfusion sanguine |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                          |                                                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Biologie médicale</b> | <b>Veiller à la poursuite de la démarche qualité</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Favoriser le regroupement des laboratoires publics (ex CHT, GCS..) tout en maintenant la continuité de l'offre en biologie médicale     |
| Mesure n°2<br> | Suivre l'avancement de la démarche qualité par un accompagnement BIOQUALITE pour les ES et les laboratoires de biologie médicale privés |
| Mesure n°3<br> | Suivre l'avancement de la démarche qualité et de l'accréditation COFRAC                                                                 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                            |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | COFRAC, BIOQUALITE, les laboratoires                                                                                                    |

|                         |                                                                        |                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la qualité<br>Maintien de l'offre de biologie médicale | Indicateur n°<br><b>Nombre de laboratoires accrédités et champ d'accréditation</b> |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région Lorraine                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Externalisation activité de biologie Mont St Martin</li> <li>• Rapprochement Maternité / CHU</li> <li>• Regroupement des activités de biologie médicale du CHU (hôpital Central et Brabois)</li> </ul>       |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement des activités de biologie médicale des hôpitaux de Bar le Duc, Vitry le François et Saint-Dizier</li> </ul>                                                                                     |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement des laboratoires de Freyming Merlebach – Hospitalor St AVOLD – Hospitalor Forbach</li> <li>• Externalisation activité de biologie Hayange</li> </ul>                                            |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement des laboratoires de biologie d'Epinal et Remiremont (GCS)</li> <li>• Rapprochement des établissements de Neufchâteau et de Vittel incluant des réflexions sur l'activité de biologie</li> </ul> |

## **L'offre de soins Hospitalière**

## **Introduction**

Le schéma régional d'organisation des soins volet hospitalier couvre les années 2012 à 2017.  
Des avenants pourront réviser certaines thématiques pour tenir compte de l'évolution de la réglementation et/ou de la mutation de l'offre en Lorraine.

Le volet hospitalier est **opposable** (hors transfusion sanguine) dans son intégralité (opposabilité des fiches actions, y compris la déclinaison territoriale, les objectifs quantifiés de l'offre de soins –OQOS- implantations et les diagnostics détaillés).

Le SROS PRS a été élaboré en tenant compte des éléments de cadrage national et régional :

- Cadre national :
  - o Loi HPST et ses décrets d'application
  - o La circulaire DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du SROS PRS
- Cadre régional :
  - o Le plan stratégique régional de santé (PSRS)
  - o Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'Etat.

Le SROS PRS est un outil opérationnel de mise en œuvre des objectifs du PSRS.

L'offre de soins doit être dimensionnée et organisée en regard notamment des évolutions démographiques et des pratiques professionnelles.

Le SROS PRS doit permettre une amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des soins tout en répondant aux enjeux d'efficience.

### **I. La méthode d'élaboration:**

#### **a. Composition du volet hospitalier du SROS PRS**

Le SROS PRS volet hospitalier est composé de plusieurs volets répartis en 5 groupes :

- Des activités soumises à autorisation : médecine, chirurgie, cardiologie interventionnelle, réanimation, soins de suite et réadaptation –SSR-, soins de longue durée (inclus dans la thématique transversale personnes âgées), médecine d'urgence, traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale, traitement du cancer, gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, activités cliniques et biologiques d'AMP et DPN, examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, la psychiatrie (inclus dans la thématique transversale psychiatrie et santé mentale).

- Des thématiques structurantes de l'offre de soins : l'hospitalisation à domicile –HAD- et la transfusion sanguine.

- Des missions de service public : focus réalisé sur 5 missions qui sont les soins palliatifs, la santé des personnes détenues, la lutte contre l'exclusion, l'aide médicale urgente et la permanence des soins dans les établissements de santé.

- Des thématiques sur la qualité de prise en charge des patients : La prise en charge de la douleur et les soins de support.

- Des thématiques transversales : avec une approche par parcours de santé autour de 8 thématiques qui sont la santé des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, la psychiatrie et la santé mentale, l'accident vasculaire cérébral, la chirurgie dentaire, les maladies chroniques, la santé de l'enfant et de l'adolescent et l'addictologie. Ces thématiques sont communes aux 3 schémas et comportent donc une partie hospitalière opposable.

Pour chaque volet, des chefs de projet internes à l'ARS ont été désignés et les travaux ont été menés en lien avec un groupe expert composé de représentants des usagers, des fédérations, des ordres, des URPS, de l'assurance maladie, et des experts régionaux. L'élaboration par l'ARS des différents volets s'est donc appuyée sur les retours d'expertise de ces groupes.

#### **b. Diagnostic des différents volets :**

Un diagnostic a été élaboré par chaque groupe expert, s'appuyant sur un bilan du SROS III, une approche des besoins passant notamment par l'analyse des taux de recours<sup>1</sup> et intégrant l'offre transfrontalière et les besoins en télémédecine.

Une instance opérationnelle de dialogue, au sein de laquelle des échanges pourront se poursuivre autour du SROS PRS et en particulier sur les taux de recours, sera créée. Cette instance sera composée d'acteurs de la santé (établissements, professionnels...) et sera opérationnelle courant 2012.

#### **c. Objectifs opérationnels et suivi du schéma :**

Afin d'accroître l'opérationnalité des fiches actions, chaque objectif est décliné en mesures et intègre également des réflexions sur le droit des usagers et la qualité de prise en charge.

Ces objectifs seront priorisés. Une méthodologie de priorisation interne à l'ARS tient compte de la faisabilité de l'objectif en fonction de la démographie des professionnels de santé et des surcoûts éventuels notamment.

Un suivi du schéma sera réalisé à l'aide d'indicateurs et permettra de répondre en partie à l'évaluation globale du PRS.

#### **d. Objectifs quantifiés d'organisation des soins en implantations (OQOS implantations) et indicateur de pilotage d'activité (IPA) :**

Les activités soumises à autorisation se déclinent en OQOS implantations (opposables). Afin d'assurer une transparence sur les projections des OQOS à horizon 2017, un état des lieux des implantations au 1<sup>er</sup> décembre 2011 est présenté pour chaque thématique concernée.

L'organisation territoriale de l'offre est également structurée autour des indicateurs de pilotage, qui se substituent aux anciens OQOS volumes. Ces indicateurs n'ont pas de valeur opposable aux établissements de santé. Ils sont calculés à partir du taux de recours de la population domiciliée en Lorraine. L'analyse de ces taux a débuté dans les groupes experts de médecine, chirurgie et SSR permettant d'en extraire les grandes lignes mais l'analyse fine de ces taux n'a pas été réalisée dans le temps imparti à la réalisation du SROS PRS. Afin d'avoir une analyse des taux de recours cohérente, territoriale, multifactorielle et en concertation avec l'instance opérationnelle de dialogue, ils ne sont pas présentés dans cette version du schéma. L'année 2012 permettra de poursuivre le dialogue avec les professionnels de santé sur ce thème. L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS en découlera. A noter cependant la vigilance particulière de l'ARS sur l'impact médico-économique des différentes mesures du SROS qui ne se limitent pas à la problématique des volumes produits.

<sup>1</sup> La définition des taux de recours :

Le taux de recours brut rend compte du recours à l'offre de la population domiciliée d'une zone géographique, quelque soit le lieu de réalisation de ces séjours (dans la zone ou hors zone). Le taux de recours est exprimé en nombre de séjours/séances/journées/venues (selon les activités) pour 10 000 habitants.

Les taux de recours standardisés et ajustés permettent quant à eux de rendre compte et corriger de deux de ces facteurs : la structure démographique –âge et sexe- et l'état de santé –taux de mortalité-.

## II. Les enjeux du SROS PRS :

Le SROS PRS doit répondre à trois enjeux majeurs :

- répondre aux besoins de santé par une offre de soins structurée et graduée
- favoriser la transversalité et les complémentarités pour améliorer le parcours de santé des patients
- veiller à une approche médico-économique et efficiente des organisations.

### a. La réorganisation de l'offre hospitalière en Lorraine :

Les constats portant sur l'offre hospitalière :

- Taux d'équipement et taux de recours plus élevés qu'au niveau national en médecine et chirurgie
- Plateaux techniques nombreux et surdimensionnés (blocs opératoires)
- Manque de coordination entre les professionnels de champs différents mais une volonté d'entrer dans une dynamique régionale

Les constats portant sur l'accessibilité :

- Démographie médicale précaire et en particulier sur certains territoires (Meuse) et certaines spécialités : en neurologie, biologie, génétique...
- Nécessaire redéfinition du rôle de l'hôpital de proximité
- Manque de lisibilité sur l'offre de soins tant pour les professionnels de santé que pour les patients.

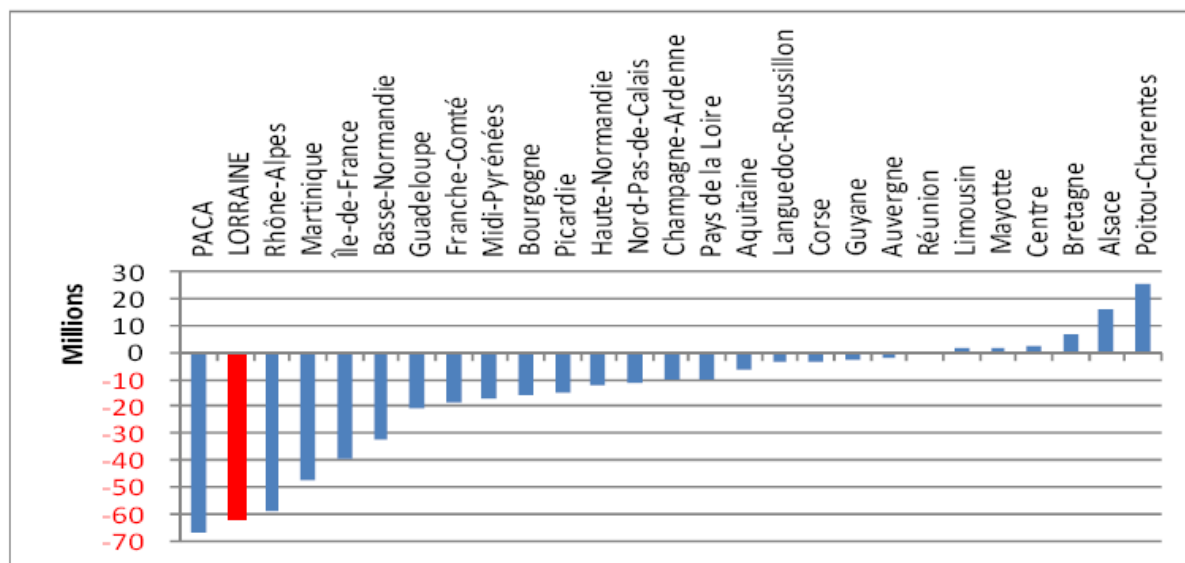
Les constats et perspectives portant sur l'aspect médico-économique :

- Passage en T2A des ex-hôpitaux locaux sur l'activité de médecine
- Déploiement de la T2A en SSR
- Dimensionnement non efficient de certains services
- Etablissements de santé déficitaires :

En 2010, la lorraine compte 48 établissements de santé (ES) publics, 29 ESPIC et 24 privés à but lucratif.

33 établissements sont déficitaires sur les 77 publics et ESPIC.

La lorraine est l'avant dernière région au niveau national du point de vue du déficit de ces établissements de santé.



Face à la suroffre régionale, aux problématiques démographiques et budgétaires des ES, la recomposition de l'offre de soins s'impose pour garantir une offre accessible pour tous les patients.

Celle-ci doit se faire dans le cadre d'une gradation des soins, organisée en 3 niveaux :

- Le niveau de recours régional voire interrégional, en relation avec la fonction universitaire. En Lorraine ce niveau est organisé autour du pôle hospitalo-universitaire et de la CHT du sillon lorrain (CHU / CHR Metz-Thionville) appelée à se développer dans son champ et l'intensité de ses actions communes ou partagées au cours du schéma.  
Le pôle hospitalo-universitaire est composé du CHU Nancy qui fédère autour de lui les établissements disposant d'activités hospitalo-universitaires : la Maternité Régionale (appelée à fusionner avec le CHU), le CPN, le CAV.
- Le niveau de recours infra régional qui s'organise en Lorraine autour :
  - des 3 CHT périphériques structurantes (CHT Bar-le-Duc / Verdun, CHT Forbach / Sarreguemines et CHT Epinal / Remiremont), qui doivent bénéficier à ce titre des soutiens médicaux prioritaires du CHU-CHR.
  - des établissements périphériques qui exercent des activités de recours (réanimation, USIC, UNV, maternité niveau 2B) sur leur territoire.

En outre, des coopérations public/privé sont à rechercher sur des activités telles que le traitement du cancer ou la périnatalité, pour répondre aux impératifs de seuils ou d'optimisation des blocs opératoires ou des plateaux d'imagerie.

- Le niveau de proximité composé des pôles de proximité ou de premier niveau (constitués des autres établissements de santé et des ex hôpitaux locaux) ouverts sur la ville et en étroite relation avec le secteur médico-social.

#### **b. Les leviers d'action :**

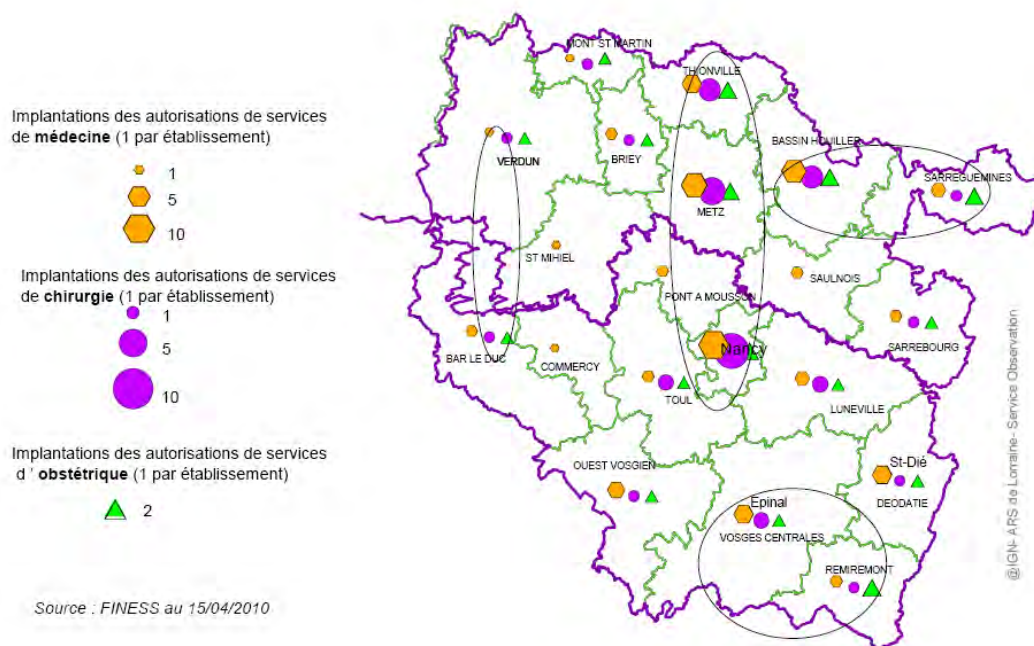
Face à ces constats, l'ARS possède différents leviers d'action permettant d'améliorer l'offre de soins régionale ; mais elle doit agir en lien avec les autres partenaires des champs de la prévention, médicosocial, ambulatoire...

Les leviers d'action possibles sont :

- Sur le plan régional :
  - Investissement de la problématique de démographie médicale et paramédicale en lien avec les SROS PRS volet ambulatoire (développer plusieurs mesures pour favoriser l'installation des internes de médecine générale en qualité de médecin généraliste, financement de postes d'assistants spécialistes temps partagés pour les spécialités les plus déficitaires de la région...)
  - Dynamique régionale entre professionnels de santé à soutenir sur les thématiques le nécessitant. (ex prise en charge de l'enfant et adolescent, la filière AVC...)
  - Installation de l'instance opérationnelle de dialogue courant 2012 pour poursuivre le dialogue avec les acteurs hospitaliers sur des thématiques telles que les missions de service public, les taux de recours...
- Sur le plan territorial :
  - Mise en œuvre des schémas régionaux et interrégionaux d'organisation, socle des autorisations, et leurs déclinaisons territoriales (rôle de l'animation territoriale)
  - Déclinaison des schémas dans les programmes territoriaux de santé et/ou les projets médicaux de territoire
- Au niveau des établissements de santé
  - Signature des CPOM ARS / établissement devant inclure la déclinaison du PRS et en particulier du SROS PRS : importance des filières de soins, modalités de coopération avec les autres établissements du territoire sur tous les champs...
  - Etude des projets d'établissement, Suivi des procédures de certification,
  - Favoriser les coopérations (CHT, GCS, GIE, GIP,...), conventions de coopération
  - Conforter et/ou développer les missions de service public
- Les professionnels de santé en établissement
  - Développer les temps partagés, mutualisation de professionnels, consultations avancées...
- Articulations avec les partenaires locaux à l'aide notamment des



- Contrats Locaux de Santé
- Contrat urbain de cohésion sociale
- Les organismes sociaux et mutuels...



## Missions de Service Public

### I. METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Diagnostic sur les missions de service public effectué en lien avec les chefs de projet pour l'ensemble des missions de service public faisant l'objet d'un volet spécifique du SROS/PRS.

Diagnostic sur les missions de service public effectué en lien avec les différentes personnes ressources au sein et hors de l'ARS pour les autres missions de service public.

### II. CONTEXTE

- Mise en œuvre de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST.
- Articles L6112-1 et suivants du Code de la Santé Publique modifiés par cette même loi et rappelant notamment les 14 missions de service public susceptibles d'être assurées en tout ou partie par les établissements de santé, à savoir:
  - la permanence des soins
  - la prise en charge des soins palliatifs
  - l'enseignement universitaire et postuniversitaire
  - la recherche
  - le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers
  - la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence
  - les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (cf schéma régional de prévention)
  - l'aide médicale urgente
  - la lutte contre l'exclusion sociale
  - les actions de santé publique
  - la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
  - les soins dispensés aux détenus
  - les soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile
  - les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté (la région Lorraine n'est pas concernée)

### III. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins) DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Certaines des missions de service public font l'objet d'un volet spécifique du SROS/PRS, à savoir :

- la permanence des soins en établissement de santé
- la prise en charge des soins palliatifs
- l'aide médicale urgente
- la lutte contre l'exclusion
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier

Le diagnostic des conditions de mise en œuvre de ces missions au moment de la parution de la loi HPST est donc présenté dans le cadre des travaux propres à ces volets, qui permettront de procéder à l'évaluation des besoins non couverts ainsi que de prévoir les actions à mettre en œuvre afin de les satisfaire.

S'agissant des autres missions de service public assurées par les établissements de santé, les éléments suivants peuvent être relevés :

- Pour ce qui concerne l'enseignement universitaire et postuniversitaire, l'instruction N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine détermine les modalités de la concertation entre l'ARS, la faculté de médecine et les représentants de la communauté médicale et des étudiants en médecine dans le cadre de l'agrément des terrains de stage. Ainsi l'évaluation des besoins a lieu dans le cadre de la commission d'évaluation des besoins qui se réunit une à deux fois par an. Si des besoins non couverts sont mis en évidence, un appel à candidature est lancé auprès des établissements de santé concernés (par territoire, par filière...)
- S'agissant de la recherche, la définition du besoin à couvrir ne se fait pas au niveau régional mais au niveau national dans le cadre d'appels à projets lancés par la DGOS à destination des établissements de santé. Le rôle et la mission spécifiques des CHU en la matière sont notables et réaffirmés. En Lorraine, trois établissements sont actuellement concernés par des programmes de financements pluriannuels de la recherche se traduisant par des dotations STIC ou PHRC, à savoir le CHU, le CAV et le CHR
- En ce qui concerne la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, les quatre territoires de santé lorrains sont dotés en établissements susceptibles d'accueillir ces patients. Le besoin est donc couvert.

**Etat des lieux des établissements prenant en charge les personnes hospitalisées sans leur consentement en 2011**

|                    | Nb d'établissements |
|--------------------|---------------------|
| Meurthe et Moselle | 5                   |
| Meuse              | 2                   |
| Moselle            | 4                   |
| Vosges             | 1                   |
| Lorraine           | 12                  |

- Le développement professionnel continu est une mission qu'il appartient à l'ensemble des établissements de santé de mettre en œuvre. Le besoin est donc considéré comme potentiellement couvert en volume.  
Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.
- S'agissant des actions de santé publique, elles ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé. Le besoin est par principe réputé couvert.
- S'agissant des soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile, un centre de rétention est concerné en région, localisé à Metz. Le besoin est donc couvert.

#### **IV. ATTRIBUTION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC**

La procédure d'attribution des missions de service public aux établissements de santé est la suivante :

- Il existe une procédure de reconnaissance prioritaire aux établissements de santé assurant des missions lors de la publication de la loi HPST
- En cas de besoins non couverts ou partiellement couverts, un appel à candidature est lancé
- En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature, une désignation unilatérale par le DGARS intervient

L'attribution de la mission est inscrite dans le CPOM.

La mise en œuvre d'une mission de service public ne donne pas nécessairement lieu à contrepartie financière. Certaines missions de service public font d'ores-et-déjà l'objet de financements préexistants, notamment de tarifs ou de dotations MIG.

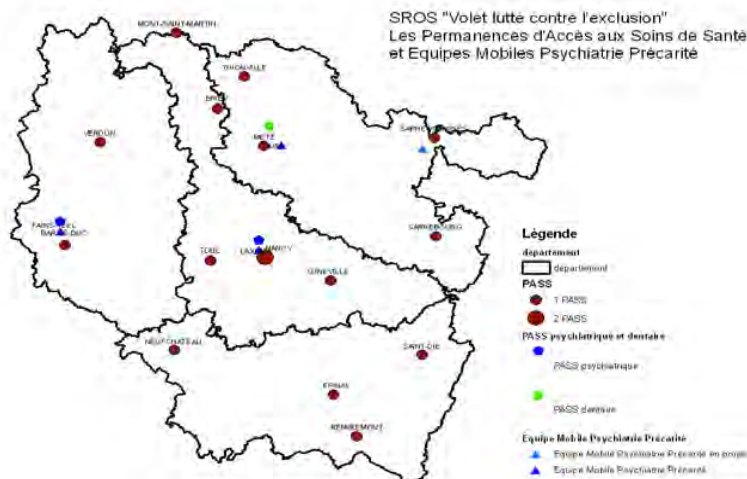
## LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

### Diagnostic régional et territorial

#### 1°) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Inventaire des établissements assurant la mission :

19 PASS dans la région, dont 3 spécialisées, soit 2 PASS en Psychiatrie et une PASS dentaire :



Les PASS sont situées dans les établissements de santé suivants :

*En Meurthe et Moselle* : CHU Nancy, Maternité Régionale Nancy, CH Toul, CH Lunéville, CH Briey, ALPHA-SANTE Mont-Saint-Martin, CPN Laxou

*En Meuse* : CH Bar-le-Duc, CH Verdun, CHS Fains-Veel

*En Moselle* : CHR à METZ, CHR à Thionville, PASS dentaire au CHR METZ, CH Sarrebourg, CH Sarreguemines

*Dans les Vosges* : CH Epinal, CH Remiremont, CH Saint-Dié, CH Neufchâteau.

Les PASS ont accueilli en 2010 plus de 3100 personnes (4500 consultations sociales, 3000 consultations médicales).

#### Evaluation du besoin non couvert

**Implantation des PASS somatiques** : territoire régional globalement couvert, sauf pour ce qui concerne le **Bassin Houiller en Moselle** qui rassemble plus de 10 % de la population lorraine (248 744 habitants) et concentre une population importante en situation de précarité.

#### **Implantation des PASS dentaires :**

- Une seule PASS dentaire en Lorraine, située au CHR de Metz-Thionville ouverte en 2010 avec une activité encore limitée.
- Sur le territoire de Nancy, à l'initiative de Médecins du Monde, une offre de soins dentaires pour les plus démunis qui n'est pas en capacité de répondre aux besoins de soins dentaires des plus démunis.

Il apparaît donc opportun de créer à Nancy, en lien avec les acteurs concernés, une véritable PASS dentaire, en tenant compte de l'expérience existante sur le secteur.

#### **Fonctionnement des PASS :**

Mission attendue des PASS assurée de façon variable suivant les établissements, aussi bien au niveau de l'accueil du public-cible, de l'articulation avec les autres services de l'établissement ou du partenariat avec les acteurs incontournables extérieurs à l'hôpital.

Il en découle l'intérêt de définir et de mettre en œuvre un socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS de manière à ce que le service attendu d'une PASS soit rendu pour les usagers **de tous** les établissements de santé lorrains concernés.

## **2°) Les équipes mobiles assurant le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie**

### Inventaire des établissements assurant la mission

Aucune équipe mobile précarité MCO financée dans la région, en vue de la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

### Evaluation du besoin non couvert

Besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé, pour qui la santé n'est pas une priorité et qui ont des difficultés à poursuivre, dans la durée, une démarche de soins entamée.

La création d'une équipe mobile précarité, articulée avec la PASS et bénéficiant de son expertise, permettrait à des professionnels de santé de sortir des murs de l'hôpital, d'aller à la rencontre des personnes en difficulté dans leurs lieux de vie et de faire le lien avec les professionnels de santé et sociaux qui suivent ces publics en vue d'anticiper une rupture dans les traitements ou une aggravation de l'état de santé souvent déjà précaire.

Réflexion et démarches avancées sur ce sujet sur certains sites :

- Actions à l'extérieur de l'hôpital menées par la PASS de Bar-le-Duc : tenue de permanences au sein de structures sociales et/ou de maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnement physique vers la PASS de personnes éloignées géographiquement, suivi après hospitalisation de personnes en difficultés d'accès aux soins et aux droits.
- A Nancy, dans le prolongement des travaux de coordination déjà engagés par le CHU auprès des structures sociales ou médico-sociales du secteur, réflexion engagée sur la nécessité de développer une approche « santé » dans les milieux de vie des personnes les plus marginalisées.

Il est souhaitable, dans le cadre des moyens disponibles, de soutenir les démarches pertinentes d'ores et déjà enclenchées sur ces secteurs et de chercher à étendre cette modalité d'action de lutte contre l'exclusion à d'autres territoires de la région concentrant une population précaire importante.

## **3°) L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité**

### Inventaire des établissements assurant la mission

Neuf établissements en Lorraine, remplissant les critères d'attribution (un taux de séjours CMU/CMUC/AME supérieur ou égal à 10,5 % et un seuil plancher de dépenses fixé à 40 000 €) bénéficient de cette MIG destinée à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité :

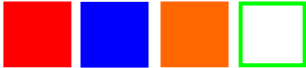
- En Meurthe et Moselle : la Maternité Régionale (309 296 €) et le CH de Lunéville (155 000 €)
- En Meuse : le CH de Verdun (317 000 €)
- En Moselle : le CH de Forbach (306 507 €), Hospitalor Forbach (46 829 €), Hospitalor Saint-Avold (149 981 €), Alpha-Santé Hayange (232 511 €).
- Dans les Vosges : le CH d'Epinal (346 351 €) et le CH de Saint-Dié (234 063 €).

Enveloppe totale affectée à la Lorraine : 2 097 538 €.

Il sera demandé, au terme de trois années de montée en charge puis de stabilisation de ce dispositif, d'évaluer la réalité des moyens mis en œuvre par les établissements pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                                                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel : Permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, un accès effectif à une PASS assurant l'accueil, le soutien, l'accompagnement en coordination avec les acteurs locaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social | Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3 ; 6-1 ; 6-2<br>Priorité 4 : Objectif spécifique 11-1 ; 11-3  |
| Objectif opérationnel : Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics en précarité                                                                                                                                                                                       | Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3 ; 6-1 ; 6-2<br>Priorité 4 : Objectif spécifique 11-1 ; 11-3  |
| Objectif opérationnel : Conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie, en coordination avec les associations, les médecins généralistes ...                                                                     | Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3; 6-1 ; 6-2<br>Priorité 4 : Objectif spécifique : 11-1 ; 11-3 |

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Lutte contre l'exclusion</b> | <b>Permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, un accès effectif à une PASS assurant l'accueil, le soutien, l'accompagnement en coordination avec les acteurs locaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Créer une PASS dans le bassin houiller, en veillant à ce qu'elle développe un travail de coordination avec les acteurs sociaux et de santé du secteur. Intégrer le dispositif dans le projet de restructuration des établissements de santé du bassin houiller.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Mesure n°2<br> | Mettre en œuvre un socle minimum d'exigences de fonctionnement au sein de toutes les PASS de la région concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'identification et la visibilité de la PASS au sein de l'établissement de santé</li> <li>- les publics accueillis et les modalités d'accueil</li> <li>- l'articulation de la PASS avec les autres services de l'établissement</li> <li>- l'établissement de relations formalisées avec les acteurs sociaux et de santé du secteur en relation avec le public démuné</li> </ul> <b>En annexe</b> : socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Acteurs sociaux, ES et médico-sociaux...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer l'accès aux PASS des personnes en difficulté<br><b>Indicateurs</b><br>Création d'une PASS dans le Bassin Houiller<br>Elaboration et diffusion d'une plaquette d'information au public et aux partenaires par toutes les PASS dans les 2 ans<br>Réunion annuelle d'un COPIL dans 80 % des PASS | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRAPS                                                             |



|                                                                 |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Lutte contre l'exclusion</b> | <b>Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics en précarité</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Créer une PASS dentaire à Nancy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mesure n°2<br> | Optimiser le fonctionnement de la PASS dentaire de Metz :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- développer la communication sur l'existence et le rôle de la PASS</li> <li>- augmenter le volume d'activité de la PASS</li> <li>- développer la mission d'accompagnement des publics en difficultés et de motivation à aller vers les soins dentaires, en lien avec les dispositifs existants</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Formaliser des liens entre les PASS et des dispositifs ou ressources locaux susceptibles d'accueillir les publics de la PASS en matière de soins dentaires: PASS dentaires, service odontologique de l'hôpital, dentistes libéraux, cliniques dentaires, centres de santé...                                                                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | PASS, services dentaires hospitaliers et libéraux, centres de santé...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la prise en charge dentaire des publics en difficulté<br><br><b>Indicateurs :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins 300 personnes soignées chaque année par la PASS dentaire du CHR Metz-Thionville</li> <li>- Etablissement d'une convention entre la PASS et une structure de soins dentaires par 80 % des établissements porteurs de PASS d'ici 2014.</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRAPS                                                             |

|                                                                 |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Lutte contre l'exclusion</b> | <b>Conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie, en coordination avec les associations, les médecins généralistes, ...</b> |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Evaluer le fonctionnement des PASS en ce qui concerne leurs modalités de partenariat avec les acteurs extérieurs.<br><br>Réaffecter les marges de manœuvre disponibles vers le développement des équipes mobiles précarité le cas échéant, en privilégiant les territoires ayant déjà fait preuve de leur engagement dans cette démarche |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la prise en charge des personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie<br><br><b>Indicateur</b><br>Une équipe mobile précarité mise en place au moins au sein de 2 territoires de santé de la région (une en milieu rural et une en milieu urbain) | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRAPS                                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional</li> </ul>                   |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'une PASS dentaire à Nancy</li> </ul>                                                                            |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                        |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'une PASS dans le bassin houiller</li> <li>Optimisation du fonctionnement de la PASS dentaire de Metz</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                                                        |

#### PASS

|                    | Etat des lieux 2011 | Réponse aux besoins à échéance du SROS-PRS |
|--------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| Meurthe et Moselle | 7                   | 8                                          |
| Meuse              | 3                   | 3                                          |
| Moselle            | 5                   | 6                                          |
| Vosges             | 4                   | 4                                          |
| Lorraine           | 19                  | 21                                         |

#### Equipe mobile précarité

|                    | Etat des lieux 2011 | Réponse aux besoins à échéance du SROS-PRS            |
|--------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|
| Meurthe et Moselle | 0                   | 0 à 1                                                 |
| Meuse              | 0                   | 0 à 1                                                 |
| Moselle            | 0                   | 0                                                     |
| Vosges             | 0                   | 0                                                     |
| Lorraine           | 0                   | 0 à 2                                                 |
|                    |                     | <i>En fonction des marges de manœuvre disponibles</i> |

## PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSES)

### Diagnostic régional et territorial

La permanence de soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8 heures du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ du MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN.

Un cadre national est défini et il est commun aux secteurs public et privé. De plus, le dispositif de financement sur crédits MIG est unique et fongible pour la permanence des soins en établissement de santé.

L'année 2011 est une année de transition afin d'arriver à un dispositif de financement unique et fongible de la permanence des soins en établissement de santé.

Ce dispositif est harmonisé, commun aux secteurs public et privé avec une inclusion des établissements Ex-OQN et des médecins libéraux dans le dispositif de financement sur les crédits MIG.

**Sur la base du guide méthodologique national, les critères de définition du schéma cible sont les suivants :**

- Des obligations de permanence médicale fixées dans le régime d'autorisation des activités de soins et que l'ARS de Lorraine a choisi d'inscrire de principe dans le schéma cible si l'activité en PDSES le justifiait
- Des champs et des structures exclus (SSR, USLD, HAD, Cancérologie, hôpitaux locaux, psychiatrie, greffe) car relevant de la continuité des soins ou faisant l'objet de dispositifs spécifiques d'indemnisation
- Des spécialités médico-techniques (imagerie, pharmacie, biologie) ne relevant pas, selon le guide méthodologique national, de la PDSES. Sous couvert de mutualisations, certaines spécialités peuvent être retenues par les ARS au vu des marges existantes sur le schéma cible. A ce titre, l'ARS de Lorraine a décidé de réserver une enveloppe à hauteur d'environ 1,5 M € sur la MIG PDSES pour couvrir la PDSES en radiologie dans le cadre du dispositif régional de PDSES en téléradiologie.

### Méthodologie :

Une enquête a été adressée à l'ensemble des établissements de santé de la région pour évaluer les besoins en couverture de PDSES. Seules les lignes de gardes et d'astreintes ont été renseignées ne permettant pas à elles seules d'approcher les besoins.

En l'absence de données d'activité, le groupe expert a étudié les lignes de gardes et astreintes et une concertation individuelle avec chaque établissement a été menée par l'ARS.

Ainsi un schéma cible, répondant aux exigences suivantes, a pu être élaboré:

- Pertinence ou non d'intégration de spécialités en PDSES (ex. : dermatologie et rhumatologie non retenues)
- Lignes d'astreinte et garde retenues pour couvrir l'ensemble des structures d'urgence du territoire pour toutes les spécialités
- Opérationnalité des lignes déclarées par les établissements en mettant en regard le nombre effectif de praticiens qui les réalisent (estimation de 4 à 5 praticiens au minimum pour une garde et de 3 ou 4 pour une astreinte opérationnelle). Les lignes dont le nombre de praticiens est connu et inférieur à ces seuils, n'ont pas été, sauf exceptions, retenues dans la première version du schéma (cas des lignes fonctionnant avec 1 seul praticien par exemple.)

- Suppression des doublons, propositions de mutualisation et définition de lignes qui seront soumises à appel à candidature.

Afin de soutenir la formation des praticiens, l'ARS de Lorraine a choisi d'intégrer (en concertation avec le groupe expert et sur la base des critères d'analyse et des exigences ci-dessus) les astreintes et les gardes d'internes déclarées par les établissements.

#### Elaboration du schéma cible :

Le schéma établi à l'issue des concertations menées est la version initiale, applicable pour l'année 2012. Il définit l'ensemble des lignes de gardes et astreintes pour la région.

L'ensemble des lignes retenues devra répondre au futur cahier des charges générique (fonctionnement 365j/an, tarification secteur 1, ...) et éventuellement spécifique à une discipline particulière comme par exemple la chirurgie viscérale (couverture territoriale, réponse téléphonique, recours régional, ...).

Ce schéma initial sera soumis à une évaluation au cours de l'année 2012. La vérification de l'opérationnalité des lignes retenues et l'identification des besoins permettra de l'optimiser.

Dès à présent certaines disciplines ou lignes posent question quant à l'organisation territoriale proposée. L'évaluation permettra de se pencher sur la pertinence de celles-ci (ex. : urologie, ophtalmologie, néphrologie pour dialyse aigue, ...).

| Objectifs opérationnels                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel : Faire vivre le schéma cible de PDSES | Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente (11.1, 11.2)<br>Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.1, 5.2) |

| Objectif opérationnel PDSES                                                                       | Faire vivre le schéma cible de PDSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |
| Mesure n°1<br>   | Evaluer annuellement le schéma : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité par lignes</li> <li>• Nombre de praticiens</li> <li>• Suivi des transferts</li> <li>• Identification des besoins</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br>   | Créer une instance opérationnelle de dialogue : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Echanges autour du diagnostic</li> <li>• Propositions</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |
| Mesure n°3<br>   | Optimiser l'organisation régionale et territoriale de la PDSES : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans une logique de gradation des soins</li> <li>• En lien avec la permanence des soins ambulatoire</li> <li>• En intégrant la notion de filières spécialisées</li> <li>• En mutualisant les lignes de gardes ou d'astreintes sur les territoires qui le nécessitent</li> </ul> par l'élaboration d'un cahier des charges. |                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br> | Intégration dans le ROR du schéma de PDSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Fédérations hospitalières – Etablissements sanitaires- URPS- réseau lorraine urgences<br>Professionnels de santé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                           | Schéma efficient de PDSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Indicateur n°<br>Obtention des volumes d'activité en PDSES par ligne retenue.<br>Rédaction du cahier des charges |
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
| SROS-PRS volet hospitalier et volet ambulatoire                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
| Programme Régional de Télémédecine                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |

| Déclinaison territoriale (en cours) |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

## SCHEMA PDSES - version initiale 2012

Représentation par appel à candidature

|                    |                |                                                | Urgences Privés | Urgences de psychiatrie | Résumés et autres | UHS | Chirurgie cardiaque | Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie (type II) | Neurochirurgie | Neurochirurgie (démantation) | Neurochirurgie (arthroscopie) | UHV | Activité interventionnelle par voie endovasculaire en neurologie | Traitement des grands brûlés | Traitement des grands brûlés (démantation) | Neonatalogie (24 et 31) | Pédiatrie | Laboratoire + 1500 consultations | Pédiatrie |
|--------------------|----------------|------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|-----|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
|                    |                |                                                | G               | AD                      | AS                | G   | GI                  | AO                                                                                                   | G              | AD                           | G                             | AD  | AS                                                               | G                            | AD                                         | G                       | AD        | G                                | AD        |
| Meurthe-et-Moselle | Region         | Ligne soumise à candidature (recours régional) |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    | Brizay         | CH Brizay                                      |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    | Lunéville      | CH Lunéville                                   |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    | Mont St Martin | Clinique Jeanne d'Arc                          |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Alpha Santé                                    |                 |                         | 1                 |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Maternité Régionale                            |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           | 1                                | 1         |
|                    |                | Polyclinique Mayeulle                          |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique Ambroise Paré Nancy                   |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique St André Nancy                        |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Polyclinique Gentilly - St Don                 | 1               |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
| Meuse              |                | CHRU                                           |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique Louis Pasteur                         |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Lignes soumises à candidature                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Centre Emile Gallé                             |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Toul                                        |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Pont à Mousson                              |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Polyclinique Bar-le-Duc                        |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Bar-le-Duc                                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Lignes soumises à candidature                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Verdun                                      |                 |                         | 1                 |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
| Moselle            |                | CH Forbach                                     |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH St Avold                                    |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique St Nabon                              |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Freyming Marébaix                           |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Hospital St Avold                              |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Sarrebourg                                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Sarreguemines                               |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique Claude Bernard                        | 1               |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CHR Metz                                       |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Lignes soumises à candidature                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
| Vosges             |                | Hôpitaux Privés Metz                           |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | HIA LEGOUEST                                   |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Alpha Santé                                    |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CHR Talonville                                 |                 |                         | 1                 |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Epinal                                      |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Remiremont                                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Polyclinique de la Vierge-Bleue                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Clinique Arc en Ciel                           |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Neufchâteau                                 |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Vittel                                      |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | Lignes soumises à candidature                  |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH Gérardmer                                   |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH St Dié                                      |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                | CH St Dié                                      |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |
|                    |                |                                                |                 |                         |                   |     |                     |                                                                                                      |                |                              |                               |     |                                                                  |                              |                                            |                         |           |                                  |           |



SCHEMA PDSES - version initiale 2012

 ligne concernée par appel à candidature

|                         |                               |                                                | obstétrique +1500 naissances<br>Gynéco-Ob |    |    | obstétrique +1500 naissances<br>Anesthésie |    |    | Gynéco obstétrique mat -<br>1500 naissances |    | Chirurgie Gynéco | Pédiatrie |                       |    |    |           |               | Anesthésie |     |     |           | Chirurgie vasculaire |           |               |    | Activités interventionnelles<br>sous imagerie médicale par<br>voies endovasculaires en<br>cardiologie (type 1 -<br>dilatation) |               | Chirurgie cardiaque<br>(hors obligations) |  |
|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|----|--------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------|----|------------------|-----------|-----------------------|----|----|-----------|---------------|------------|-----|-----|-----------|----------------------|-----------|---------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--|
|                         |                               |                                                | G                                         | GI | AO | G                                          | GI | AO | G                                           | AO | AO               | G         | 1/2 G<br>et 1/2<br>AO | AO | AS | G interne | AO<br>interne | G          | AO  | AS  | G interne | AO                   | G Interne | AO<br>Interne | AO | AO                                                                                                                             | AO<br>interne |                                           |  |
| Meurthe et Moselle      | Région                        | Ligne soumise à candidature (recours régional) |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Briey                         |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             | 1  |                  |           |                       |    | 1  |           |               |            | 1   |     |           |                      |           |               | 1  |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Lunéville                     |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             | 1  |                  |           |                       |    | 1  |           |               | 1          |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Mont St Martin                |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Nancy                         | Alpha Santé                                    |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    | 1                |           |                       |    | 1  |           |               |            | 1   |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Maternité Régionale                            | 1                                         | 1  | 1  | 1                                          | 1  |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Polyclinique Majorelle                         | 1                                         |    |    |                                            | 1  |    |                                             |    | 1                |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Clinique Ambroise Paré Nancy                   |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Clinique ST André Nancy                        |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Polyclinique Gentilly - St Don                 |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | CHRU                                           |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            | 1   |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Clinique Louis Pasteur                         |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           | 1                     |    |    | 0,3       | 1             |            | 2,3 | 5,7 |           | 1                    |           | 1             |    | 1                                                                                                                              |               | 1                                         |  |
|                         | Meuse                         | Lignes soumises à candidature                  |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Centre Emile Gallé      |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| CH Toul                 |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| CH Pont à Mousson       |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Polyclinique Barle Duc  |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Moselle                 | Bar le Duc                    |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | CH Bar le Duc                 |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Lignes soumises à candidature |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Verdun                        |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Bassin Houiller               | CH Verdun                                      |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | CH Forbach                                     |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | CH St Avold                                    |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Sarreguemines                 | Clinique St Nabor                              |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Cx Freyming Marlebach                          |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Hôpital St Avold                               |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| CH Sarregbourg          |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| CH Sarreguemines        |                               |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Clinique Claude Bernard |                               | 1                                              |                                           |    |    | 1                                          |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| CHR Metz                |                               | 1                                              | 1                                         |    |    | 1                                          |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               | 1          | 2   |     | 0,9       |                      | 1         |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Vosges                  | Lignes soumises à candidature |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Hôpitaux Privés Metz          |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | HSA LEGUEST                   |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Hayange                       |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
| Vosges                  | Thionville                    |                                                |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | CH Thionville                 | 1                                              | 1                                         |    |    | 1                                          |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Epinal-Remiremont             | CH Epinal                                      |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | CH Remiremont                                  |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         | Neufchâteau-Vittel            | Polyclinique de la Ligne bleue                 |                                           |    |    |                                            | 1  |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | Clinique Arc en Ciel                           | 1                                         |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |
|                         |                               | CH Neufchâteau                                 |                                           |    |    |                                            |    |    |                                             |    |                  |           |                       |    |    |           |               |            |     |     |           |                      |           |               |    |                                                                                                                                |               |                                           |  |

## SCHEMA PDSES - version initiale 2012

 Ligne concernée par appel à candidature

|                      |                               |                                                | Chirurgie thoracique                                          |            | Chirurgie viscérale et digestive |     |      |           | Chirurgie ortho/traumatologie |                 |     |      | Chirurgie ophtalmologie |            |    |    | Urologie  |            |    |    |            |   |
|----------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-----|------|-----------|-------------------------------|-----------------|-----|------|-------------------------|------------|----|----|-----------|------------|----|----|------------|---|
|                      |                               |                                                | AO                                                            | AO interne | 1/2 G et 1/2 AO                  | AO  | AS   | G Interne | AO Interne                    | 1/2 G et 1/2 AO | AO  | AS   | G Interne               | AO Interne | AO | AS | G Interne | AO Interne | AO | AS | AO Interne |   |
| Meurthe et Moselle   | Région                        | Ligne soumise à candidature (recours régional) |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Briey                         | CH Briey                                       |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Lunéville                     | CH Lunéville<br>Clinique Jeanne d'Arc          |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            | 1  |    |            |   |
|                      | Mont St Martin                | Alpha Santé                                    |                                                               |            |                                  | 1   | 1    |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Nancy                         | Maternité Régionale                            |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Polyclinique Majorelle                         |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Clinique Ambroise Paré Nancy                   |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Clinique ST André Nancy                        |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Polyclinique Gentilly - St Don                 |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    | 1  |            |   |
|                      |                               | CHRU                                           | 1                                                             | 1          |                                  | 2   |      |           | 1                             |                 | 1   |      |                         | 1          |    |    |           |            |    | 1  |            | 1 |
|                      |                               | Clinique Louis Pasteur                         |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Lignes soumises à candidature                  |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    | 1  |           |            |    |    |            |   |
|                      | Centre Emile Gallé            |                                                |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 | 1   |      |                         | 1          |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | CH Toul                       |                                                |                                                               |            | 1                                |     |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Meuse                         | Bar le Duc                                     | CH Pont à Mousson<br>Polyclinique Bar le Duc<br>CH Bar le Duc |            |                                  |     | 1    |           |                               |                 |     | 1    |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
| Verdun               |                               | Lignes soumises à candidature                  |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            | 1  |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | CH Verdun                                      |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
| Moselle              | Bassin Houllier               | CH Forbach                                     |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    | 1  |            |   |
|                      |                               | CH St Avoird                                   |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Clinique St Nabor                              |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | CH Freyming Merlebach                          |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Hôpital St Avoird             |                                                |                                                               |            | 1                                |     |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    | 1  |            |   |
|                      | Sarrebourg                    | CH Sarrebourg                                  |                                                               |            |                                  | 1   |      | 1         |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Sarreguemines                 | CH Sarreguemines                               |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    | 1  |            |   |
|                      | Metz                          | Clinique Claude Bernard                        |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | CHR Metz                                       |                                                               |            |                                  | 1   |      | 1         |                               |                 | 1   |      |                         | 1          |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Lignes soumises à candidature                  |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    | 1  |           |            |    |    | 2          |   |
| Hôpitaux Privés Metz | 1                             |                                                |                                                               | 1          |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
| Vosges               | Hayange                       | HIA LEGOUËST                                   |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               | 1               |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Thionville                    | Alpha Santé<br>CH Thionville                   |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Epinal-Remiremont             | CH Epinal                                      |                                                               |            |                                  | 0,8 |      |           |                               |                 | 0,8 |      |                         | 1          |    |    |           |            |    |    | 1          |   |
|                      |                               | CH Remiremont                                  |                                                               |            |                                  | 0,8 |      |           |                               |                 | 0,8 |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | Polyclinique de la Ligne bleue                 |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Neufchâteau-Vittel            | Clinique Arc en Ciel                           |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | CH Neufchâteau                                 |                                                               |            |                                  | 1   |      |           |                               |                 | 1   |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               | CH Vittel                                      |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      | Lignes soumises à candidature |                                                |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            | 1  |    |           |            |    | 1  |            |   |
|                      | St Dié                        | CH Gérardmer<br>CH St Dié                      |                                                               |            |                                  |     |      |           |                               |                 |     |      |                         |            |    |    |           |            |    |    |            |   |
|                      |                               |                                                |                                                               | 2          | 1                                | 1   | 19,6 | 1         | 2                             | 1               | 1   | 18,6 | 1                       | 2          | 2  | 4  | 0         | 0          | 0  | 8  | 2          | 1 |

SCHEMA PDSES - version initiale 2012

 ligne concernée par appel à candidature

|                    |                                                | Chirurgie de la Main            |           | Chirurgie infantile dont MANN |    |            | ORL |    |           |            | Oculoto |    | Matière faciale |    |            | Cardiologie adulte + enfant |    |    |           |
|--------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------------|----|------------|-----|----|-----------|------------|---------|----|-----------------|----|------------|-----------------------------|----|----|-----------|
|                    |                                                | AO                              | G Interne | AO                            | AS | AO Interne | AO  | AS | G Interne | AO Interne | G       | AS | AO              | AS | AO Interne | G                           | AO | AS | G Interne |
| Region             | Ligne soumise à candidature (recours régional) |                                 |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
| Meurthe et Moselle | Briey                                          | CH Briey                        |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             | 1  |    |           |
|                    | Lunéville                                      | CH Lunéville                    |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             | 1  |    |           |
|                    | Mont St Martin                                 | Clinique Jeanne d'Arc           |           |                               |    |            |     | 1  |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | Alpha Santé                     |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Maternité Régionale             |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Polyclinique Majorette          |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Clinique Ambroise Paré Nancy    |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Clinique St André Nancy         |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Polyclinique Gentilly - St Don  | 1         |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CHRU                            |           | 2                             | 1  | 2          | 1   |    |           | 1          | 0,3     |    | 1               |    | 1          |                             |    | 2  | 1         |
|                    |                                                | Clinique Louis Pasteur          |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Urgences soumises à candidature |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Centre Emile Gallé              | 1         |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Toul                         |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | CH Pont à Mousson               |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
| Meuse              | Bar le Duc                                     | Polyclinique Bar le Duc         |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Bar le Duc                   |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | Urgences soumises à candidature |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
| Moselle            | Verdun                                         | CH Verdun                       |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Forbach                      |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH St Avoird                    |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | Clinique St Nabor               |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Freyming Merlebach           |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Hôpital St Avoird               |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    | Sarrebourg                                     | CH Sarrebourg                   |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    | Sarreguemines                                  | CH Sarreguemines                |           |                               |    |            |     | 1  |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | Clinique Claude Bernard         | 1         |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CHR Metz                        | 1         | 1                             |    |            |     | 1  | 1         |            |         | 1  | 1               |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Urgences soumises à candidature |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Hôpitaux Privés Metz            |           |                               | 2  |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | HIA LIGOUËST                    |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    | Hayange                                        | Alpha Santé                     |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    | Thionville                                     | CH Thionville                   |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         | 1  | 1               |    |            | 1                           |    |    | 1         |
| Vosges             |                                                | CH Epinal                       |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    | Epinal-Remiremont                              | CH Remiremont                   |           |                               |    |            | 1   |    |           |            |         |    |                 | 1  |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | Polyclinique de la Ligne bleue  |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Clinique Arc en Ciel            |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Neufchâteau                  |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | CH Vittel                       |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | Urgences soumises à candidature |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    |                                                | CH Gérardmer                    |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    |    |           |
|                    | St Dié                                         | CH St Dié                       |           |                               |    |            |     |    |           |            |         |    |                 |    |            |                             |    | 1  |           |
|                    |                                                | 4                               | 1         | 4                             | 1  | 2          | 9   | 3  | 1         | 1          | 0,3     | 2  | 3               | 1  | 1          | 1                           | 11 | 5  | 2         |

## SCHEMA PDSES - version initiale 2012

 ligne concernée par appel à candidature

|                    |                               |                                                | Hémodialyse pour enfants | Néphrologie<br>(dialyse adulte) |    |                            |    | Endoscopie digestive |   | Neurologie |                         |            |     | EEG | Généralistes / hématop-<br>pathologistes |   |    | Pneumologie |           |   |  |
|--------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----|----------------------------|----|----------------------|---|------------|-------------------------|------------|-----|-----|------------------------------------------|---|----|-------------|-----------|---|--|
|                    |                               |                                                | AS                       | AO                              | AS | 1/2 G et 1/2<br>AO Interne | AO | AS                   | G | AS         | 1/2 G 1/2 AO<br>Interne | AO Interne | AS  | AO  | AO Interne                               | G | AO | AS          | G Interne |   |  |
| Meurthe et Moselle | Region                        | Ligne soumise à candidature (recours régional) |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Briey                         | CH Briey                                       |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Lunéville                     | CH Lunéville                                   |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique Jeanne d'Arc                          |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Mont St Martin                | Alpha Santé                                    |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Nancy                         | Maternité Régionale                            |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Polyclinique Majorelle                         |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique Ambroise Paré Nancy                   |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique ST André Nancy                        |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Polyclinique Gentilly - St Don                 |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CHRU                                           |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique Louis Pasteur                         |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Lignes soumises à candidature                  |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Centre Emile Gallé                             |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| CH Toul            |                               |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| Meuse              | Bar le Duc                    | CH Point à Mousson                             |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Polyclinique Bar le Duc                        |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Bar le Duc                                  |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| Moselle            | Verdun                        | Lignes soumises à candidature                  |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Verdun                                      |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Forbach                                     |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| Moselle            | Bassin Houiller               | CH St Avoird                                   |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique St Nabor                              |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Freyming Marlebach                          |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Sarreguemines                 | Hôpital St Avoird                              |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Sarreguemines                               |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Sarreguemines                               |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Metz                          | Clinique Claude Bernard                        |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CHR Metz                                       |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Lignes soumises à candidature                  |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Vosges                        | Thionville                                     | Hôpitaux Privés Metz     |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| HIA LEGOUËST       |                               |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| Alpha Santé        |                               |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| CHR Thionville     |                               |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| CH Epinal          |                               |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| Vosges             | Epinal-Remiremont             | CH Remiremont                                  |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Polyclinique de la Ligne bleue                 |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | Clinique Arc en Ciel                           |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | Neufchâteau-Vittel            | CH Neufchâteau                                 |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               | CH Vittel                                      |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| St Dié             | Lignes soumises à candidature |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    | CH Gérardmer                  |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
| St Dié             | CH St Dié                     |                                                |                          |                                 |    |                            |    |                      |   |            |                         |            |     |     |                                          |   |    |             |           |   |  |
|                    |                               |                                                |                          | 1                               | 7  | 1                          | 1  | 12                   | 3 | 0          | 2                       | 1          | 0,3 |     | 2                                        | 1 | 1  | 9           | 5         | 1 |  |

## SCHEMA PDES - version initiale 2012

 ligne concernée par appel à candidature

|                    |                    | Autre médecine                                        |      |           |            | UHG/UGA |    | Total    |
|--------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|------|-----------|------------|---------|----|----------|
|                    |                    | AO                                                    | AS   | G interne | AO interne | AO      | AS |          |
|                    | <b>Région</b>      | <b>Ligne soumise à candidature (recours régional)</b> |      |           |            |         |    | <b>1</b> |
| Meurthe et Moselle | Briey              | CH Briey                                              | 1    |           | 1          |         |    | 9        |
|                    | Lunéville          | CH Lunéville                                          | 1    |           | 1          |         |    | 9        |
|                    |                    | Clinique Jeanne d'Arc                                 |      |           |            |         |    | 3        |
|                    | Mont St Martin     | Alpha Santé                                           |      | 1         |            |         |    | 11       |
|                    | Nancy              | Maternité Régionale                                   |      |           |            |         |    | 7        |
|                    |                    | Polyclinique Majorelle                                |      |           |            |         |    | 4        |
|                    |                    | Clinique Ambroise Paré Nancy                          |      |           |            |         |    | 1        |
|                    |                    | Clinique St André Nancy                               |      |           |            |         |    | 0        |
|                    |                    | Polyclinique Gentilly - St Don                        |      |           |            |         |    | 9        |
|                    |                    | CHRU                                                  |      | 4         | 2,6        | 1       |    | 75,8     |
|                    |                    | Clinique Louis Pasteur                                |      |           |            |         |    | 2        |
|                    |                    | Lignes soumises à candidature                         |      |           |            |         |    | 5        |
|                    |                    | Centre Emile Gallé                                    |      |           |            |         |    | 4        |
|                    |                    | CH Toul                                               | 1    |           |            |         |    | 8        |
|                    |                    | CH Pont à Mousson                                     |      | 1         |            |         |    | 1        |
|                    |                    | Polyclinique Bar le Duc                               |      |           |            |         |    | 4        |
|                    |                    | CH Bar le Duc                                         | 1    |           |            |         |    | 5        |
|                    |                    | Lignes soumises à candidature                         |      |           |            |         |    | 1        |
| Meuse              | Verdun             | CH Verdun                                             |      | 1         |            |         |    | 16       |
|                    |                    | CH Forbach                                            | 1    |           |            |         |    | 12       |
| Moselle            | Bassin Houiller    | CH St Avoird                                          |      |           |            |         |    | 0        |
|                    |                    | Clinique St Nabor                                     |      |           |            |         |    | 2        |
|                    |                    | CH Freyming Marlebach                                 |      |           |            |         |    | 2        |
|                    |                    | Hôpital St Avoird                                     |      |           |            |         |    | 8        |
|                    | Sarrebourg         | CH Sarrebourg                                         | 1    |           | 1          |         |    | 12       |
|                    | Sarreguemines      | CH Sarreguemines                                      | 1    |           |            |         | 1  | 13       |
|                    | Metz               | Clinique Claude Bernard                               | 1    |           |            |         |    | 13       |
|                    |                    | CHR Metz                                              | 0,3  |           | 1          | 1       |    | 34,2     |
|                    |                    | Lignes soumises à candidature                         |      |           |            |         |    | 5        |
|                    |                    | Hôpitaux Privés Metz                                  | 1    |           |            |         |    | 12       |
|                    |                    | HIA LEGUEST                                           |      | 1         |            |         |    | 8        |
|                    | Hayange            | Alpha Santé                                           |      | 1         |            |         |    | 3        |
| Vosges             | Thionville         | CHR Thionville                                        | 0,3  |           | 1          |         |    | 25,3     |
|                    | Epinal-Remiremont  | CH Epinal                                             | 1    |           | 1          |         | 1  | 14,6     |
|                    |                    | CH Remiremont                                         | 1    |           |            |         |    | 8,6      |
|                    |                    | Polyclinique de la Ligne bleue                        |      |           |            |         |    | 1        |
|                    |                    | Clinique Arc en Ciel                                  |      |           |            |         |    | 2        |
|                    | Neufchâteau-Vittel | CH Neufchâteau                                        | 1    |           |            |         |    | 7        |
|                    |                    | CH Vittel                                             | 1    |           |            |         |    | 1        |
|                    |                    | Lignes soumises à candidature                         |      |           |            |         |    | 2        |
|                    |                    | CH Gérardmer                                          | 0,3  |           |            |         |    | 0,3      |
|                    | St Dié             | CH St Dié                                             | 1,3  |           |            |         |    | 9,3      |
|                    |                    |                                                       | 15,2 | 9         | 7          | 2,6     | 2  | 371,1    |

## SOINS PALLIATIFS

### Diagnostic régional et territorial

Dispositif de prise en charge en soins palliatifs :

- ✚ 2 unités de soins palliatifs : 15 lits au CHU de Nancy et 10 lits au CHR de Metz (moyenne nationale : 4 unités par région).

La Lorraine fait partie des régions les moins-bien dotées en lits d'unités de soins palliatifs. Ces deux unités ont vocation à prendre en charge des cas complexes de par leur positionnement au sein des deux établissements CHU (15 lits) et CHR (10 lits).

- ✚ 267 lits identifiés de soins palliatifs : 153 en court séjour et 114 en SSR répartis dans 41 établissements. Un taux d'équipement lorrain de 11,55 lits pour 100 000 habitants et un maillage territorial globalement satisfaisants (cible régionale : 10 lits pour 100 000h) -

- ✚ **Taux d'équipement pour 100 000h : 54: 101 lits soit 13,93 55 : 19 lits soit 9,79 57 : 110 lits soit 10,61 88: 37 lits soit 9,74**

Nécessité d'évaluer l'activité palliative (plan quantitatif et qualitatif) pour redistribuer les lits labellisés en fonction des besoins et de la conformité aux référentiels et doter deux établissements enregistrant plus de 200 décès par an qui ne sont pas dotés en LISP

- ✚ 19 équipes mobiles de soins palliatifs réparties sur les 4 territoires (7 en 54, 2 en 55, 6 en 57 et 4 en 88) : moyenne nationale 1 EMSP pour 200 000h Lorraine : 1 pour 121 620 h –

**54 : 1 pour 103 571 h – 55 : 1 pour 97 000 h – 57 : 1 pour 172 833h - 88 : 1 pour 95 000h**

Les équipes sont très hétérogènes dans leur composition et leurs activités. Il convient de les évaluer afin de redimensionner les moyens pour leur permettre de jouer un rôle intra et extra muros, notamment vers les établissements qui ont des LISP et pas d'équipe mobile et vers les établissements médico-sociaux : en Lorraine, 23% des EHPAD ont une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

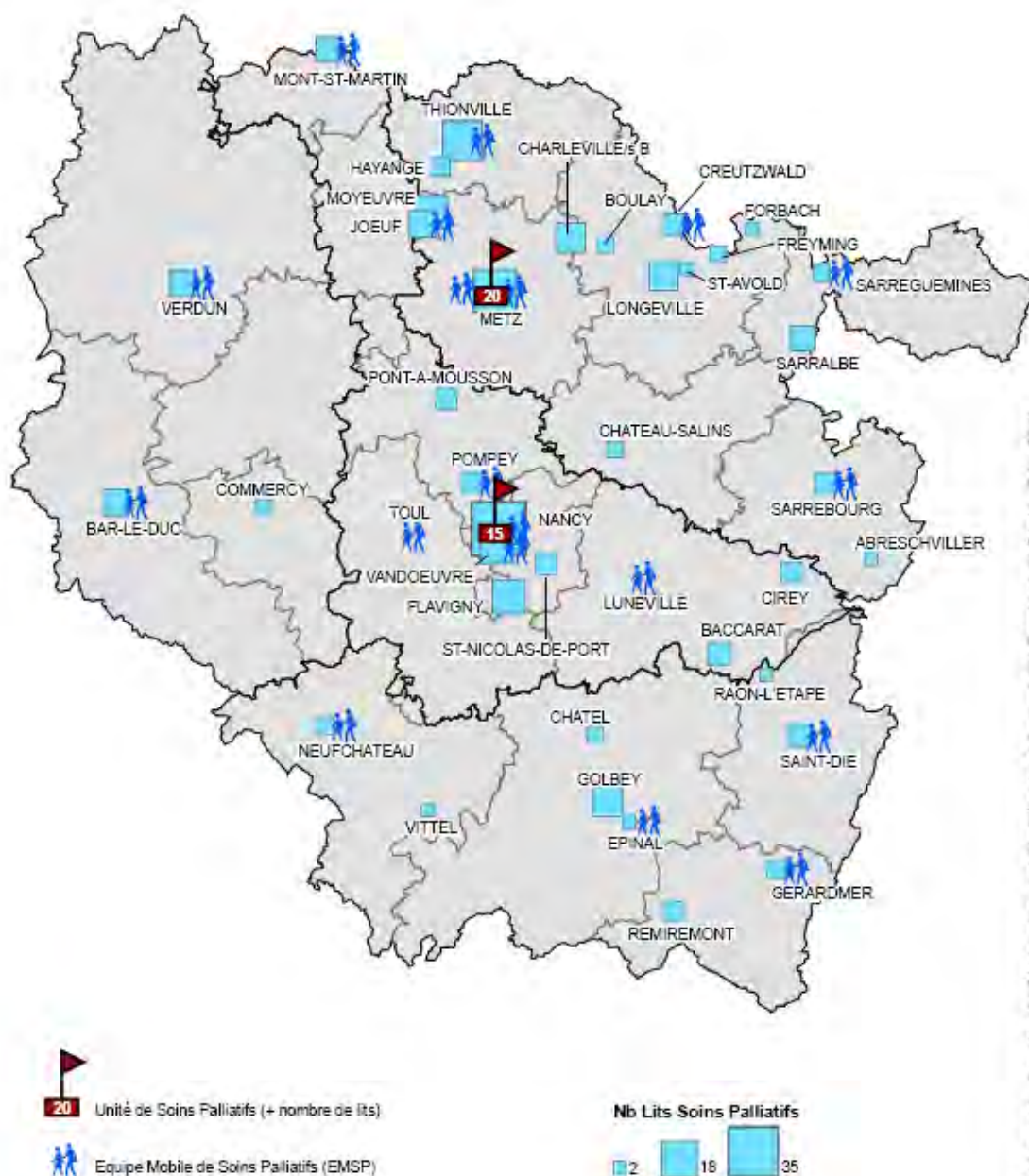
- ✚ 13 structures d'Hospitalisation à domicile
- ✚ Les professionnels de santé libéraux
- ✚ 3 réseaux de soins palliatifs principalement sur 54, 57 et 88 et des associations d'accompagnement

Il est nécessaire de poursuivre la diffusion d'une culture palliative par le biais des formations et par la reconnaissance de personnes ressources au sein des établissements de soins et médico-sociaux

La prise en charge palliative des enfants nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, une équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques à créer au CHU avec un rôle de référence régionale.

## SOINS PALLIATIFS

### Etat des lieux de l'offre en Lorraine



Source : Etat des lieux SROS III

ARS de Lorraine - Service de l'Observation des Statistiques et Analyse des Données de Santé - Dec. 2011

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                    | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'offre de proximité et sa qualité                                                                                      | P2 Objectifs 5-4 et 6-1<br>P3 Objectifs 8-2 et 8-3<br>P4 Objectifs 10-3 et 11-2 |
| Objectif opérationnel<br>Faciliter l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes | P4 objectifs 10-3 et 12-1                                                       |
| Objectif opérationnel<br>Optimiser l'organisation de la prise en charge palliative                                                                         | P4 objectifs 11-1 et 12-1                                                       |



| Objectif opérationnel<br>Soins palliatifs                                                         | Améliorer l'offre de proximité et sa qualité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Mesure n°1<br>   | Evaluer les dispositifs existants et redéployer des lits en soins palliatifs notamment dans les établissements de santé ayant plus de 200 décès par an <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piloter un groupe d'experts associant les professionnels de santé</li> <li>- Recueillir l'activité et évaluer la mise en œuvre du cahier des charges</li> <li>- Proposer le redéploiement des lits dans les territoires nord et est Meurthe-et-mosellans (établissements de santé ayant plus de 200 décès/an)</li> </ul> Echéance : 2012 |  |
| Mesure n°2<br>   | Permettre aux équipes mobiles de soins palliatifs de jouer leur rôle en inter et extra hospitalier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer leur activité</li> <li>- Redéployer les moyens afin de permettre les interventions extra murs</li> <li>- Conventionner avec les EHPAD</li> </ul> Echéance : 2012                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Mesure n°3<br> | Promouvoir la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé et du public (écoles, journées d'information/formation régionales, rôle et intervention des associations)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Mesure n°4<br> | Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs - apporter un soutien à la prise en charge (aide, conseil, formation par EMSP, les réseaux,...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Etablissements de santé et médico sociaux<br>Professionnels de santé – associations de bénévoles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |

|                         |                                                  |                                                                                                             |
|-------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la prise en charge en soins palliatifs | <b>Indicateur n°</b><br>Nombre d'interventions des EMSP hors les murs<br>Nombre de conventions EMSP – EHPAD |
|-------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| SROMS<br>SROS versant hospitalier : volets HAD, thématique transversale<br>SROS ambulatoire |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>  |
|--------------------------------------------------------------------|
| Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 |

|                                                         |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Soins palliatifs</b> | <b>Faciliter l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes</b> |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer l'offre de proximité (1 unité à créer dans chacun des territoires vosgien et mosellan)                                                                                                                                                                   |
| Mesure n°2<br> | Permettre à tout enfant hospitalisé d'accéder à une prise en charge palliative adaptée :<br>Labelliser l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques au CHU de Nancy ayant vocation à être équipe ressource régionale                                            |
| Mesure n°3<br> | Formaliser les coopérations et les parcours de formation entre l'ensemble des professionnels et des bénévoles qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (structures, réseaux, libéraux, professionnels de santé, associations de bénévoles...) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé<br>Professionnels de santé Associations de bénévoles<br>Réseaux...                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                         |                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Identification de la gradation de l'offre de prise en charge palliative | <b>Indicateur n°</b><br>augmentation du nombre de patients prise en charge dans les USP |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SROS ambulatoire<br>SROS versant hospitalier : volets HAD – Prise en charge des Enfants et des Adolescents – Traitement du cancer |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>  |
|--------------------------------------------------------------------|
| Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 |

|                                                         |                                                                  |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Soins palliatifs</b> | <b>Optimiser l'organisation de la prise en charge palliative</b> |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Identifier des personnes ressources pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins et médico-sociaux                                                                             |
| Mesure n°2<br> | Formaliser des modalités de coopération entre établissements de santé (conventions, communauté hospitalière de territoire ou groupement de coopération sanitaire) pour mutualiser l'offre en soins palliatifs |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé et médico-sociaux                                                                                                                                                                     |

|                         |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Permettre une prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux | <b>Indicateur n°</b><br>Nombre de coopérations signées pour la prise en charge palliative<br>Chaque établissement de santé doit avoir une solution pour la prise en charge palliative |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROMS<br>SROS hospitalier : volet filière gériatrique          |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>  |
|--------------------------------------------------------------------|
| Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional</li> <li>Labelliser l'équipe mobile pédiatrique de ressource régionale</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Redéployer des lits vers deux établissements ayant plus de 200 décès par an : CH Briey et Lunéville</li> </ul>                                                                       |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                             |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Créer une unité de proximité de soins palliatifs</li> </ul>                                                                                                                          |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Créer une unité de proximité de soins palliatifs</li> </ul>                                                                                                                          |

#### Les USP

|                    | Etat des lieux 2011 | Réponse aux besoins à échéance du SROS-PRS |
|--------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| Meurthe et Moselle | 1                   | 1                                          |
| Meuse              | 0                   | 0                                          |
| Moselle            | 1                   | 2                                          |
| Vosges             | 0                   | 1                                          |
| Lorraine           | 2                   | 4                                          |

#### Les EMSP

|                    | Etat des lieux 2011 | Réponse aux besoins à échéance du SROS-PRS |
|--------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| Meurthe et Moselle | 7                   | 8                                          |
| Meuse              | 2                   | 2                                          |
| Moselle            | 6                   | 6                                          |
| Vosges             | 4                   | 4                                          |
| Lorraine           | 19                  | 20                                         |

***L'EMSP supplémentaire  
correspond à l'équipe  
spécialisée en pédiatrie à  
labelliser au CHU à vocation  
régionale***

## SANTE DES PERSONNES DETENUES

### Diagnostic régional et territorial

#### Soins somatiques :

- présence médicale globalement satisfaisante mais insuffisante et fragile dans certaines UCSA,
- permanence des soins plus tendue,
- offre de recours à des consultations spécialisées variable d'un établissement à l'autre
- intervention d'un SSIAD au Centre Pénitentiaire de Nancy et au Centre de Détention de Toul

#### Soins bucco-dentaires :

- une santé bucco-dentaire dégradée,
- toutes les UCSA ont un temps de présence de dentiste

#### Soins psychiatriques :

- un SMPR, pour la Lorraine, situé à Metz et rattaché au CHS de Lorquin. Dans les autres UCSA, les actions de dépistages et les soins ambulatoires sont dispensés par un secteur de psychiatrie générale
- insuffisance de temps de psychiatres sur quasiment toutes les UCSA,
- recours au SMPR par les autres UCSA très ponctuel,
- début 2012, ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du CPN Laxou, d'une capacité totale de 40 lits pour détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique

#### Addictions :

- des consultations en addictologie inégalement assurées,
- des interventions de CSAPA à protocoliser,
- des coopérations UCSA/CSAPA qui fonctionnent bien à Bar-le-Duc et Épinal,
- prise en charge des addictions assurée par l'équipe de soins psychiatriques, à Sarreguemines, Oermingen

#### Prévention/Promotion de la Santé :

- des programmes d'éducation pour la santé inégalement appliqués en Lorraine,
- des UCSA, face aux files actives de patients et aux consultations médicales croissantes qui concentrent plus particulièrement leurs actions sur le soin que sur la prévention et la promotion de la santé

#### Accès aux droits :

- difficultés de régularisation et de continuité des droits, d'affiliation à la CPAM

## Les soins aux détenus en Lorraine



-  Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)
-  Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)
-  Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)
-  Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

M.A. = Maison d'Arrêt  
C.D. = Centre de Détention  
C.P. = Centre Pénitentiaire

© IGN - ARS Lorraine - Services Observation, Statistiques et Analyse et Données de Santé - Janvier 2012

| Établissements pénitentiaires                                      | Capacités | Rattachement<br>somatique | Rattachement<br>psychiatrique |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxéville                            | 690       | CHU Nancy                 | CHS Laxou                     |
| Centre de détention de Toul                                        | 429       | CH Toul                   | CHU Nancy                     |
| Centre de détention d'Écrouves                                     | 271       | CH Toul                   | CHU Nancy                     |
| Centre de détention Montmédy                                       | 328       | CH Verdun                 | CH Verdun                     |
| Centre de détention Saint-Mihiel                                   | 401       | CH Bar-le-Duc             | CHS Fains Veel                |
| Maison d'arrêt Bar-le-Duc                                          | 73        | CH Bar-le-Duc             | CHS Fains Veel                |
| Centre Pénitentiaire Metz                                          | 483       | CHR Metz                  | CHS Lorquin                   |
| Maison d'arrêt Sarreguemines                                       | 71        | CH Sarreg.                | CHS Sarreg.                   |
| <i>Centre de détention Oermingen*<br/>(établissement alsacien)</i> | 263       | CH Sarreg.                | CHS Brumath                   |
| Maison d'arrêt d'Épinal                                            | 289       | CH Epinal                 | CHS Ravenel                   |

Le besoin est couvert : chaque centre ou maison d'arrêt est rattaché d'un point de vue psychiatrique et somatique à un établissement de santé.

| Objectifs opérationnels                                                              | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques | Priorité 2, objectif 5.3<br>Priorité 4, objectifs 11.1. et 11.3 et 12.1 et 12.5           |
| Objectif opérationnel<br>Adapter l'organisation des soins psychiatriques             | Priorité 1, objectif 2.2<br>Priorité 2, objectif 5.3<br>Priorité 4, objectif 11.1 et 11.3 |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la prévention et la promotion de la santé         | Priorité 1, objectifs 1-3 et 1-4<br>Priorité 2, objectif 4-3<br>Priorité 4, objectif 11-3 |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'accès aux droits                                | Priorité 2, objectif 6-1<br>Priorité 4, objectif 11-1                                     |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la formation des professionnels de santé          | Priorité 4, objectif 12-1                                                                 |



|                                                           |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Personnes détenues</b> | <b>Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques</b> |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>            | Elaborer un projet médical pour chaque UCSA                                                                                                                                                               |
| Mesure n°2<br>            | Structurer l'équipe de l'UCSA comprenant du temps de praticien coordonnateur et au minimum 0,5ETP de cadre de santé pour assurer la liaison avec l'hôpital de proximité et l'établissement pénitentiaire. |
| Mesure n°3<br>            | Développer l'intervention des CSAPA au sein des UCSA<br>Elaborer le protocole addictologie UCSA/CSAPA                                                                                                     |
| Mesure n°4<br>            | Assurer les soins de santé bucco-dentaires.                                                                                                                                                               |
| Mesure n°5<br>        | Promouvoir les interventions de télémédecine (consultations pré-anesthésiques, dermatologie) pour réduire les extractions médicales                                                                       |
| Mesure n°6<br>    | Améliorer la préparation à la sortie, la continuité des soins                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Etablissement hospitalier et pénitentiaire, CSAPA, SPIP.                                                                                                                                                  |

|                         |                                                                           |                                                                            |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rédaction d'un projet médical par UCSA intégrant les différentes mesures. | Indicateur<br>Nombre de projets médicaux intégrant les différentes mesures |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                         |
| Volet SROS PRS Chirurgie dentaire<br>Thématique transversale Addictologie<br>Programme de télémédecine |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                         |
| Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. |

|                                                           |                                                        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Personnes détenues</b> | <b>Adapter l'organisation des soins psychiatriques</b> |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

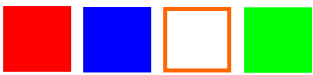
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Améliorer la prise en charge psychiatrique en UCSA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la présence de psychiatre (améliorer leur mode de recrutement)</li> <li>• Promouvoir une expérimentation de télémédecine</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br> | Mise en place progressive du dispositif de soins gradués en santé mentale en milieu carcéral : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1er niveau : activités thérapeutiques à temps partiel par les équipes de santé mentale en UCSA,</li> <li>- 2ème niveau : SMPR (hospitalisation de jour)</li> <li>- 3ème niveau : UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) hospitalisation complète avec et sans consentement, interrégionale. Ouverture prévue début 2012.</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements psychiatriques, UCSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                          |                                                               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place d'activités de type CATTP dans chaque UCSA | Indicateur<br>Nombre d'UCSA ayant des activités de type CATTP |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet SROS PRS Psychiatrie                                     |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                         |
| Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. |

|                                                           |                                                            |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Personnes détenues</b> | <b>Améliorer la prévention et la promotion de la santé</b> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Confier à des promoteurs régionaux l'élaboration et la mise en œuvre, en lien avec les UCSA, d'un programme de prévention et de promotion de la santé                                           |
| Mesure n°2<br> | Promouvoir l'accès aux vaccinations, aux dépistages VIH, IST, hépatites et cancers (du sein, du col de l'utérus et colorectal)                                                                  |
| Mesure n°3<br> | Développer des actions de promotion et d'éducation dans le domaine de la santé mentale, des addictions et de la prévention du suicide : facteurs de socialisation et de préparation à la sortie |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | UCSA, associations de promotion de la santé, centres de vaccination, CIDDIST                                                                                                                    |

|                         |                                                                                                                     |                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Intervention de promoteurs extérieurs pour la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé dans chaque UCSA | Indicateur<br>Nombre d'UCSA organisant des programmes de prévention et de promotion de la santé |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Schéma régional de prévention                                  |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                         |
| Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. |

|                                                           |                                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Personnes détenues</b> | <b>Améliorer l'accès aux droits</b> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Organiser l'articulation entre établissements pénitentiaires, CPAM et établissements de santé en ce qui concerne les droits à l'assurance maladie |
| Mesure n°2<br> | Informar les personnes détenues de leur droit                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé, greffes des établissements pénitentiaires, CPAM, SPIP                                                                    |

|                         |                                                                            |                                                                                                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Signature d'une convention entre établissements pénitentiaires et les CPAM | Indicateur<br>Nombre de conventions signées entre les établissements pénitentiaires et les CPAM |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| PRAPS                                                          |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                         |
| Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. |

|                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Personnes détenues</b> | <b>Améliorer la formation des professionnels de santé</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Favoriser l'accueil en stage des étudiants infirmiers, des internes en médecine générale et en psychiatrie.                                                               |
| Mesure n°2<br> | Assurer à tout personnel soignant arrivant en UCSA une formation à l'exercice en milieu pénitentiaire                                                                     |
| Mesure n°3<br> | Promouvoir en formation continue la sensibilisation des personnels pénitentiaires à la prise en compte de la santé, des soins, des troubles psychiques ou de comportement |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements pénitentiaires, établissements hospitaliers, IFSI, CHU, Université de Lorraine                                                                             |

|                         |                                                              |                                                                                                |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration des pratiques et des relations professionnelles | Indicateur<br>Nombre d'établissements hospitaliers et pénitentiaires organisant des formations |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                         |
| Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"><li>L'ensemble des objectifs et mesures s'appliquent à toutes les UCSA de la région</li></ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                 |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                 |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                 |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                 |

## Activités de soins autorisés et EML

### ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION et DIAGNOSTIC PRENATAL

#### 1. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

##### Diagnostic régional et territorial

Le diagnostic régional et territorial est adossé au bilan du SROS 3 et à une approximation des besoins (respectivement 155, 145 et 135 Ponctions FIV réalisées au CMCO de Strasbourg en 2008, 2009 et 2010, originaires de Lorraine dont 108 originaires de Moselle en 2010).

Bilan des autorisations : la région dispose de 4 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et 2 établissements privés. Les activités biologiques sont réalisées dans un établissement public (Maternité régionale) et 7 laboratoires d'analyses médicales.

Toutes les activités du décret de 2008 ont été traduites en termes d'implantation dans le SROS 3. Cependant, il est constaté des différences entre les anciens territoires Nord et Sud de Lorraine : ainsi il n'y a pas eu d'autorisation accordée faute de promoteur dans le Nord pour l'activité clinique de mise en œuvre de l'accueil des embryons ; pas d'autorisation prévue dans le Nord pour l'activité biologique de Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don. Par ailleurs, certaines activités ne sont réalisées que dans une structure, la Maternité régionale.

L'activité AMP régionale est stagnante sur le plan quantitatif, malgré une demande croissante et la population régionale fait appel à une offre strasbourgeoise, luxembourgeoise, belge ou espagnole...

D'autre part certaines activités ne sont pas ou peu mises en œuvre au niveau régional :

- Diagnostic préimplantatoire
- Prise en charge des patients VIH +, VHB +, VHC +
- Don d'ovocytes
- Accueil d'embryon (activité autorisée mais non mise en place)

L'AMP est une activité chronophage, mal valorisée d'après les équipes, dans un contexte contraint pour les établissements.

En lorraine, certains praticiens sont agréés à Metz alors que l'activité biologique est autorisée à Nancy.

A noter qu'au niveau de la région il existe une réelle dynamique des acteurs prêts à des coopérations.

##### Objectifs opérationnels :

- **Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine**

*Constat : diminution de l'activité régionale AMP sur 5 ans (13 % de l'activité réalisée au CMCO de Strasbourg correspond à des patients lorrains), faible activité en contexte viral, très faible activité de don d'ovocytes et d'accueil d'embryons prévues au SROS3.*

*Le bilan de cette activité permet de noter : une démarche de qualité traduite par des résultats et une enquête de satisfaction auprès des usagers très favorables, une prise en charge psychologique de qualité, une dynamique de cette activité dans le secteur privé (Metz, Nancy, Epinal) mais une absence de professionnels dédiés uniquement à cette activité à la Maternité régionale, une absence de locaux adaptés et des moyens insuffisants pour développer cette activité dans un contexte budgétaire contraint.*

- **Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP**
- **Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences**

*Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 n'a pas été mise en œuvre. Tous les centres réalisant des AMP conservent les embryons qui seraient au moins 901 en Lorraine à être disponibles pour l'accueil au 31/12/2009 (6614 embryons conservés recensés au 31/12/2009). Le sort réservé aux embryons congelés est une question essentielle. Si les couples, interrogés chaque année, n'ont plus de projet parental, ils doivent se prononcer soit en faveur de l'arrêt de la conservation de leurs embryons, soit consentir à ce qu'ils puissent être utilisés pour la recherche ou donnés à un autre couple. Cet accueil ne peut se faire que dans des conditions précises fixées par les textes.*

*En raison du cadre législatif et réglementaire, l'accueil d'embryons est emblématique de la collaboration des centres clinico-biologiques. La faisabilité de sa mise en œuvre doit être testée en Lorraine, 1<sup>ère</sup> étape avant la réalisation d'autres formes de collaborations comme le don d'ovocytes.*

- **Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour**

*Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 pour un laboratoire privé n'a été mise en œuvre qu'à la marge. Les couples demandeurs sont orientés vers d'autres régions voire en dehors de la France.*

- **Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité**

*Constats : Trois structures disposent de l'autorisation de conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux (en dehors de l'AMP) dans un but de préservation de la fertilité.*

*Il importe de diffuser cette ressource à tous les établissements qui réalisent des traitements risquant de compromettre la fertilité (lien avec Volet traitement du cancer du SROS).*

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |     | Activités cliniques |     |     |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------|-----|-----|----|--|
| IMPLANTATIONS                                                              | POC | PS                  | TEM | POD | AE |  |
| Territoire de santé meusien                                                | 0   | 0                   | 0   | 0   | 0  |  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 2   | 1                   | 2   | 1   | 1  |  |
| Territoire de santé mosellan                                               | 1   | 1                   | 1   | 1   | 0  |  |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1   | 0                   | 1   | 0   | 0  |  |
| Région lorraine                                                            | 4   | 2                   | 4   | 2   | 1  |  |

## Légende :

|              |                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------|
| <b>POC :</b> | Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP            |
| <b>PS :</b>  | Prélèvement de spermatozoïdes                      |
| <b>TEM :</b> | Transfert des embryons en vue de leur implantation |
| <b>POD :</b> | Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don             |
| <b>AE :</b>  | Mise en œuvre de l'accueil des embryons            |



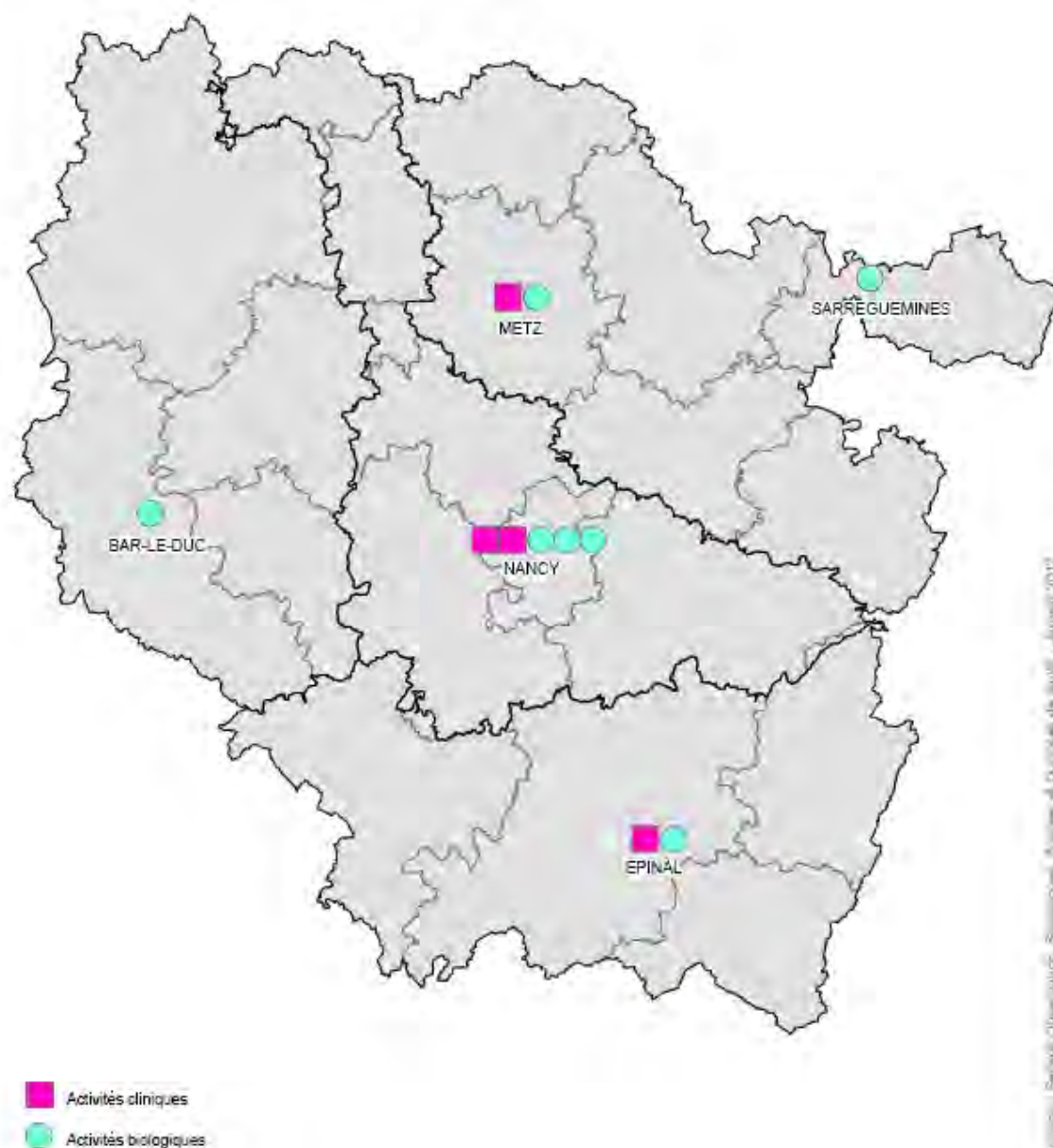
| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |     |     | Activités biologiques |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|
| IMPLANTATIONS                                                              | IA | FIV | RCS | PCO                   | CAG | CEP | CEA |
| Territoire de santé meusien                                                | 1  | 0   | 0   | 0                     | 0   | 0   | 0   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 3  | 2   | 1   | 1                     | 2   | 2   | 1   |
| Territoire de santé mosellan                                               | 2  | 1   | 0   | 1                     | 1   | 1   | 0   |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1  | 1   | 0   | 0                     | 0   | 1   | 0   |
| Région lorraine                                                            | 7  | 4   | 1   | 2                     | 3   | 4   | 1   |

**Légende :**

|              |                                                                                                       |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IA :</b>  | Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle                          |
| <b>FIV :</b> | Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation                          |
| <b>RCS :</b> | Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don                    |
| <b>PCO :</b> | Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don                            |
| <b>CAG :</b> | Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 |
| <b>CEP :</b> | Conservation des embryons en vue d'un projet parental                                                 |
| <b>CEA :</b> | Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci                         |

## AIDE MEDICALE A LA PROCREATION : Localisation des sites d'activités cliniques et/ou biologiques

- Etat des lieux 2011 -



B. B. M. / M. P. S. H. Lorraine / Service Observatoire Régional / Analyse et Diagnostic de Santé / Août 2012

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine                                                                                                                                                | Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 3.1<br>Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 5.5<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5                    |
| Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP                                                                                                                                                       | Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1<br>Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5 |
| Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences                                            | Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1<br>Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5 |
| Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour                                                                                                                | Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1<br>Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5 |
| Informar les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité | Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1<br>Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5 |

|                                                                           |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Assistance Médicale<br/>à la Procréation</b> | <b>Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Soutenir et promouvoir l'activité FIV-AMP sur les quatre sites lorrains (Nancy, Metz, Epinal) afin d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en tenant compte de la population des femmes en âge de procréer. |
| Mesure n°2<br> | Faciliter les coopérations Metz-Nancy pour cette activité (mise à disposition de compétences de professionnels sur les deux sites).                                                                                   |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements privés et publics concernés et laboratoires.<br>ABM                                                                                                                                                    |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Activité offerte 7j/7<br>Identification de praticiens dédiés à cette activité<br>Convention de mise à disposition CHR-Maternité<br>Locaux regroupés et adaptés<br>Augmentation de l'activité<br>Diminution du nombre de FIV originaires de Lorraine réalisées en Alsace | Indicateur n° :<br>Taux de recours aux activités AMP des femmes en âge de procréer |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS Périnatalité,<br>SROS Génétique<br>SROS Biologie          |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                                           |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Assistance Médicale<br/>à la Procréation</b> | <b>Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Organiser l'activité d'AMP en réseau au sein de la région entre les établissements publics et privés en tenant compte de la réglementation existante renforcée par la loi de bioéthique révisée du 07 juillet 2011 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- charte de fonctionnement,</li> <li>- analyse les différents types d'activité AMP et de l'offre proposée,</li> <li>- répartition en fonction de la demande, de critères géographiques et de la technicité des activités</li> <li>- documents communs et partagés</li> <li>- identification d'un comité coordonnateur ...</li> </ul> toutes réflexions à mener en lien avec l'Agence de Biomédecine |
| Mesure n°2<br> | Formaliser les complémentarités entre établissements par des conventionnements en s'appuyant sur les compétences existantes publiques et privées dans un souci de partage des connaissances techniques, de démarche qualité, d'AMP vigilance et d'efficience ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements privés et publics concernés et laboratoires.<br>Centres d'AMP<br>ABM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                            |                                             |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Lisibilité de la répartition des activités AMP<br>Fonctionnement en réseau | Indicateur n°:<br>Conventions entre centres |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>               |
|------------------------------------------------------------------------------|
| SROS volets Périnatalité, Génétique, Biologie<br>Schéma Prévention,<br>PRAPS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Assistance Médicale</b><br><b>à la Procréation</b> | <b>Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Faciliter les réunions de concertation entre les acteurs concernés (Maternité régionale, praticiens agréés, laboratoires concernés) en lien avec l'ARS, l'ABM et le TGI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°2<br> | Réaliser la mise en œuvre de cette activité et de ses différentes étapes selon un calendrier préétabli : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recensement des embryons qui pourraient être accueillis (état des projets parentaux pour les embryons actuellement conservés)</li> <li>• Accord des centres qui n'ont pas l'autorisation à mettre à disposition du centre autorisé les embryons concernés (convention à réaliser portant sur le déplacement des embryons, la constitution et la transmission des dossiers, la prise en charge des couples ...)</li> <li>• Convention entre le centre d'accueil et tous les centres AMP</li> <li>• Organisation de l'ensemble des étapes du processus accueil d'embryons</li> <li>• Liaison avec le TGI</li> <li>• Information sur cette nouvelle activité ...</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Centres AMP réalisant l'activité de FIV<br>TGI<br>ABM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                              |                                                                                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place de l'activité d'accueil d'embryons en Lorraine<br>Validation des compétences des praticiens du centre autorisé | Indicateur n° :<br>Nombre :<br>d'embryons pouvant être accueillis,<br>de conventions entre les centres,<br>d'embryons transférés |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS volets Génétique, Périnatalité, DPN                       |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Recommandations de l'ABM                                          |

|                                                                                       |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Assistance Médicale</b><br><b>à la Procréation</b> | <b>Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Lever les obstacles à la mise en œuvre de cette activité (réglementation, activité chronophage, peu rémunérée ...) dans le respect du cadre légal et faciliter les collaborations public-privé au niveau des quatre centres régionaux d'AMP (Nancy, Metz, Epinal) |
| Mesure n°2<br> | S'appuyer sur la collaboration émergente public/privé pour développer l'activité des dons d'ovocytes                                                                                                                                                              |
| Mesure n°3<br> | Favoriser la formation des praticiens en lien avec l'ABM                                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°4<br> | Organiser des séances d'information sur le don d'ovocytes auprès des professionnels de santé et des usagers concernés                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements privés et publics concernés et laboratoires.<br>Autres centres<br>ABM                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                                    |                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en place de l'activité de don d'ovocytes d'embryons en Lorraine<br>Agrément des praticiens du centre autorisé | Indicateur n°:<br>Taux de fuite dans les autres régions, pour cette activité |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS volets Génétique, Périnatalité, DPN                       |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rapport IGAS sur le don d'ovocytes et recommandations de l'ABM (faisant état d'une « situation très préoccupante de pénurie de don d'ovocytes en France ») |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Assistance Médicale</b><br><b>à la Procréation</b> | <b>Informer les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Diffuser l'information de l'existence de cette activité aux établissements et formaliser une procédure entre les centres de traitement du cancer et les établissements autorisés afin que cette ressource soit connue de tous les professionnels concernés et de tous les usagers potentiels |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements privés et publics concernés et laboratoires.<br>Etablissements autorisés pour le traitement du cancer<br>Centres d'AMP                                                                                                                                                        |

|                         |                                                        |                                                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Connaissance de cette ressource par les établissements | Indicateur n :<br>Nb de patients traités ayant bénéficié d'une conservation de gamètes ou de tissus germinaux |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS Traitement du cancer                                      |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer                                                       |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

| OQOS – Activités cliniques (par FINESS géographique) |          |          |          |          |          |
|------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| OQOS IMPLANTATIONS                                   | POC      | PS       | TEM      | POD      | AE       |
| Territoire de santé meusien                          | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Territoire de santé meurthe et mosellan              | 2        | 1        | 2        | 1        | 1        |
| Territoire de santé mosellan                         | 1        | 1        | 1        | 1        | 0        |
| Territoire de santé vosgien                          | 1        | 0        | 1        | 0        | 0        |
| <b>Région lorraine</b>                               | <b>4</b> | <b>2</b> | <b>4</b> | <b>2</b> | <b>1</b> |

Légende :

|              |                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------|
| <b>POC :</b> | Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP            |
| <b>PS :</b>  | Prélèvement de spermatozoïdes                      |
| <b>TEM :</b> | Transfert des embryons en vue de leur implantation |
| <b>POD :</b> | Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don             |
| <b>AE :</b>  | Mise en œuvre de l'accueil des embryons            |

| OQOS – Activités biologiques (par FINESS géographique) |          |          |          |          |          |          |          |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| OQOS IMPLANTATIONS                                     | IA       | FIV      | RCS      | PCO      | CAG      | CEP      | CEA      |
| Territoire de santé meusien                            | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                | 2        | 2        | 1        | 1        | 2        | 2        | 1        |
| Territoire de santé mosellan                           | 2        | 1        | 0        | 1        | 1        | 1        | 0        |
| Territoire de santé vosgien                            | 1        | 1        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        |
| <b>Région lorraine</b>                                 | <b>6</b> | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>1</b> |

Légende :

|              |                                                                                                       |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IA :</b>  | Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle                          |
| <b>FIV :</b> | Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation                          |
| <b>RCS :</b> | Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don                    |
| <b>PCO :</b> | Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don                            |
| <b>CAG :</b> | Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 |
| <b>CEP :</b> | Conservation des embryons en vue d'un projet parental                                                 |
| <b>CEA :</b> | Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci                         |

## 2. DIAGNOSTIC PRENATAL

## Diagnostic régional et territorial

## Bilan du SROS 3 :

## 1. Bilan des autorisations :

- Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire : 4 laboratoires
- Analyses de génétique moléculaire : 1 laboratoire
- Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses y compris biologie moléculaire : 2 laboratoires sur un même site
- Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels y compris biologie : 5 laboratoires

## 2. Constats

- Des consultations de diagnostic prénatal impossibles à différencier des consultations prénatales « standard »
- Une absence de réglementation des activités cliniques de diagnostic prénatal
- Un souci de délivrer une information complète et un accompagnement psychologique de qualité dans les centres visités (Nancy et Metz)
- Un CPDPN qui doit réaffirmer son rôle de référent (expertise, coordination, collaboration, télémedecine) et son rôle d'observatoire régional des anomalies fœtales graves (suite donnée aux attestations de gravité délivrées, suivi des cas ayant entraîné une IMG à structurer)
- Des attestations de gravité traitées en dehors de la région
- Un dépistage combiné selon l'arrêté de 2009 effectivement mis en œuvre au niveau régional avec l'aide du réseau périnatal lorrain
- A noter, pour le dosage des marqueurs sériques maternels, la persistance des fuites vers des laboratoires nationaux (idem SROS3) et une modification des pratiques induites par ces nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21 (augmentation des choriocentèses)

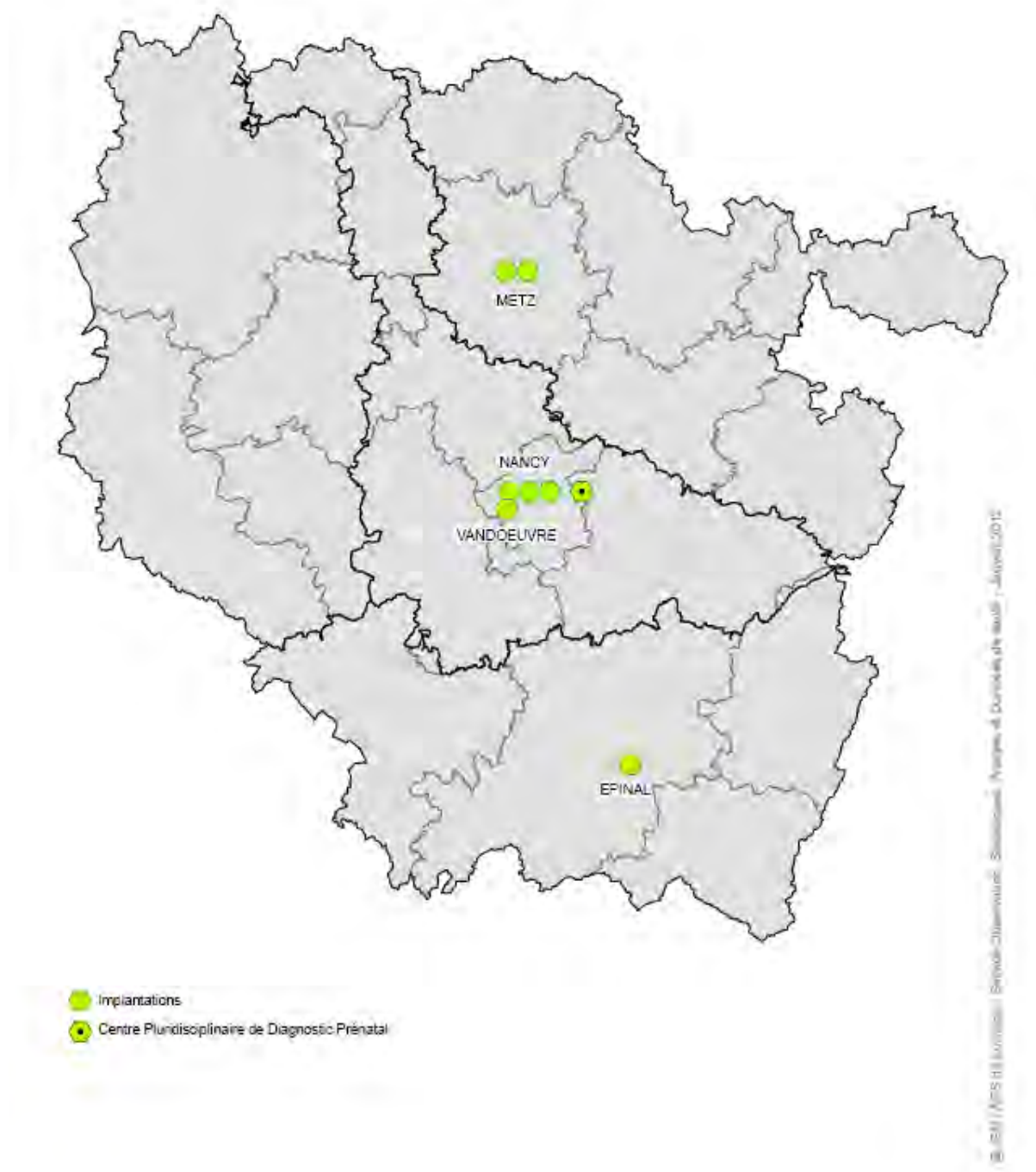
| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |     |     |    |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----|----|----|
| IMPLANTATIONS                                                              | AC | AGM | DMI | AH | AI | AB |
| Territoire de santé meusien                                                | 0  | 0   | 0   | 0  | 0  | 0  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 2  | 1   | 1   | 0  | 0  | 3  |
| Territoire de santé mosellan                                               | 1  | 0   | 0   | 0  | 0  | 1  |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1  | 0   | 0   | 0  | 0  | 1  |
| Région lorraine                                                            | 4  | 1   | 1   | 0  | 0  | 5  |

## Légende :

|              |                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AC :</b>  | Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire             |
| <b>AGM :</b> | Analyses de génétique moléculaire                                                          |
| <b>DMI :</b> | Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses                                     |
| <b>AH :</b>  | Analyses d'hématologie                                                                     |
| <b>AI :</b>  | Analyses d'immunologie                                                                     |
| <b>AB :</b>  | Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels |

## DIAGNOSTIC PRENATAL : Localisation des sites autorisés

- Etat des lieux 2011 -



| Objectifs opérationnels                                                                                                                     | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011) | Priorité 1, objectif 1.6<br>Priorité 2, objectif 4.1, 5.1 et 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5                 |
| Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN                                                                  | Priorité 1, objectif 1.6, 2.1, 2.2, 2.3<br>Priorité 2, objectif 4.1, 5.4, 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1, 7.2, 8.4<br>Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5 |
| Réaffirmer la nécessité de l'examen fœtopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la fœtopathologie                          | Priorité 1, objectif 1.4, 2.2<br>Priorité 2, objectif 5.2<br>Priorité 4, objectif 10.1, 12.1, 12.3 et 12.5                                                           |

|                                                            |                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Diagnostic Prénatal</b> | <b>Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011)</b> |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | <p>Partager la définition des critères de qualité du diagnostic prénatal en vue de sa mise en œuvre en région en lien avec le CPDPN, les laboratoires, les échographistes et tous les acteurs concernés.</p> <p>Ceci sous-entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation de l'usage du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre plus spécifique et plus précoce (utilisation d'outils à forte valeur prédictive (marqueurs sériques, échographie évaluée)) ;</li> <li>• Une parfaite information des parents ;</li> <li>• Une réalisation précoce de ce diagnostic ;</li> <li>• Une prise en compte des nouvelles techniques, en particulier non invasives (génotypage Rh, génétique sur sang périphérique, génétique moléculaire ...) ;</li> <li>• Des actes techniques adaptés (PVC avant 12 SA) ;</li> <li>• Une prise en charge des suites du diagnostic prénatal</li> <li>• Un accompagnement psychologique adapté ;</li> <li>• Un retour sur les issues de grossesse en lien avec le CPDPN et l'ABM ...</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | <p>Communiquer auprès des médecins et des sages-femmes sur l'activité DPN en région en lien avec le CPDPN et le réseau périnatal (en particulier rendre lisible l'offre échographique sur la région dans le cadre du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre et faciliter sur les territoires des réunions d'information entre acteurs (médecins généralistes, spécialistes et laboratoires))</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Mesure n°3<br> | <p>Favoriser les coopérations entre laboratoires et prescripteurs de la région pour garantir l'unité clinico-biologique de cette activité</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | CPDPN<br>Laboratoires autorisés y compris nationaux, prescripteurs et professionnels concernés<br>ABM et le réseau périnatal lorrain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <p>Relevés de décisions des réunions de concertation, mise en place de réunions sur les territoires, réalisation d'une communication sur l'activité DPN avant mi-2012 dans un bulletin de l'ordre (médecins, sages-femmes ...)</p> <p>D'où amélioration du dépistage et du diagnostic prénatal en Lorraine</p> | Indicateur n°<br>Indicateurs Bilan d'activité DPN<br>Evolution des MSM |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS Périnatalité, Génétique, Biologie                         |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan maladies rares                                               |

|                                                            |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Diagnostic Prénatal</b> | <b>Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN</b> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Renforcer les liens entre CPDPN, laboratoires et prescripteurs en soulignant le rôle de référent (missions : art. R. 2131-10-1 du CSP) et de coordonnateur du CPDPN (recommandation ABM 2009) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier un site dédié au CPDPN;</li> <li>• Améliorer la disponibilité du centre ;</li> <li>• Soutenir son rôle moteur pour diminuer la gestion hors région d'un certain nombre de dossiers</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>  | Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse) et développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles)                        |
| Mesure n°3<br> | Relancer le fonctionnement de la télémédecine comme outil indispensable à cette coordination.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | CPDPN en lien avec l'ABM<br>Laboratoires<br>Réseau périnatal lorrain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                                                                                              |                                                               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Accroissement de l'efficacité du CPDPN (suivi des issues de grossesse, attestations de gravité, programme de réunions avec les différents acteurs, des visioconférences ...) | Indicateur n° :<br>Nombre de séances de télémédecine au CPDPN |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS Périnatalité                                              |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan maladies rares, PRT                                          |

|                                                      |                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Diagnostic Prénatal</b> | <b>Réaffirmer la nécessité de l'examen fœtopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la fœtopathologie</b> |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Favoriser l'examen fœtopathologique dans le cas de suivi de grossesse ayant conduit à une interruption médicale de grossesse (intérêt pour l'avenir du couple, scientifique et de santé publique).<br>Se rapprocher de l'exhaustivité des examens fœtopathologiques des IMG                                         |
| Mesure n°2<br>   | Inscrire, en lien avec le CPDPN et l'ABM, le suivi des issues de grossesse après DPN comme un indicateur de prise en charge de qualité dans les établissements maternité                                                                                                                                            |
| Mesure n°3<br>   | Reconnaître la fœtopsie virtuelle (actuellement 50 fœtus sur 400 en sont justifiables et évaluer son coût comparativement à un examen fœtopathologique standard) comme une modalité pertinente de l'examen fœtopathologique et comme un outil du contrôle qualité (évaluation rétrospective des examens anténataux) |
| Mesure n°4<br> | Conforter le fonctionnement de l'activité de fœtopathologie au niveau régional (400 fœtus examinés, 150 à Metz et 250 à Nancy), dans le cadre de coopération entre Nancy et Metz                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | CPDPN<br>ABM                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                                                      |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Une activité fœtopathologique mieux identifiée et soutenue<br>Prise en compte dans la CHT Nancy-Metz | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS Périnatalité,<br>Médecine légale                          |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                |

| OQOS (par FINESS géographique)          |    |     |     |    |    |    |
|-----------------------------------------|----|-----|-----|----|----|----|
| OQOS IMPLANTATIONS                      | AC | AGM | DMI | AH | AI | AB |
| Territoire de santé meusien             | 0  | 0   | 0   | 0  | 0  | 0  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 2  | 2   | 1   | 0  | 0  | 3  |
| Territoire de santé mosellan            | 1  | 0   | 0   | 0  | 0  | 1  |
| Territoire de santé vosgien             | 1  | 0   | 0   | 0  | 0  | 1  |
| Région lorraine                         | 4  | 2   | 1   | 0  | 0  | 5  |

**légende :**

|              |                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AC :</b>  | Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire             |
| <b>AGM :</b> | Analyses de génétique moléculaire                                                          |
| <b>DMI :</b> | Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses                                     |
| <b>AH :</b>  | Analyses d'hématologie                                                                     |
| <b>AI :</b>  | Analyses d'immunologie                                                                     |
| <b>AB :</b>  | Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels |

**CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE****Diagnostic régional et territorial**

Rappel des autorisations d'activité de cardiologie interventionnelle :

- **Autorisation activité 1** : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
- **Autorisation activité 2** : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
- **Autorisation activité 3** : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

|                                               | Activité 1 | Activité 2 | Activité 3 |
|-----------------------------------------------|------------|------------|------------|
| CHU NANCY                                     | ✓          | ✓          | ✓          |
| Polyclinique Louis Pasteur<br>ESSEY LES NANCY |            |            | ✓          |
| Clinique Ambroise Paré<br>Nancy               | ✓          |            | ✓          |
| CHR Metz Thionville Site<br>Bonsecours        | ✓          |            | ✓          |
| Clinique Claude Bernard à<br>Metz             | ✓          |            | ✓          |
| <b>Total région</b>                           | <b>4</b>   | <b>1</b>   | <b>5</b>   |

Les implantations autorisées le 14 avril 2011 couvrent les besoins régionaux. Néanmoins une coopération transfrontalière peut être envisagée pour certaines communes situées à proximité des frontières.

A ce jour, il n'y a pas de coopération entre les établissements.

**Focus sur la prise en charge des Syndromes coronariens aigus (SCA) :**

- Le taux comparatif de mortalité en lorraine par cardiopathie ischémique est de 58 pour 100 000 habitants (taux significativement différent du taux français : 56)

| Moyenne annuelle<br>2005-2007 | Nombre annuel moyen DC par<br>cardiopathie ischémique | Taux de mortalité par cardiopathie<br>ischémique pour 100 000 hab. |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Moselle                       | 626                                                   | 60                                                                 |
| Meurthe et Moselle            | 452                                                   | 59                                                                 |
| Vosges                        | 237                                                   | 50                                                                 |
| Meuse                         | 145                                                   | 63                                                                 |

- Etude nationale FAST MI 2005 et 2010 : Seulement 40% des personnes ayant une suspicion de SCA font appel au 15
- Enquête régionale 2008 sur la prise en charge pré-hospitalière des SCA qui s'appuie sur la procédure opérationnelle standardisée régionale (POS):
  - Disponibilité et facilité d'accès aux salles de cathétérisme
  - L'angioplastie est réalisée dans les 120 minutes après l'ECG qualifiant dans plus de 95% des cas
  - Les délais d'appel après l'apparition des symptômes restent en moyenne très longs (près de 2h) invitant à poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public face à la douleur thoracique
  - Le maillage territorial par les SMUR permet d'avoir accès à une stratégie de reperfusion précoce en Lorraine
  - Données d'activité de l'enquête régionale 2008 :

| Etablissement receveur du patient SCA ST + régulé                  | Primaire | Secondaire | Total (primaire et secondaire) |
|--------------------------------------------------------------------|----------|------------|--------------------------------|
| PTS de Metz (CHR et Clinique Claude Bernard)                       | 101      | 45         | 146                            |
| PTS de Nancy (CHU, Polyclinique d'Essey et Clinique Ambroise Paré) | 140      | 33         | 173                            |

- Enquête régionale réalisée en mai 2010 sur la prise en charge pré hospitalière de SCA :

|               | Primaires | Secondaires | Total |
|---------------|-----------|-------------|-------|
| CHU           | 14        | 6           | 20    |
| CHR           | 20        | 6           | 26    |
| Pasteur       | 1         | 1           | 2     |
| Non renseigné |           |             | 5     |

Au regard de l'activité, possibilité de mutualiser les 3 lignes de garde de l'agglomération nancéienne dans le cadre de la permanence des soins dans les établissements de santé.

- La POS régionale concerne la prise en charge des SCA ST+. Pour harmoniser la prise en charge SCA ST - une procédure doit être rédigée avec les professionnels de santé
- Le suivi des indicateurs HAS pour la prise en charge des IDM à la sortie du court séjour met en évidence une disparité entre établissements de santé lorrains
- Les actes de cardiologie interventionnels peuvent être irradiants et nécessitent le suivi longitudinal des doses prescrites aux patients

## CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Etat des Lieux des autorisations en 2011



Source : Autorisations ARS 2011

© ARS Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Décembre 2011

| Objectifs opérationnels                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Améliorer la prise en charge des SCA ST + en pré hospitalier | P1 OG 2 OS 21 et 22<br>P4 OG 11 OS 11.2                  |
| Conforter la qualité et de la sécurité des soins             | P4 OG 11 OS 11.1<br>P4 OG 12 OS 12.1<br>P4 OG 12 OS 12.5 |
| Optimiser la permanence des soins pour l'activité de type 3  | P4 OG 10 OS 10.3                                         |
| Améliorer la prise en charge des patients ayant un SCA ST-   | P4 OG 12 OS 12.1                                         |

|                                                                                |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Cardiologie</b><br><b>Interventionnelle</b> | <b>Améliorer la prise en charge des SCA ST + en pré hospitalier</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Sensibiliser le grand public, en lien avec la société française de cardiologie, à recourir au 15 en cas de syndrome coronarien aigu                                                                                                                                                                                        |
| Mesure n°2<br> | Sensibiliser les professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues) à recourir au 15 en cas de suspicion de SCA : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles</li> <li>• Courrier ordinal rappelant les recommandations HAS...</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Société française de cardiologie, ordre des médecins, les URPS.                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                    |                                                                                  |
|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmenter la part des personnes régulées par le 15 | Indicateur n°<br>Part des patients régulée par le 15 ayant une suspicion de SCA. |
|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS PRS volet ambulatoire                                     |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

|                                                                                |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Cardiologie</b><br><b>Interventionnelle</b> | <b>Conforter la qualité et la sécurité des soins</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Pour la cardiologie interventionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la radioprotection des patients (suivi longitudinal des doses)</li> <li>- Favoriser la coopération entre établissements de santé permettant aux cardiologues de réaliser des actes de cardiologie interventionnelle au sein des ES autorisés.</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Pour les infarctus après la phase aigüe en sortie de court séjour <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la disparité entre ES sur les indicateurs de qualité de la HAS (Respect des recommandations HAS)</li> </ul>                                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | ASN - HAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                         |                                                                                                                                |                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Limiter l'irradiation des patients<br>Améliorer la traçabilité des indicateurs de qualité de la HAS dans le dossier du patient | Indicateur n°<br><b>Exhaustivité des IQALHAS par la HAS dans chacun des dossiers</b> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet Imagerie médicale (radioprotection)                      |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                                                |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Cardiologie</b><br><b>Interventionnelle</b> | <b>Optimiser la permanence des soins pour l'activité de type 3</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Sur l'agglomération nancéienne, optimiser les lignes de garde des établissements de santé autorisés en les mutualisant |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              |                                                                                                                        |

|                         |                                                                                 |                                                    |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Passer de 3 lignes de garde à 2 lignes de gardes sur l'agglomération nancéienne | Indicateur n°<br><b>mise en œuvre de la mesure</b> |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Volet PDES du SROS PRS                                         |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |



|                                                                                |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Cardiologie</b><br><b>Interventionnelle</b> | <b>Améliorer la prise en charge des patients ayant un SCA ST-</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Rédiger une procédure régionale de prise en charge des SCA ST- avec les professionnels de santé |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les URPS, Ordres, réseau lorraine urgences, cardiologues.                                       |

|                         |                                                              |                                                                        |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Harmoniser les pratiques pour la prise en charge des SCA ST- | Indicateur n°<br>Procédure régionale de prise en charge SCA ST- écrite |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|                                                                |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures sont déclinés au niveau régional (excepté l'objectif ci-dessous)</li> </ul>                      |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimiser la permanence des soins pour l'activité 3 de cardiologie interventionnelle sur l'agglomération nancéienne</li> </ul> |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                       |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                                                       |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                                                                       |

#### QOS (par FINESS géographique)

- **Autorisation activité 1** : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
- **Autorisation activité 2** : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
- **Autorisation activité 3** : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

| QOS IMPLANTATIONS activité 1            |   |
|-----------------------------------------|---|
| Territoire de santé meusien             | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 2 |
| Territoire de santé mosellan            | 2 |
| Territoire de santé vosgien             | 0 |
| Région lorraine                         | 4 |
| QOS IMPLANTATIONS activité 2            |   |
| Territoire de santé meusien             | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 1 |
| Territoire de santé mosellan            | 0 |
| Territoire de santé vosgien             | 0 |
| Région lorraine                         | 1 |
| QOS IMPLANTATIONS activité 3            |   |
| Territoire de santé meusien             | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 3 |
| Territoire de santé mosellan            | 2 |
| Territoire de santé vosgien             | 0 |
| Région lorraine                         | 5 |

**CHIRURGIE****Diagnostic régional et territorial**

L'état des lieux sur la chirurgie en Lorraine réalisé en mai 2011 à la demande de la DGOS à partir des données de l'ATIH montre une situation globale plutôt favorable tant en terme d'offre que d'accessibilité pour la population. Les **disparités départementales** n'impactent pas pour l'instant la qualité et l'accessibilité mais doivent être attentivement suivies, tout particulièrement en terme de démographie des chirurgiens et anesthésistes car certaines zones (Meuse, vallées vosgiennes) apparaissent potentiellement fragiles. Néanmoins quelques atypies peuvent être ciblées :

- La **surcapacité estimée en lits** de chirurgie et en salles d'interventions est notable et ce, sur une large part des établissements lorrains (démarche ANAP, Meah, Hospidiag).
- Le **taux de recours** à la chirurgie : les lorrains « consomment » plus de chirurgie que dans d'autres régions : **82,1 en Lorraine versus 79,6 en France entière**. Tous établissements confondus, et comparée à la moyenne nationale, la Lorraine montre une **surconsommation de 1%** (+5% si standardisation avec l'âge). Il existe 6 actes sur les 20 cibles où la région apparaît avec un excès d'actes de plus de 10% par rapport à la moyenne nationale (taux d'actes/100 000habitants) et classement sur les 26 régions.

Ce sont dans les départements où l'offre de soins de chirurgie est la plus importante que la consommation est la plus forte. Devant les problèmes de démographie médicale et les surcapacités, des coopérations entre établissements s'imposent.

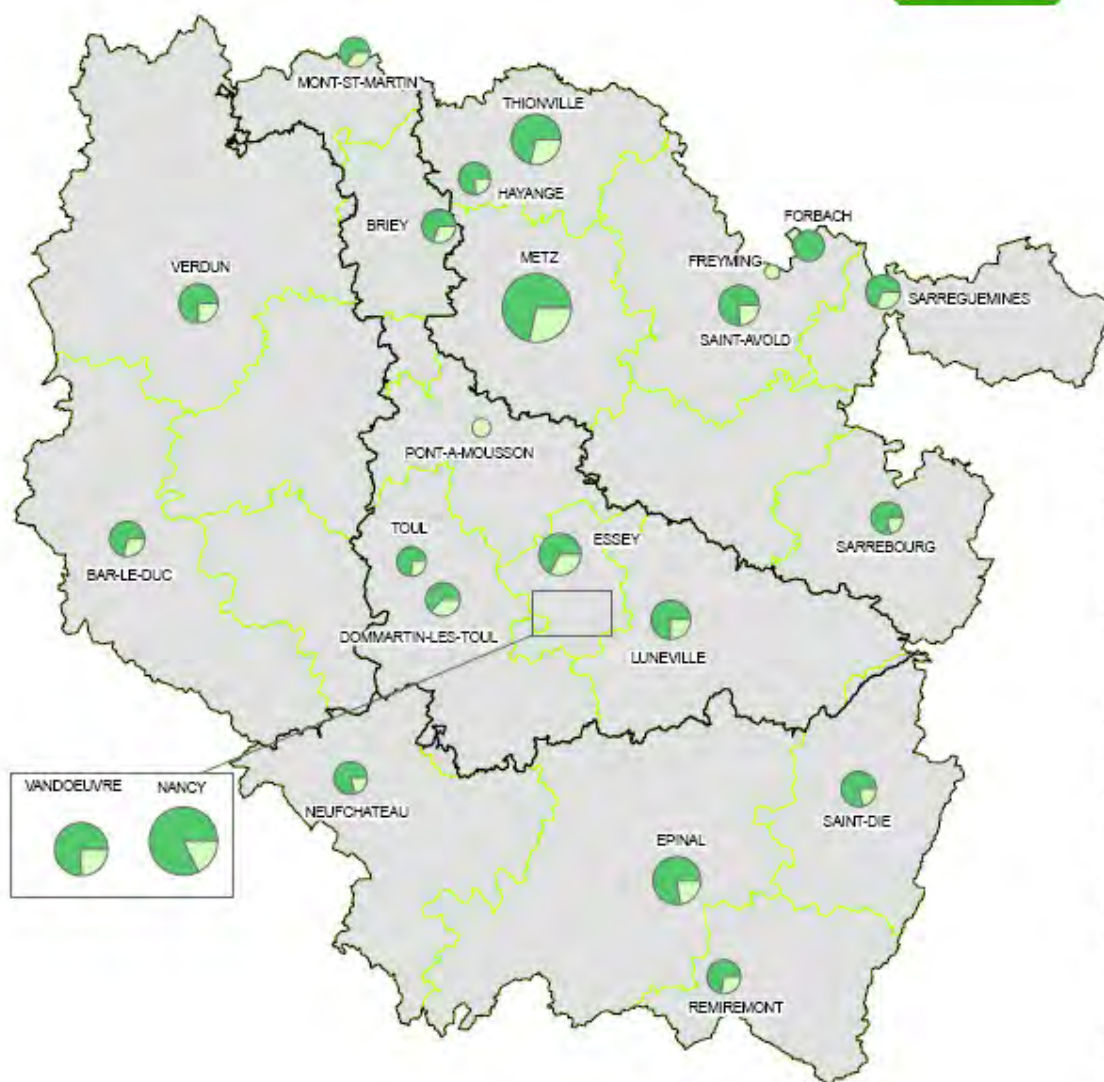
- La part des séjours en **chirurgie ambulatoire** est proche de la moyenne nationale. Sur la période 2006-2009, le taux de recours à la chirurgie totale passe de 79,8 à 82,1 pour 1000 habitants, **sans corrélation avec celui de la chirurgie ambulatoire** qui progresse aussi, mais plus rapidement soit + 5 points (24,2 en 2006 contre 29,1 en 2009). La chirurgie ambulatoire n'est donc **pas totalement substitutive** de la chirurgie complète.
- L'**accessibilité financière et géographique** des lorrains à une prise en charge chirurgicale adaptée doit rester une priorité.
- L'investissement des professionnels de santé dans le domaine **qualité/ sécurité** des soins en chirurgie doit être poursuivi

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| IMPLANTATIONS                                                              |    |
| Territoire de santé meusien                                                | 2  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 15 |
| Territoire de santé mosellan                                               | 16 |
| Territoire de santé vosgien                                                | 5  |
| Région lorraine                                                            | 38 |

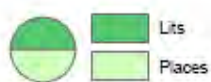
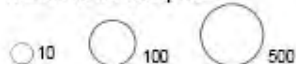
# L'offre de soins en CHIRURGIE au 31.12.2009 en Lorraine

en nombre de lits et places

3 296 lits  
399 places



Nombre de lits et/ou places



Source :  
DREES - SAE 2009 - Nb de lits et places (HC - HJ - HN - HAD)

DEPARTEMENT TSP

© IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Janvier 2012

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète</p> | <p>Priorité 4 : objectif 10-3 et 12-3</p> <p>Priorité 3 : objectif 8-2</p> |
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré</p>                | <p>Priorité 4 : objectif 12-5</p>                                          |
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués.</p>                                               | <p>Priorité 2 : objectif 5-2</p>                                           |
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Renforcer l'efficience des plateaux de chirurgie</p>                                                                                                   | <p>Priorité 2 : objectif 6-2</p> <p>Priorité 4 : objectif 12-3</p>         |

|                                            |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Chirurgie</b> | <b>Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète</b> |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | <p>Poursuivre la <b>procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP)</b>, en lien avec l'Assurance Maladie, pour inciter les établissements publics et privés à développer la chirurgie ambulatoire sur les <b>17 gestes marqueurs</b> ciblés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriser les établissements les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire et axer la MSAP sur les gestes les plus accessibles conformément aux recommandations des sociétés savantes</li> <li>• Inscrire cet objectif dans leurs CPOM</li> </ul> <p><i>Objectif : 85 % de réalisation sur les 17 gestes marqueurs pour la région fin 2013</i></p> |
| Mesure n°2<br>  | <p><b>Substituer</b> progressivement l'activité de chirurgie en hospitalisation complète par la création de places de chirurgie ambulatoire.</p> <p>Expérimenter au niveau régional un <b>site dédié de chirurgie ambulatoire</b> (par substitution de capacité à l'hospitalisation complète et en privilégiant la recomposition des structures existantes) ;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br> | <p>Valoriser et diffuser, les expériences probantes de développement de la chirurgie ambulatoire, en lien avec un <b>comité régional d'experts</b> et <b>promouvoir l'image de la chirurgie ambulatoire</b> dans le grand public :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diffuser un « passeport pour l'ambulatoire »</li> <li>- organiser chaque année un séminaire régional de la chirurgie ambulatoire</li> <li>- favoriser la sensibilisation des futurs chirurgiens à la chirurgie ambulatoire, en lien avec l'université.</li> </ul>                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | DGOS, Assurance maladie, experts, ANAP, URPS, université, sociétés savantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                           |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Développement de la chirurgie ambulatoire | Indicateur n°<br>85% de chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs<br>PMSI : Nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires / nombre de séjours chirurgicaux ambu+HC |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|

|                      |
|----------------------|
| SROS : volet douleur |
|----------------------|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------------|

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRGDR : groupe chirurgie ambulatoire-CONTRAT ETAT/UNCAM : développement chirurgie ambulatoire |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                  |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Chirurgie</b> | <b>Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré</b> |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | S'assurer d'un <b>seuil d'activité minimal</b> des plateaux techniques, gage de qualité (projet de décret)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mesure n°2<br>   | Veiller à la diffusion et la mise en œuvre des <b>référentiels et indicateurs de qualité et sécurité dans les établissements concernant particulièrement les blocs opératoires</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'informatisation des blocs opératoires sur la base des référentiels de l'ANAP et de l'ASIP</li> <li>• Encourager les établissements à développer une politique de gestion des risques</li> </ul>                                            |
| Mesure n°3<br>   | Développer la prise en charge en <b>filière</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser et fluidifier <b>les prises en charge d'amont et d'aval</b> en développant les coopérations avec les services SSR, les réseaux de proximité, l'HAD, les établissements pour personnes âgées ou handicapées et la médecine ambulatoire...</li> <li>• Améliorer l'organisation de la filière de <b>chirurgie de l'enfant</b> (cf. volet périnatalité, enfant, adolescent)</li> </ul> |
| Mesure n°4<br> | Valoriser la <b>formation professionnelle initiale et continue</b> des équipes soignantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager la spécialisation des «infirmières de blocs opératoires», des IDE travaillant actuellement dans les blocs en la priorisant dans les plans de formation des établissements</li> <li>• S'assurer de l'appropriation des référentiels de qualité et de sécurité par les équipes soignantes</li> </ul>                                    |

|                               |                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Pilotage de l'objectif</b> | ARS Lorraine                           |
| <b>Partenaires</b>            | Assurance maladie, experts, ANAP, URPS |

|                         |                                                                      |                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diminuer les infections nosocomiales et le taux de réhospitalisation | Indicateur : taux d'infections nosocomiales et taux de ré-hospitalisation à 30 jours |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|



| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volets SROS-PRS : volets SSR, Douleur/ soins de support, HAD, Santé de l'enfant et de l'adolescent<br>SROMS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|-------------------------------------------------------------------|

|       |
|-------|
| PRGDR |
|-------|

| Objectif opérationnel<br>Chirurgie                                                                | Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |
| Mesure n°1<br>   | Offrir à la population lorraine un accès à une offre de chirurgie graduée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les différents <b>niveaux de recours</b> sur la région,</li> <li>• Encourager le développement de <b>complémentarités</b> des plateaux de chirurgie et de <b>mutualisation</b> d'activité et de moyens (Communautés hospitalières de territoire, de consultations avancées, de télémédecine...)</li> </ul>                                                                                                                                            |                                                                                                        |
| Mesure n°2<br>   | Favoriser l'accessibilité financière de tous les lorrains à une chirurgie de qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du maintien d'une part d'activité en <b>secteur 1</b> dans les opérations de recomposition,</li> <li>• Veiller au bon fonctionnement des Commissions d'Activité Libérale (CAL)</li> <li>• Mettre en place, en collaboration avec l'assurance maladie, un <b>observatoire régional des dépassements d'honoraires</b> en chirurgie</li> <li>• Suivre la mise en place du <b>secteur optionnel</b> en lien avec l'Assurance Maladie</li> </ul> |                                                                                                        |
| Mesure n°3<br> | Mettre en place un <b>observatoire statistique de la démographie des chirurgiens et anesthésistes</b> sur les 4 territoires lorrains pour identifier les zones fragiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Assurance maladie<br>Professionnels de santé (chirurgiens, anesthésistes, cadres de blocs, infirmiers...)<br>ANAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                        |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                           | Améliorer la lisibilité de l'offre de chirurgie en lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Indicateur n°<br>Part des PS en secteur1/ nombre de PS dans la spécialité (SNIR-AM, Statiss, Adeli...) |

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SROS Ambulatoire, volets SROS Périnatalité, Urgence, PDSES<br>Programme Télémédecine |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|                                                            |

|                                            |                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Chirurgie</b> | <b>Renforcer l'efficacité des plateaux de chirurgie</b> |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Encourager les <b>coopérations/recompositions</b> et mise en commun d'activité et/ou de plateaux techniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération public/privé formalisée sur le Lunévillois</li> <li>• Coopération formalisée dans le cadre d'une CHT Epinal/Remiremont</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Explorer, justifier ou corriger les <b>atypies dans le recours à la chirurgie</b> de certains gestes au travers des dialogues de gestion en lien avec l' <b>Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue</b>                                                                                        |
| Mesure n°3<br> | Inciter les établissements à améliorer l'organisation des plateaux techniques pour optimiser l'utilisation des salles opératoires et la sécurisation du parcours du patient                                                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Assurance maladie<br>HAS                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                              |                                                                                                   |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires<br>Maîtriser l'évolution du taux de recours à la chirurgie | Indicateur n° : nb d'ICR et d'interventions par salle opératoire<br>évolution des taux de recours |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet PDSES                                                    |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRGDR : action complémentaire canal carpien                       |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'ensemble des objectifs et mesures s'appliquent à la région</li> </ul>      |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Coopération public/privé formalisée sur le Lunévillois</li> </ul>            |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                     |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                     |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Coopération formalisée dans le cadre de la CHT Epinal/ Remiremont</li> </ul> |

| OQOS (par FINESS géographique)          |         |
|-----------------------------------------|---------|
| Territoire de santé meusien             | 2       |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 14 à 15 |
| Territoire de santé mosellan            | 13      |
| Territoire de santé vosgien             | 5       |
| Région lorraine                         | 34 à 35 |

## GENETIQUE

### Diagnostic régional et territorial

#### Champ couvert par le SROS Génétique\_:

Génétique constitutionnelle (cytogénétique et génétique moléculaire), pharmacogénétique, oncogénétique, HLA, liens forts avec le Plan maladies rares et le SROS Périnatalité

- Spécificités : Champ partagé entre l'ARS (autorisation d'activité) et l'Agence de Biomédecine (agrément des praticiens, avis sur équipe multidisciplinaire)
- Première élaboration du volet Génétique du SROS

Travail à intégrer dans une organisation structurée au niveau national (Plan maladies rares, Plan cancer)

#### Diagnostic régional

- Des besoins difficiles à estimer mais croissants et évolutifs (développement des connaissances : nouveaux gènes identifiés, des techniques)
- Ouverture recommandée par le groupe de travail national : 3 ETP généticiens (médecins assurant des consultations de génétique)/1 million d'habitants et 2 praticiens par site
- 7 consultations sur Metz, Nancy, Epinal dont 1 en oncogénétique (3,05 ETP pour 2,3 MH) + 1 consultation avancée à Remiremont
- 2 centres de référence maladies rares, 1 plateforme de génétique moléculaire
- 6 labos sur 4 sites (Metz, Nancy, Epinal)
- Une organisation graduée en 2 niveaux pour les consultations et les examens : génétique générale et examens de base, génétique et examens spécialisés
- Pb des consultations : lisibilité à améliorer, couverture territoriale mal assurée (Meuse, Moselle Nord), fragiles (souvent un seul professionnel), activité (à la fois anténatale, néonatale et postnatale), délais d'attente longs (oncogénétique notamment), lien avec secteur médico-social à développer
- Examens : une grande partie hors région (CERBA, BIOMNIS, Institut PASTEUR) pour des tests génétiques pourtant réalisables sur les plateformes de génétique du centre de référence de la région +++
- Rendus des résultats (parfois longs : uniquement pour les diagnostics génétiques spécialisés et complexes (oncogénétique, puces ADN, maladies rares), lien avec prescripteur à améliorer)
- Nouveaux métiers, nouvelles techniques : conseiller en génétique (aucun en Lorraine), CGH array, séquençage haut débit : évolutions incontournables nécessitant un soutien financier

#### Contexte et orientations :

- Perspectives à 5 ans : elle doit tenir compte de l'évolution rapide des techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses (plus de gènes étudiés et d'affections explorées à composante génétique ) avec les conséquences inhérentes sur le conseil génétique (nombres de consultations adossées à ces examens) en face d'une demande croissante des usagers et des professionnels – A cet égard une information claire, accessible des usagers et des professionnels sera une approche nécessaire pour aider à une prise en charge optimale.
- Le pilotage national est activement réalisé par l'Agence de biomédecine en lien avec le 2è Plan maladies rares 2011-2014

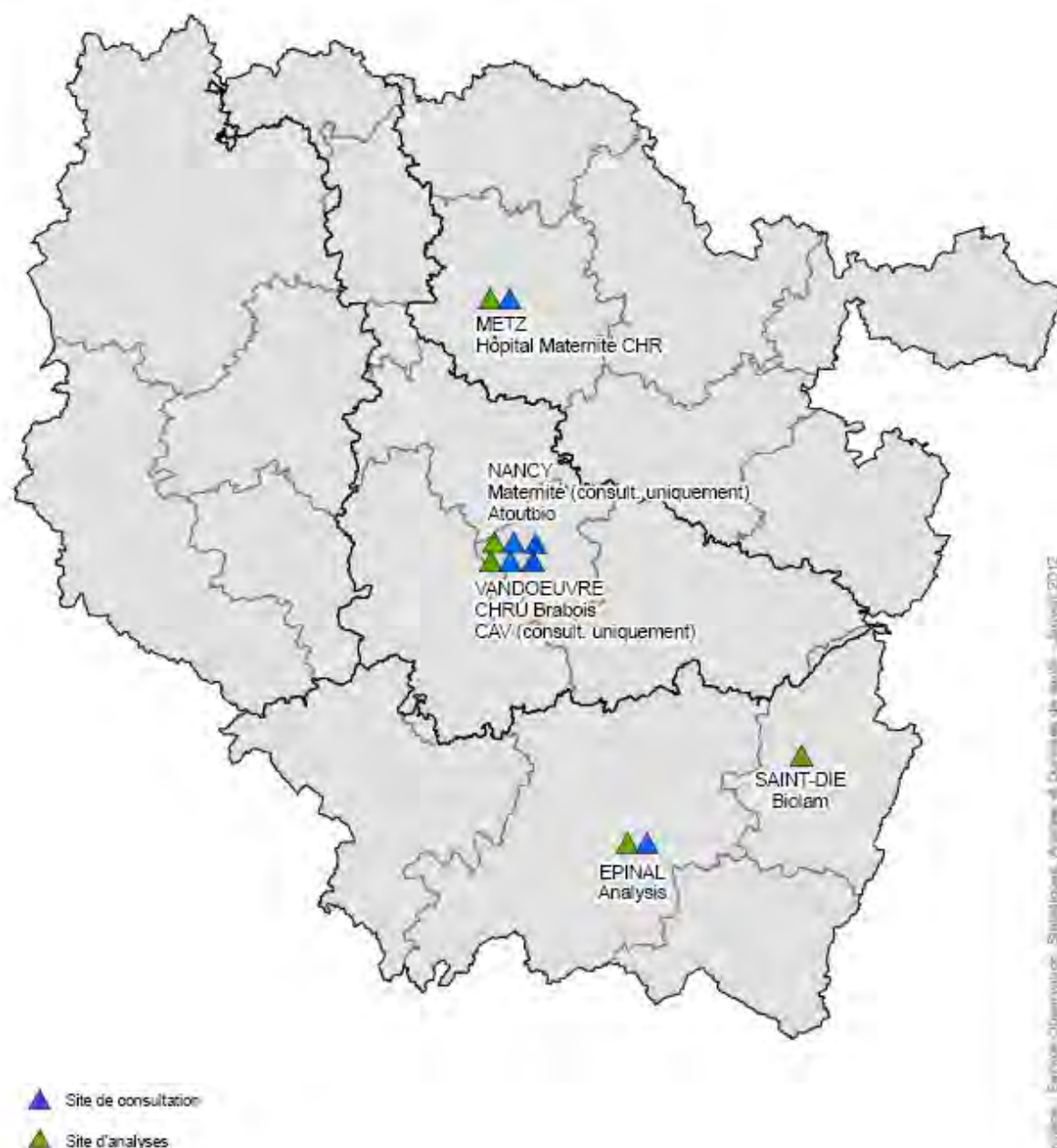
| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|
| IMPLANTATIONS                                                              | AC | AGM | AB |
| Territoire de santé meusien                                                | 0  | 0   | 0  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 2  | 3   | 1  |
| Territoire de santé mosellan                                               | 2  | 1   | 0  |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1  | 2   | 0  |
| Région lorraine                                                            | 5  | 6   | 1  |

**Légende :**

|              |                                                                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AC :</b>  | Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire                                                     |
| <b>AGM :</b> | Analyses de génétique moléculaire                                                                                                  |
| <b>AB :</b>  | Autre analyse de biologie médicale permettant d'obtenir des informations équivalentes à celles obtenues par les analyses AC ou AGM |

## GENETIQUE : Localisation des sites de consultation et/ou d'analyses

- Etat des lieux 2011 -



ARS Lorraine / ARS de la Moselle / Centre d'Organisation, Statistiques, Analyses et Données de Santé - Janvier 2012



| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région | Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2<br>Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2<br>Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1 |
| Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique                                                                                                                                                                                                                                                       | Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2<br>Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2<br>Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1 |
| Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité                                                                                                                                                                                                                                                   | Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2<br>Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2<br>Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1 |
| Améliorer l'acheminement des prélèvements, (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité                                                                                                                                                                  | Priorité 4, objectif, 11.1, 11.2, 12.1, 12.5                                                                                                                           |
| Améliorer l'information concernant l'offre génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers                                                                                                                                                                                                               | Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2<br>Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1<br>Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2<br>Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1 |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Génétique</b> | <b>Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région</b> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Regrouper les 3 sites actuels en un centre de référence régional de Génétique (enfants-adultes)<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre des outils de coopération entre les différentes entités (CHU-CAV-Maternité régionale) ;</li> <li>- Identifier l'ensemble des compétences régionales en génétique ;</li> <li>- Inclure l'activité de génétique dans le cadre de la CHT et reconnaître la consultation de génétique et d'oncogénétique de Metz ;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Mesure n°2<br>   | Définir le cahier des charges d'un centre de génétique régional :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Localisation : CHU de Nancy</li> <li>- Compétences exercées niveau 1 et niveau 2 : consultations de génétique, cytogénétique, cytogénétique moléculaire, génétique moléculaire, oncogénétique, HLA et maladies, pharmacogénétique, enfants et adultes ... ;</li> <li>- Missions du centre (continuité de la prise en charge, expertise, filière de prise en charge, recours, recherche, information et formation, suivi, évaluation, surveillance épidémiologique) ;</li> <li>- Identification des compétences cliniques et biologiques régionales (niveau 1) publiques (Metz) et privées (Nancy et Epinal) travaillant en partenariat étroit avec le centre de référence régional ...</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Poursuivre le développement de l'expertise du centre régional de Génétique en génétique moléculaire par l'acquisition de moyens innovants (séquenceur haut débit) dans le cadre du Plan maladies rares 2009-2014.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Centre de référence en génétique et institutions concernées (CAV, Maternité régionale et CHT Metz-Nancy)<br>Laboratoires privés<br>Association des Biologistes Agréés<br>Agence de Biomédecine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                         |                                                             |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Regroupement des 3 sites en un centre régional de génétique | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>         |
|------------------------------------------------------------------------|
| Volets Biologie, AMP-DPN et ensemble des spécialités médicales du SROS |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan maladies rares 2009-2014 ;<br>Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares ;<br>SROMS |

|                                            |                                                                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Génétique</b> | <b>Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique</b> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Structurer l'organisation par niveaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>Définir les niveaux 1 et 2 (l'existence d'un centre régional de génétique permet de définir 2 niveaux d'analyse. Les analyses courantes de niveau 1 souvent inscrites à la nomenclature relèvent de l'offre de proximité et peuvent être prescrites par un médecin non généticien connaissant la pathologie ; les analyses de niveau 2, de recours, plus complexes dans leur réalisation et interprétation relèvent d'une prescription par un médecin généticien ou spécialiste d'organe en relation étroite avec un médecin généticien pour assurer le conseil génétique en situation multidisciplinaire).</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>  | Ajuster l'offre en oncogénétique aux besoins pour une meilleure efficacité de la prévention.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Développer avec les laboratoires de génétique des outils de collaboration entre les 7 sites.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Centre régional de Génétique<br>Laboratoires privés<br>ARS<br>Agence de Biomédecine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Lisibilité de la graduation de l'offre sur tout le territoire<br><br>Indicateur n°<br>Bilan annuel des consultations par le centre régional de génétique (usagers mal orientés) |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>         |
| Volets Biologie, AMP-DPN et ensemble des spécialités médicales du SROS |

|                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                       |
| Plan maladies rares 2009-2014 ;<br>Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares ;<br>SROSMS |

| Objectif opérationnel<br>Génétique                                                                | Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |
| Mesure n°1<br>   | Assurer l'accès à l'activité de génétique niveau 1 sur tout le territoire, notamment en Meuse et Moselle Nord <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser les collaborations</li> <li>Mise en place de consultations avancées</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |
| Mesure n°2<br>   | Améliorer la lisibilité des consultations de génétique niveau 2 sur la région : <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenir et rendre lisible l'offre existante en matière de génétique adulte, pédiatrique et d'oncogénétique</li> <li>Inclure l'activité de génétique dans le cadre de la CHT (consultation de génétique 500 patients/an et consultation d'oncogénétique sur Metz) ;</li> <li>Identifier l'ensemble des consultations de génétique dont la consultation d'oncogénétique à Freyming, Saint-Avold et Hayange.</li> </ul> |                                                                                                |
| Mesure n°3<br>  | Améliorer l'offre de consultations (en oncogénétique et en particulier en gastro-entérologie) et développer les consultations délocalisées de premier niveau par des médecins non généticiens, en lien étroit avec le centre régional afin de ne pas emboliser les consultations spécialisées ;                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                |
| Mesure n°4<br> | Réaliser une charte de fonctionnement (par le centre régional) afin de garantir l'accès de la population à l'examen de génétique et la pertinence de cet examen et définir en lien avec l'Agence de Biomédecine les critères de qualité qui pourront être opposés aux laboratoires régionaux et nationaux.                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |
| Mesure n°5<br> | Permettre aux différentes structures confrontées à des problèmes de génétique pour la population qu'ils ont en charge de disposer de compétences en génétique. <ul style="list-style-type: none"> <li>Télémédecine, téléconsultation</li> <li>Consultations avancées,...</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Centre régional de Génétique<br>Professionnels et établissements<br>MDPH, CAMSP, CRA, Etablissements ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                           | Améliorer l'accès aux consultations de génétique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Indicateur n°<br>Nombre de consultations avancées validées par le centre régional de génétique |

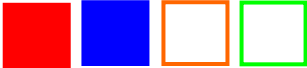
**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Volets Biologie, AMP-DPN, cancer et ensemble des spécialités médicales du SROS  
Thématique transversale enfant adolescents  
SROMS

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Plan maladies rares 2009-2014 ; Plan cancer  
Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares  
Plan autisme  
PRT

|                                            |                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Génétique</b> | <b>Améliorer l'acheminement des prélèvements (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité</b> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Recenser les circuits existants et identifier les lieux de prélèvements (couverture du territoire, circuit utilisé par les laboratoires nationaux (CERBA, BIOMNIS, Institut PASTEUR), collaboration entre laboratoires, (Cf SROS Biologie).) |
| Mesure n°2<br> | Définir avec les professionnels un circuit adapté d'acheminement à même de garantir la qualité, la sécurité et la traçabilité du transport des prélèvements                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Centre régional de génétique et CHU<br>Laboratoires, cliniciens                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                         |                                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Connaissance des circuits de transport<br>Homogénéisation et amélioration de la qualité | Indicateur n°<br>En lien avec l'ABM, part de l'activité réalisée par les labs nationaux et les labs régionaux |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS Biologie                                                  |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                            |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Génétique</b> | <b>Améliorer l'information concernant l'offre génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers</b> |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Créer un site ou une page internet recensant l'ensemble des consultations et laboratoires agréés et autorisés dans le domaine. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les professionnels et les usagers de cette offre régionale</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Inscrire dans le cahier des charges du centre régional de génétique la mission d'information auprès du public et des professionnels et de formation auprès des professionnels                                                                          |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Centre régional de génétique et CHU                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                   |                                        |
|-------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Plaquette, page Internet<br>Journées de formation | Indicateur n°<br>Fréquentation du site |
|-------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Tous les volets du SROS<br>SROMS<br>Schéma Prévention          |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                 |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                 |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                 |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                 |

| OQOS (par FINESS géographique)          |          |          |          |
|-----------------------------------------|----------|----------|----------|
| OQOS IMPLANTATIONS                      | AC       | AGM      | AB       |
| Territoire de santé meusien             | 0        | 0        | 0        |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 2        | 3        | 1        |
| Territoire de santé mosellan            | 1        | 1        | 0        |
| Territoire de santé vosgien             | 1        | 2        | 0        |
| <b>Région lorraine</b>                  | <b>4</b> | <b>6</b> | <b>1</b> |

**Légende :**

|              |                                                                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AC :</b>  | Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire                                                     |
| <b>AGM :</b> | Analyses de génétique moléculaire                                                                                                  |
| <b>AB :</b>  | Autre analyse de biologie médicale permettant d'obtenir des informations équivalentes à celles obtenues par les analyses AC ou AGM |

## PERINATALITE

### Diagnostic régional et territorial

L'indice conjoncturel de fécondité en Lorraine augmente depuis 1995, mais moins vite qu'en France : 1,83 contre 1,97 sur la période 2007 – 2009, et il en est de même du nombre des naissances vivantes qui progresse mais de façon moindre qu'en France métropolitaine : 0,6% en Lorraine contre 1,2% en France.

Le taux de mortalité infantile en Lorraine s'est rapproché de la moyenne nationale depuis deux ans (2008 et 2009)

L'évaluation des besoins chez la mère et l'enfant rencontre des difficultés, du fait du caractère très morcelé des données.

L'offre en périnatalité compte un total de 20 maternités au 01/07/2011 (22 sites et 2 SIH en 2006), qui prennent en charge 26 300 naissances, et qui sont réparties de la façon suivante :

- territoire 54 : 4 maternités de type I ; 1 maternité de type II B ; 1 maternité de type III
- territoire 55 : 2 maternités de type II A
- territoire 57 : 3 maternités de type I ; 4 maternités de type II B ;
- territoire 88 : 3 maternités de type I ; 1 maternité de type II A, 1 de type II B,

Le CHU qui ne dispose pas de maternité participe à la prise en charge néonatale de type III notamment pour les activités de chirurgie néonatale et de cardiologie.

Trois de ces 20 maternités ont une activité proche de 500 accouchements annuels : Sarrebourg, Lunéville, Neufchâteau. L'organisation des filières de soins pour la mère et l'enfant, entre le CHU et la Maternité Régionale de Nancy, n'est pas optimale. La coopération entre les sites d'Epinal et de Remiremont n'est pas mise en œuvre à ce jour.

Pour mémoire, 5 des 20 maternités ne disposent pas d'unité de pédiatrie (hors néonatalogie).

L'offre compte également :

- Un réseau régional périnatal (RPL) depuis 2001, dont l'activité a été étendue depuis 2008 au suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap en aval (Réseau d'Accompagnement des FAMILLES en Lorraine – RAFAEL),
- 4 centres de périnatalité de proximité (Gérardmer, Commercy, Pont-à-Mousson, et Bitche),
- 6 structures polyvalentes d'hospitalisation à domicile qui assurent une prise en charge périnatale (Gérardmer, Nancy, Joeuf, Verdun Thionville, Bitche).

Le fonctionnement de certaines maternités est rendu difficile par la pénurie de professionnels spécialisés (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimation, pédiatres, ...) ; la moitié de ces spécialistes a plus de 55 ans au niveau régional.

La démarche d'accompagnement globale en prénatal est insuffisamment développée et structurée : le dispositif d'entretien prénatal individuel du 4<sup>ème</sup> mois est améliorable, la prévention des addictions reste encore une question bien présente, une vigilance accrue auprès des femmes en situation de précarité est à développer au vu des impacts sur leur état de santé et celui de leur enfant.

Le taux de césariennes est proche du taux moyen national ; il est améliorable par une interrogation des acteurs sur leurs pratiques.

Les transferts néonataux et materno-fœtaux sont coordonnés sur la base des référentiels HAS et de conventions réactualisées en 2010 par le réseau périnatal auquel adhèrent toutes les maternités ; toutefois en juillet 2011, encore 2 des 20 maternités n'ont pas signé la convention avec le type III (une maternité de type I dans les Vosges et une maternité de type II B en Moselle). L'analyse et la coordination des transferts doivent être étendues aux transferts entre maternités de type I et II.

La sortie de la maternité doit être mieux encadrée. Les staffs médico-psycho-sociaux ne sont pas généralisés au sein de l'ensemble des maternités. Sur certains territoires en proximité, l'accès à des compétences gynécologiques et pédiatriques est particulièrement déficitaire.

La démarche d'accompagnement globale en post natal (soutien à la parentalité, suivi neuro développemental de l'enfant, situation de précarité, ...) est insuffisamment coordonnée entre les tous les acteurs amenés à intervenir dans les différents domaines (prévention, soin, médico social).

Enfin les chiffres d'IVG restent stables, l'accès à l'IVG répond globalement à la demande. C'est un total de 26 établissements de santé qui pratiquent cette activité, dont 7 cliniques, auxquels il faut ajouter le site de la MGEN à Nancy. Très peu d'IVG sont réalisés hors établissement de santé en Lorraine (moins de 3% en Lorraine). La diversification des modalités de l'IVG est insuffisamment développée sur les sites de Toul et Verdun. A relever que la valorisation du forfait IVG, médicamenteux et instrumental, est une question récurrente.

Un accent fort sur la prévention telle que prévue dans la loi 2001 (éducation à une sexualité responsable notamment par l'éducation nationale) doit être réalisé.

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |    |    |   |
|----------------------------------------------------------------------------|----|----|----|---|
| IMPLANTATIONS OBSTETRIQUE<br>NEONATOLOGIE ET REANIMATION<br>NEONATALE      | 1  | 2A | 2B | 3 |
| Territoire de santé meusien                                                | 0  | 2  | 0  | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 4  | 0  | 1  | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                               | 3  | 0  | 4  | 0 |
| Territoire de santé vosgien                                                | 3  | 1  | 1  | 0 |
| Région lorraine                                                            | 10 | 3  | 6  | 1 |

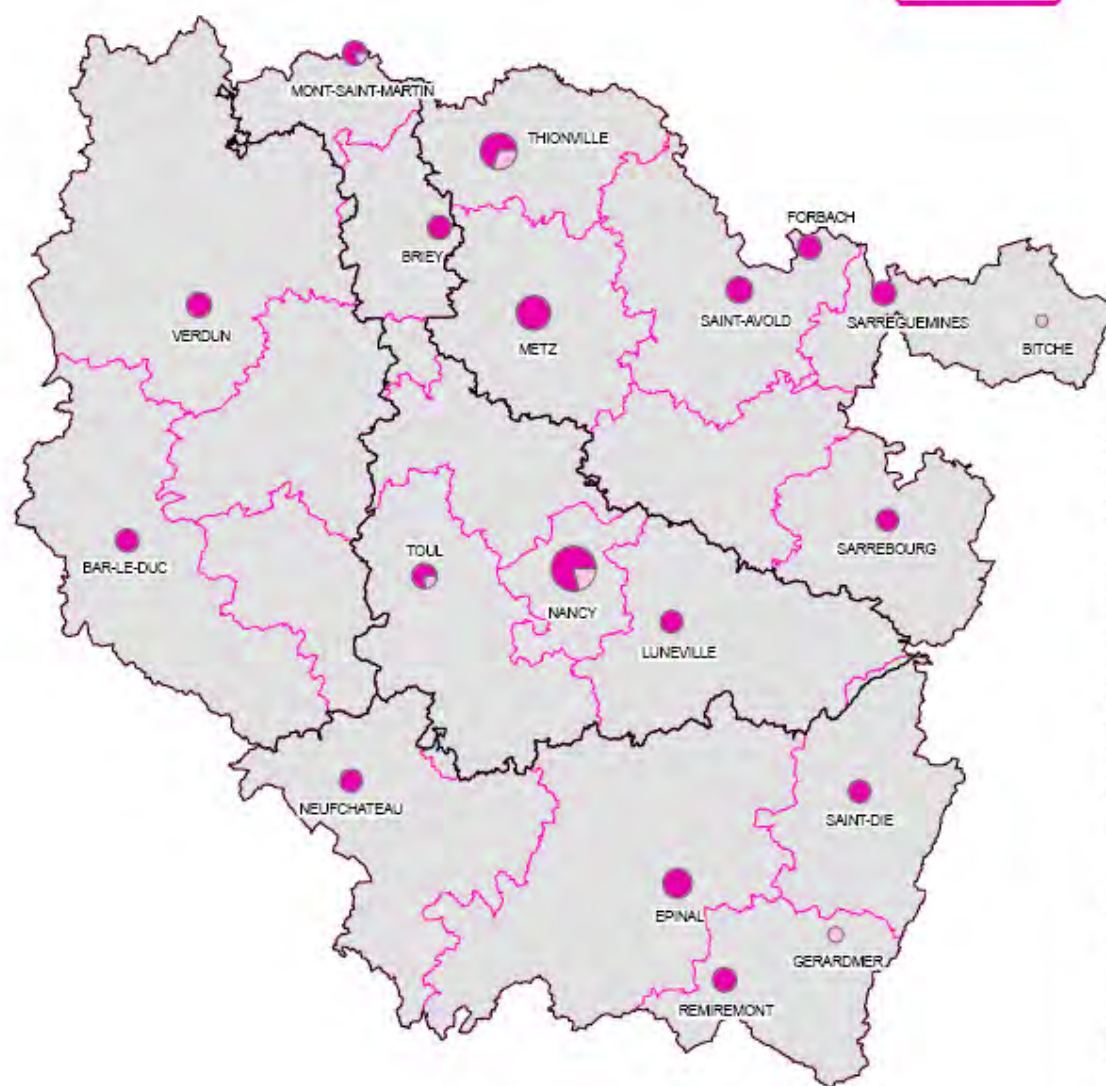
Légende :

- 1 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique
- 2 A : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie sans soins intensifs
- 2 B : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie avec soins intensifs
- 3 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et réanimation néonatale

# L'offre de soins en OBSTETRIQUE au 31.12.2009 en Lorraine

en nombre de lits et places

851 lits  
41 places



Nombre de lits et/ou places

○ 10 ○ 100 ○ 250

● Lits  
● Places

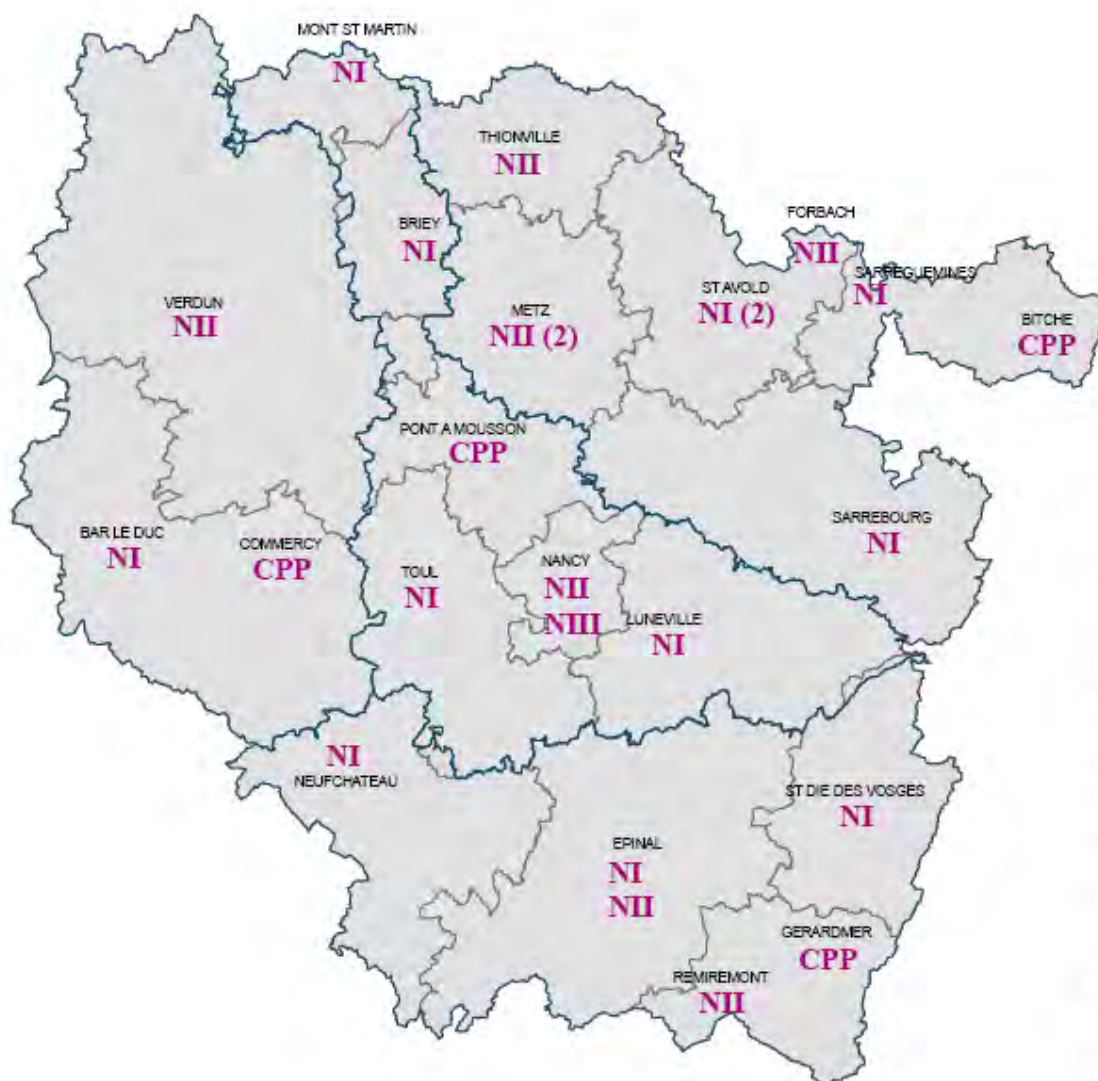
Source :  
DREES - SAE 2009 - Nb de lits et places (HC - HJ - HN - HAD)

DEPARTEMENT TSP

© IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Janvier 2012

## GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

### Localisation des structures par niveau



- CPP** Centre Périnatal de Proximité  
**NI** Unité d'obstétrique seule (niveau 1)  
**NII** Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie (niveau 2)  
**NIII** Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale (niveau 3)

Source : SAE 2010

©/GN - ARS Lorraine - Services Observation, Statistiques, Analyses et Données de santé - Décembre 2011



| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                     | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Mieux connaître les besoins de la mère et du très jeune enfant                                                                                                                                                              | Priorité 4- objectif 10.1                                                         |
| Poursuivre la sécurisation de la prise en charge et disposer de temps de spécialistes suffisant (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, ...) pour assurer la permanence des soins dans les maternités | Priorité 2 : objectif 5.5 ; 5.6<br>Priorité 4 objectifs 10.3 ; 11.1 ; 11.2 ; 12.1 |
| Soutenir la dynamique engendrée par le réseau périnatal, notamment dans la coordination des transferts entre les maternités                                                                                                 | Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3 ; 12.1 ; 12.5                            |
| Structurer le dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4 <sup>ème</sup> mois pour la période prénatale                                                                                                           | Priorité 2 : objectif 4.1 ;<br>Priorité 4 : 11.3                                  |
| Organiser les sorties selon un accompagnement adapté                                                                                                                                                                        | Priorité 4- objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3                                           |
| Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé.                | Priorité 4- objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3<br>Priorité 2 : objectif 4.1 ; 5.4        |
| Favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant.                                                                                                                                                          | Priorité 2 : objectif 4.1                                                         |
| Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial                                                                                                                                                           | Priorité 4 : objectif 10.3                                                        |

|                                                     |                                                                       |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Périnatalité</b> | <b>Mieux connaître les besoins de la mère et du très jeune enfant</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

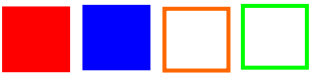
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Optimiser et partager l'utilisation des outils de coordination existants. Spécifiquement pour le domaine de la périnatalité et de l'enfant, impulser l'agrégation régionale des données départementales type certificats du 8 <sup>ème</sup> jour, 9 <sup>ème</sup> mois, 24 <sup>ème</sup> mois et bilans des 4 ans, et leur exploitation régionale |
| Mesure n°2<br> | Rappeler aux professionnels de santé l'obligation réglementaire de transmettre les certificats (cf art L 2132-3 du Code de Santé Publique)                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec les conseils généraux                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les PMI des quatre départements / URPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                       |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rendu annuel sur des indicateurs de santé de l'enfant | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                                                  |
| Cet objectif est commun avec la thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent » SROMS – SRP – Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent » |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Périnatalité</b> | <b>Poursuivre la sécurisation de la prise en charge et disposer de temps de spécialistes suffisant</b> (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, ...) <b>pour assurer la permanence des soins dans les maternités</b> |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Afin de limiter les fuites des internes formés en région, proposer des projets d'organisation attractifs au sein des territoires.                                                    |
| Mesure n°2<br>   | Développer les temps partagés entre établissements de santé, y compris les postes d'assistants spécialistes.                                                                         |
| Mesure n°3<br>   | Valoriser le rôle des sages femmes au sein des dispositifs de 1 <sup>er</sup> recours (ex : maison de santé pluridisciplinaire), notamment dans le suivi post natal.                 |
| Mesure n°4<br>   | Favoriser les coopérations indispensables au bon fonctionnement des filières                                                                                                         |
| Mesure n°5<br> | Elaborer au niveau régional un cadre technique de fonctionnement des centres de proximité périnataux (CPP), afin d'optimiser cette ressource de premier recours (cahier des charges) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | URPS, Université de Lorraine                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assurer une couverture en compétences gynéco obstétriques (GO) et pédiatriques, dans les établissements de santé, et en ville, plus particulièrement dans des zones de pénurie médicale ou de structure<br><br><u>Indicateurs :</u><br>Part des séjours de nouveau-nés réalisés en maternité de type III<br>Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé (indic CPOM)<br>Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements (indic CPOM)<br>Evolution du nombre d'internes dans la spécialité GO et pédiatrique en 4 <sup>ème</sup> année | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>Taux de fuites des internes spécialisés en GO et pédiatrie, en fin de cursus, et évolution</p> <p>Suivi annuel du nombre de GO et pédiatres,</p> <p>Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dotées de temps de sage femme.</p> <p>Réalisation du cadre technique de fonctionnement des CPP</p> |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent

SROS PRS volet Ambulatoire

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan périnatalité 2005 – 2007

Rapport de la Cour de Comptes septembre 2011 sur le rôle des sages femmes dans le système de soins

|                                           |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Périnatalité</b> | <b>Soutenir la dynamique engendrée par le réseau périnatal, notamment dans la coordination des transferts entre les maternités</b> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Formaliser des protocoles ou conventions entre les maternités de type I et II B Généraliser le conventionnement avec le type III (cf recommandations HAS) |
| Mesure n°2<br> | Organiser le suivi annuel des transferts foeto maternels et néonataux par le réseau régional périnatal lorrain (RPL)                                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine et Réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Maternités                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assurer une prise en charge coordonnée et graduée des femmes et des nouveau-nés entre les maternités de la région<br><br><u>Indicateurs :</u><br>% de conventionnement des maternités de type I avec le type II B et le type III<br>% de conventionnement des maternités de type II avec le type III<br>Communication par le RPL d'une évaluation sur l'activité des transferts. | Indicateur n° |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan périnatal 2005 2007                                          |

|                                           |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Périnatalité</b> | <b>Structurer le dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4<sup>ème</sup> mois pour la période prénatale</b> |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Généraliser l'entretien prénatal précoce, réalisé essentiellement par les sages femmes, dans le cadre d'une organisation coordonnée entre les différentes sages femmes (hôpital, PMI, libérales), avec une traçabilité de cet entretien dans le carnet de maternité, et une information au RPL. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine en lien avec le Réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Maternités, PMI, sages femmes libérales                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Prise en charge globale de la santé de la future mère avec un accompagnement psycho social pour celles qui le souhaitent<br><br><u>Indicateurs :</u><br>Nombre d'EPI (quelle que soit la source) / nombre de grossesse déclarées<br>Nombre de formation(s) et de professionnels formés sur cette thématique spécifique / an<br>Nombre et volume de crédits « AC » fléchés | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan périnatalité 2005 – 2007                                     |

| Objectif opérationnel<br>Périnatalité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Organiser les sorties selon un accompagnement adapté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Mesure n°1<br>            | Généraliser les staffs médico psycho sociaux à l'initiative des maternités, en lien avec les PMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Mesure n°2<br>            | Organiser un suivi spécifique pour les mères et les enfants qui le nécessitent, en lien avec les PMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Mesure n°3<br>            | Intégrer la prise en charge périnatale dans le maillage territorial des HAD polyvalentes<br><br><i>Les sorties précoces ne sont envisagées que pour la mère et l'enfant sans pathologie identifiée et selon un encadrement formalisé entre la maternité et les sages femmes libérales. L'HAD intervient le cas échéant en relais, à partir de J3, pour la prise en charge de la mère et/ou enfant avec pathologies associées, sur la base de protocoles partagés avec la maternité.</i> |  |
| Mesure n°4<br>    | Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants identifiés vulnérables à la sortie de la maternité <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre le soutien du dispositif RAFAEL « Réseau d'Accompagnement des FAMILLES en Lorraine », qui a pour vocation de suivre, d'accompagner et de prendre en charge des enfants identifiés vulnérables à la sortie de la maternité, selon des critères pré définis.</li> </ul>                                                     |  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ARS Lorraine et Réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Réseau périnatal lorrain – Maternités – HAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |

| Résultat attendu | Mieux accompagner les sorties<br><u>Indicateurs :</u><br>- Nombre de staffs médico sociaux par établissements de santé<br>- Nombre de dossiers traités en staffs médico sociaux / nombre de naissances<br>- Evolution du nombre de séjours en HAD en périnatalité<br>- Rapport d'activité produit par RAFAEL | Indicateur n° |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Liens avec le volet HAD du SROS – SROMS                        |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

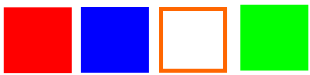
|                                           |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Périnatalité</b> | <b>Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs,</b> avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer des formations pluri professionnelles en proximité                                     |
| Mesure n°2<br> | Partager un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant sur les territoires |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Réseau périnatal Lorrain - Maternités - Conseils Généraux                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Créer du lien entre les acteurs<br><br><u>Indicateurs :</u><br>- Nombre de territoires qui ont structuré a minima un partenariat local (annuaire en place, formations réalisées, concertations organisées, ...)<br>- Nombre de formations pluri professionnelles réalisées / an<br>- Mise à disposition d'un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cet objectif est commun à la thématique « santé de l'enfant et de l'adolescent » SROS ambulatoire |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan périnatalité 2005 – 2007 - Document d'orientation DGS/DGOS relatif à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé - 2010<br>Territorialisation des politiques publiques. |

| Objectif opérationnel<br>Périnatalité                                                             | Favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Mesure n°1<br>   | Tabagisme :<br>dépistage et suivi du tabagisme par la mesure du CO expiré et formation de sages femmes à l'aide au sevrage                                                                                                                                                                                       |  |
| Mesure n°2<br>   | Alcoolisme :<br>Sensibilisation des professionnels à la problématique et formation au repérage                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Mesure n°3<br>   | Mettre en œuvre le dépistage de la surdité permanente néonatale (SPN) selon les modalités de bonnes pratiques <ul style="list-style-type: none"> <li>Cf publication de texte réglementaire à venir, pour définir mesure(s) opérationnelle(s) qui sous tend(ent) une organisation en aval du dépistage</li> </ul> |  |
| Mesure n°4<br>  | Promouvoir des actions en direction de l'éducation à la sexualité                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Mesure n°5<br> | Améliorer l'efficacité des dispositifs en place pour l'accès des personnes, notamment des personnes mineures, à la contraception (centres de planification et éducation familiale CPEF, maisons des adolescents).                                                                                                |  |
| Pilotage de l'objectif                                                                            | ARS Lorraine en lien avec le Réseau Périnatal Lorrain                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Partenaires                                                                                       | Maternités, CG, PMI, sages femmes libérales – Santé scolaire –                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Résultat attendu | Réduction des complications liées au tabac et l'alcoolisation et amélioration de la santé des nouveaux nés<br><u>Indicateurs :</u><br>Nombre de maternités équipées d'appareil de mesure du CO expiré<br>% de sages femmes formées à l'aide au sevrage<br>Actions d'information et de sensibilisation par le RPL sur l'alcoolisation (ex colloque, ...)<br>Réduire le nombre d'IVG notamment chez les mineures | Indicateur n° |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
|----------------------------------------------------------------|

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Thématique transversale Addictologie<br>SRP |
|---------------------------------------------|

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| Plan périnatalité 2005 – 2007 – volet addictologie du SROS – SROS prévention |
|------------------------------------------------------------------------------|



|                                           |                                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Périnatalité</b> | <b>Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial</b> |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial et assurer la diversification des modes de prise en charge sur chaque site                    |
| Mesure n°2<br> | Organiser un maillage le plus large possible pour l'accès à l'IVG entre 12 et 14 semaines.                                                                      |
| Mesure n°3<br> | Développer la prise en charge des IVG hors établissement de santé, notamment au sein de centres de santé et en collaboration avec le conseil général, les CPEF. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                    |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Conseils Généraux                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Rendre accessible l'IVG selon des modalités diversifiées<br><u>Indicateurs :</u><br>Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynéco obstétrique et/ou à la chirurgie<br>Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissements de santé<br>Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé<br>Nombre d'établissements de santé qui pratique une modalité de façon exclusive | Indicateur n° |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | L'ensemble des objectifs opérationnels concerne les 4 territoires de santé                                                             |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | Plus spécifiquement en matière de coopération, optimiser la filière de prise en charge entre la Maternité Régionale et le CHU de Nancy |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                        |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                        |
| Territoire des Vosges               | Plus spécifiquement en matière de coopération, optimiser la filière de prise en charge entre Epinal et Remiremont                      |

| OQOS (par FINESS géographique)                                       |    |    |    |   |
|----------------------------------------------------------------------|----|----|----|---|
| OQOS IMPLANTATIONS OBSTETRIQUE NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE | 1  | 2A | 2B | 3 |
| Territoire de santé meusien                                          | 0  | 2  | 0  | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                              | 4  | 0  | 1  | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                         | 3  | 0  | 4  | 0 |
| Territoire de santé vosgien                                          | 3  | 1  | 1  | 0 |
| Région lorraine                                                      | 10 | 3  | 6  | 1 |

Légende :

- 1 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique
- 2 A : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie sans soins intensifs
- 2 B : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie avec soins intensifs
- 3 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et réanimation néonatale

**EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS****Diagnostic régional et territorial**Bilan du SROS III :

Le bilan de l'implantation des équipements en Lorraine retrouve en 2011 :

- 26 IRM, 24 appareils installés et 2 non installés
- 34 scanners, 32 installés dont 1 non conforme, et 2 non installés
- 4 TEP installés
- 18 gamma-caméras installées

De plus a été mise en place une solution régionale de transfert d'images dénommée T Lor.

Afin d'établir un diagnostic sur l'évolution des implantations en IRM, un questionnaire a été envoyé par l'ARS de Lorraine à chaque plateau technique disposant d'une IRM. Il en ressort :

- Une réelle difficulté de dégager au vu de ces données des besoins précis de nouvelles implantations
- Une hétérogénéité des réponses surtout en termes d'activité et de délais qui semble démontrer une hétérogénéité des organisations
- Que peu de structures hospitalières publiques fonctionnent et peuvent fonctionner sans l'appui des radiologues privés (seuls le CHR, Sarreguemines et le CHU ont plus de 4 radiologues PH)

A préciser que le programme Gestion du Risque (GDR) préconise le développement de l'offre en IRM par une diversification du parc, et en particulier par l'installation d'IRM dédiées ou spécialisées.

Concernant les différents équipements matériels lourds, le groupe expert a mis en évidence la nécessité de diminuer et suivre l'irradiation du patient. Il a souligné également celle de renforcer l'organisation autour de la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses, des femmes enceintes et des enfants.

Enfin les autorisations d'imagerie doivent être assujetties obligatoirement à un équipement de système d'archivage des images et des comptes rendus, et à d'un système de transmission des images inter établissements (RIS/PACS). Dans ce cadre la mise en œuvre d'un PACS régional permettra d'améliorer la qualité et sécurité des soins en imagerie, en lien avec la solution régionale de transfert d'images T lor.

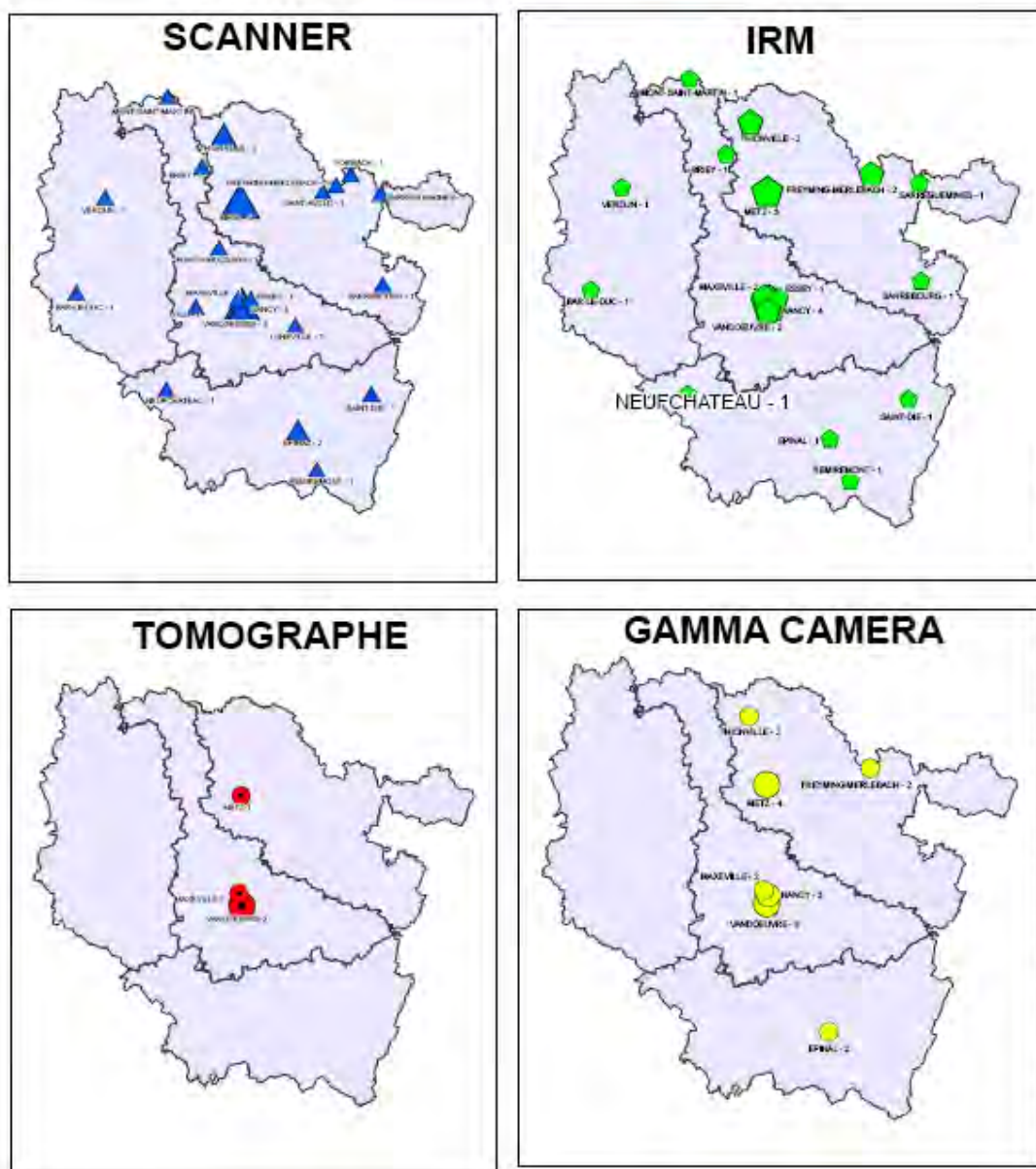
Au vu de ces éléments et afin d'évaluer le besoin en implantations supplémentaires, le diagnostic régional et territorial nécessite d'être complété en 2012 pour l'ensemble des équipements matériels lourds. En attendant, les implantations existantes sont renouvelées.

| <b>Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br/>(par FINESS géographique)</b> |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>IMPLANTATIONS TDM</b>                                                           |    |
| <b>Territoire de santé meusien</b>                                                 | 2  |
| <b>Territoire de santé meurthe et mosellan</b>                                     | 14 |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>                                                | 13 |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>                                                 | 5  |
| <b>Région lorraine</b>                                                             | 34 |
| <b>IMPLANTATIONS IRM</b>                                                           |    |
| <b>Territoire de santé meusien</b>                                                 | 2  |

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| <b>Territoire de santé Meurthe et mosellan</b> | 11 |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | 9  |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | 4  |
| <b>Région lorraine</b>                         | 26 |
| <b>IMPLANTATIONS GAMMA CAMERA</b>              |    |
| <b>Territoire de santé meusien</b>             | 0  |
| <b>Territoire de santé Meurthe et mosellan</b> | 8  |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | 8  |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | 2  |
| <b>Région lorraine</b>                         | 18 |
| <b>IMPLANTATIONS TEP SCAN</b>                  |    |
| <b>Territoire de santé meusien</b>             | 0  |
| <b>Territoire de santé Meurthe et mosellan</b> | 3  |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | 1  |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | 0  |
| <b>Région lorraine</b>                         | 4  |

## Les Equipements Lourds autorisés en Lorraine

- Extraction FINESS du 24 janvier 2011 -

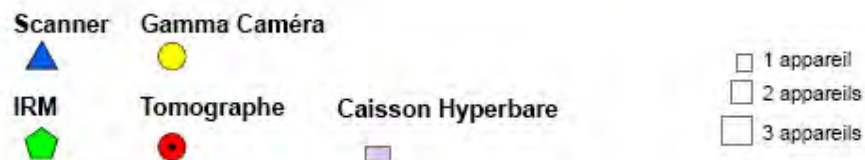
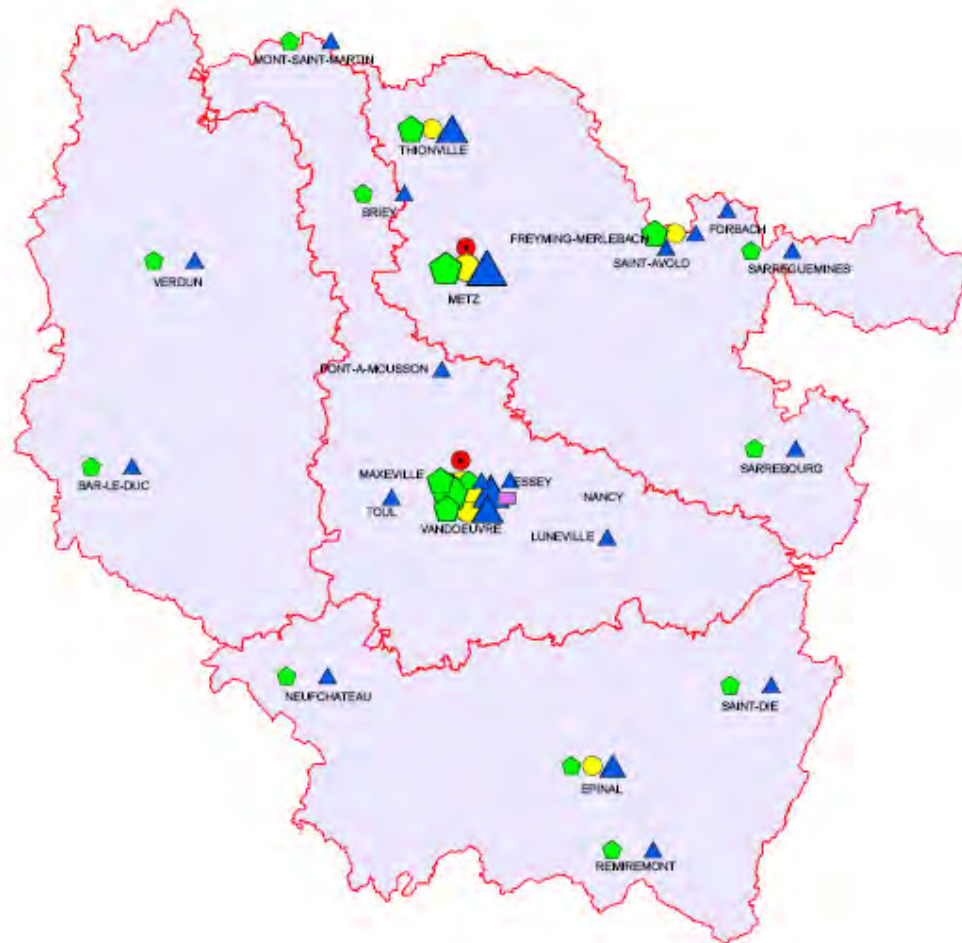


- ☐ 1 appareil
- ☐ 2 appareils
- ☐ 3 appareils

40 (IRM) / ARS de Lorraine : services de l'observation, des statistiques et analyse des données de santé - Janvier 2011

## Les Equipements Lourds autorisés en Lorraine

- Extraction FINESS du 24 janvier 2011 -



© IGH - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des statistiques et analyse des données de santé - Janvier 2011

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Améliorer l'accès à l'IRM notamment pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, cardio-neurovasculaires, pédiatriques, obstétricales et rhumatismales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine (2.3)</li> <li>- Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.1)</li> </ul> |
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Améliorer la qualité et la sécurité des soins en imagerie</p>                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente (12.1 et 12.5)</li> </ul>                                                         |
| <p>Objectif opérationnel</p> <p>Conforter l'offre de soins en imagerie</p>                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.6)</li> </ul>                                                                                                |



|                                                           |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Equipements matériels lourds</b> | <b>Améliorer l'accès à l'IRM notamment pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, cardio-neurovasculaires, pédiatriques, obstétricales et rhumatismales.</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Améliorer le fonctionnement des services d'imagerie et des plateaux techniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des créneaux pour la cancérologie en particulier pour conforter le diagnostic du cancer du sein</li> <li>Elargir les plages horaires de fonctionnement des IRM (samedi matin)</li> <li>Permettre l'accès aux médecins libéraux</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Evaluer le besoin en IRM efficaces, dont les IRM dédiées pour les plateaux disposant déjà d'une IRM 1,5T                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br>   | Participer à la permanence des soins (y compris pour les centres non concernés par la prise en charge des urgences) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la prise en charge en urgence des maladies neurovasculaires (filrière AVC)</li> </ul>                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br> | Mettre en place un groupe de travail sur la constitution d'un observatoire régional des délais                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | G4 Lorraine – Assurance Maladie – Réseau ONCOLOR – URPS ML - HAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                                    |                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Assurer dans un délai optimal la prise en charge des ces patients. | Indicateur n°<br>Réduction des délais d'accès à l'IRM |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volet cancer du SROS PRS<br>Thématique transversale AVC<br>SROS PRS versant Ambulatoire<br>SROMS<br>Programme Régional de Développement de la Télémédecine |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>  |
|--------------------------------------------------------------------|
| Plan AVC<br>Plan Cancer<br>Programme Régional de Gestion du Risque |



|                                                                               |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Equipements matériels</b><br><b>lourds</b> | <b>Améliorer la qualité et la sécurité des soins en imagerie</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Améliorer les pratiques professionnelles en imagerie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser les recommandations sur les bonnes pratiques de demandes d'examen (dans l'hospitalier, dans l'ambulatoire)</li> <li>• Poser la bonne indication (radiologue effecteur)</li> <li>• Substituer l'IRM au scanner et à l'imagerie conventionnelle (Cf. recommandations de bonnes pratiques)</li> <li>• Eviter les actes non indiqués et redondants en imagerie conventionnelle</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Diminuer l'irradiation du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer le suivi de l'irradiation du patient (doses cumulées) (ex. : logiciel de suivi longitudinal des doses en lien avec chaque équipement et avec le PACS régional)</li> <li>• Inciter à l'acquisition de méthodes et techniques permettant de réduire la dose d'irradiation (ex. : Mise à niveau et renouvellement de l'équipement)</li> </ul>                                                             |
| Mesure n°3<br> | Mettre en œuvre un PACS Régional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | G4 Lorraine – Assurance Maladie – GCS Télésanté Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                  |                                                       |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Mise en œuvre d'un PACS régional | Indicateur n°<br>Nb d'EML alimentant le PACS régional |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Programme Régional de Développement de la Télémédecine         |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme Régional de Gestion du Risque                           |

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Equipements matériels lourds</b>                               | <b>Conforter l'offre de soins en imagerie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Mesure n°1<br>   | Evaluer les besoins supplémentaires en implantations d'équipements matériels lourds <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir en lien avec les professionnels un diagnostic détaillé par type d'équipement</li> <li>• Définir au besoin les nouvelles implantations</li> <li>• Etudier les possibilités de diversification du parc des IRM</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Organiser la permanence des soins régionale en imagerie (déclinaison dans le programme de télémedecine) <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'appuyant sur la solution T Lor</li> </ul>                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°3<br>   | Conforter le maintien des plateaux de proximité en imagerie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles de coopération entre professionnels de santé</li> <li>• Soutenir les expérimentations de téléimagerie dans le domaine de la mammographie</li> <li>• Etendre l'utilisation de la téléimagerie à d'autres examens</li> </ul>                 |
| Mesure n°4<br> | Améliorer la démographie médicale : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmer l'augmentation du nombre d'internes</li> <li>• Mettre en place des coopérations (ex. : postes partagés, ...)</li> </ul>                                                                                                                                               |
| Mesure n°5<br> | Conforter la coopération transfrontalière                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | G4 Lorraine – GCS Télésanté Lorraine – Université - HAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                                                                                          |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schéma d'organisation régionale de la PDS en Téléradiologie</li> <li>- Réflexion sur les postes partagés pour les jeunes radiologues</li> </ul> | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS PDSES                                                     |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme Régional de Télémedecine                                |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures se déclinent pour l'ensemble de la région.</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                            |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                            |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                            |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                            |

| OQOS (par FINESS géographique)          |    |
|-----------------------------------------|----|
| <b>OQOS IMPLANTATIONS TDM</b>           |    |
| Territoire de santé meusien             | 2  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan | 14 |
| Territoire de santé mosellan            | 13 |
| Territoire de santé vosgien             | 5  |
| Région lorraine                         | 34 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS IRM</b>           |    |
| Territoire de santé meusien             | 2  |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan | 11 |
| Territoire de santé mosellan            | 9  |
| Territoire de santé vosgien             | 4  |
| Région lorraine                         | 26 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS GAMMA CAMERA</b>  |    |
| Territoire de santé meusien             | 0  |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan | 8  |
| Territoire de santé mosellan            | 8  |
| Territoire de santé vosgien             | 2  |
| Région lorraine                         | 18 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS TEP SCAN</b>      |    |
| Territoire de santé meusien             | 0  |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan | 3  |
| Territoire de santé mosellan            | 1  |
| Territoire de santé vosgien             | 0  |
| Région lorraine                         | 4  |

## INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

### Diagnostic régional et territorial

La région Lorraine est une des régions ayant le plus fort taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale avec le diabète et l'HTA parmi les principales causes.

L'augmentation du nombre de patients ayant un traitement de suppléance est en constante augmentation. La prévention et le dépistage de l'IRC sont à renforcer en particulier sur les sujets ayant une maladie diabétique et/ou cardio-vasculaire.

Le taux de fuite de la région est important (11%), surtout vers l'Alsace (à partir de la Moselle est) et l'étranger en particulier l'Allemagne où l'accès à toutes les modalités de traitement n'est pas assuré (en particulier dialyse péritonéale et possibilité d'inscription sur la liste de greffe).

2 468 personnes ayant un traitement de suppléance sont suivies en Lorraine en 2009 dont 50% porteuses d'un greffon rénal fonctionnel

Si la part de traitement dialyse par une méthode alternative à la dialyse en centre est restée relativement stable (40%), elle est due à l'augmentation de l'activité en unité de dialyse médicalisée alors que la part de la dialyse péritonéale est en recul (7,9% en 2009). Cette technique est sous utilisée (en France de 2 à 19 % des patients dialysés bénéficiaient de cette technique selon les régions en 2008) alors qu'il est démontré qu'après une information adéquate sur les différentes techniques de dialyse une proportion importante de patient fait le choix de la dialyse péritonéale.

Le plan national de gestion du risque prévoit un développement de la DP avec un objectif fixé pour la région Lorraine dans le cadre du CPOM Etat / ARS de 13% dès 2011.

Les possibilités d'accès à l'ensemble des modalités de traitement ne sont pas assurées partout en région Lorraine :

- certaines autorisations données à l'ALTIR n'ont pas été mises en œuvre :
  - Une UDM à Mont-Saint Martin
  - Une UDM à Nancy
  - Trois unités d'auto-dialyse : Mont Saint Martin, Thionville et Sarreguemines
- pas de possibilité d'éducation à la DP au sein du territoire de Mont Saint-Martin et en Moselle Est.

En ce qui concerne l'activité de greffe, la région lorraine qui avait un bon niveau d'activité (une centaine de greffes de rein par an) a vu celui-ci diminuer à partir de 2008 pour chuter à 68 greffes en 2010.

Cette diminution est liée à la baisse de l'activité de prélèvement (une tendance observée au niveau national) et à des refus de greffon par manque de disponibilité de médecins transplantateurs en 2010.

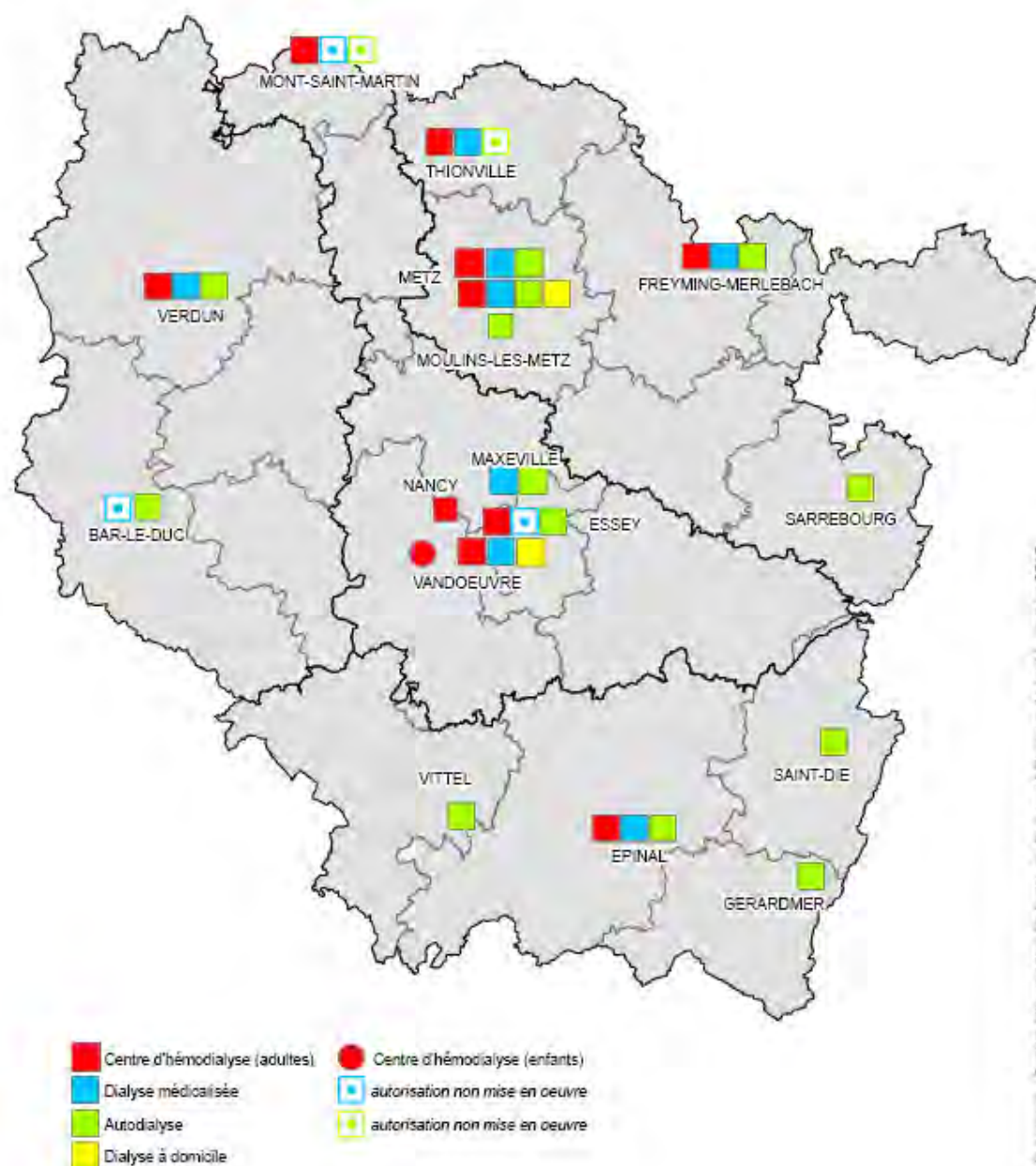
Le délai moyen d'attente de greffe est passé en quelques années de 9 à 19 mois. La région reste cependant active pour les dons à partir de donneur vivant.

Parallèlement à l'augmentation du nombre et de l'âge moyen des personnes traitées, la région a vu une légère diminution du nombre des néphrologues (42 en 2005, 41 en 2011 dont 22% de plus de 55 ans). La densité des néphrologues est relativement faible et il est fait le constat d'une part importante des jeunes médecins formés dans la région n'y poursuivant pas leur activité.

La région a déjà développé des outils de télé-médecine (Diatélic) et de système d'information partagé (Transplantélic) et bénéficie de l'apport du réseau NEPHROLOG qui a développé sur l'agglomération nancéenne un programme de dépistage et de prise en charge précoce de l'IRC (éducation thérapeutique)

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |                                 |                                    |                         |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                            | Centres<br>d'hémodialyse        | Unité de<br>Dialyse<br>Médicalisée | Unité d'Auto<br>Dialyse | Dialyse à<br>Domicile                        |
| <b>Territoire de santé Meurthe<br/>et Mosellan</b>                         | 5 dont 1 centre<br>pour enfants | 4                                  | 3                       | 1 à vocation<br>régionale                    |
| <b>Territoire de santé<br/>Meusien</b>                                     | 1                               | 2                                  | 2                       | 0                                            |
| <b>Territoire de santé<br/>Mosellan</b>                                    | 4                               | 4                                  | 6                       | 1                                            |
| <b>Territoire de santé Vosgien</b>                                         | 1                               | 1                                  | 4                       | 0                                            |
| <b>Total Région Lorraine</b>                                               | <b>11 dont 1<br/>enfants</b>    | <b>11</b>                          | <b>15</b>               | <b>2 dont 1 à<br/>vocation<br/>régionale</b> |

## Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique L'offre au 31 décembre 2010



B. (R) - ARS de Lorraine - Service Régional de l'Organisation des Soins - Janvier 2012

| Objectifs opérationnels                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Développer les alternatives à la dialyse en centre              | Priorité 2<br>Objectifs 5.2<br>Priorité 3<br>Objectif 8.2<br>Priorité 4<br>Objectifs 10.3, 12.1 |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la prévention et le dépistage                         | Priorité 1<br>Objectifs 1.1, 1.4, 1.5, 1.6<br>Priorité 2<br>Objectifs 4.4, 5.2, 7.6             |
| Objectif opérationnel<br>Optimiser l'offre de dialyse et la démographie des néphrologues | Priorité 2<br>Objectif 5.6                                                                      |
| Objectif opérationnel<br>Renforcer l'activité de prélèvement et de greffe                | Priorité 2<br>Objectif 5.2                                                                      |

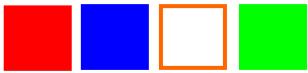
| Objectif opérationnel IRC                                                                         | Développer les alternatives à la dialyse en centre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°1<br>   | Organiser et structurer l'information pré-dialyse dans chaque établissement ayant une autorisation d'activité d'hémodialyse en centre en lien avec les programmes d'éducation thérapeutique du patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°2<br>   | Inciter au développement de la Dialyse Péritonéale <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développement des orientations de l'alternative à l'hémodialyse en centre à inscrire dans le CPOM (en particulier pour la DP) pour les établissements autorisés à l'activité de traitement de l'IRC par épuration extra rénale</li> <li>➤ Sensibiliser les néphrologues               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diffuser les recommandations HAS</li> <li>➤ Renforcer la formation initiale des internes en néphrologie</li> </ul> </li> <li>➤ Favoriser l'accès à la DP en EHPAD               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intensifier l'information</li> <li>➤ Développer la DP en EHPAD avec la possibilité de recours à des IDE libérales</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°3<br> | Développer l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques avec l'apparition de nouveaux générateurs simplifiés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br> | Utiliser la télémédecine et les systèmes d'information partagée (dossier médical....)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  |
| Pilotage de l'objectif                                                                            | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                  |
| Partenaires                                                                                       | NEPHROLOR<br>Assurance Maladie<br>Université de Lorraine & CHU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  |
| Résultat attendu                                                                                  | Augmentation de la part des alternatives à l'hémodialyse en centre<br><br>Augmentation de la part de la DP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Indicateur n° <ul style="list-style-type: none"> <li>- Part de nouveaux patients traités par DP,</li> <li>- Part de patients suivis hors centre</li> <li>- Nombre de patients traités par DP en EHPAD</li> </ul> |



| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Schéma médico-social, volet maladies chroniques                |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRGDR Insuffisance rénale chronique - PRT<br>Plan sur les maladies chroniques<br>Programme national de télémédecine (priorité « maladies chronique ») |

|                                  |                                                |
|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel IRC</b> | <b>Améliorer la prévention et le dépistage</b> |
|----------------------------------|------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Structurer et systématiser l'éducation thérapeutique dans le cadre des réseaux de proximité en s'appuyant sur l'expérience du réseau NEPHROLOR. Celui-ci a vocation à devenir le support des réseaux de proximité pour le versant prévention de l'IRC en direction plus particulièrement des malades diabétiques et les hypertendus. |
| Mesure n°2<br> | Renforcer l'information sur la prévention et le dépistage de l'IRC auprès des médecins généralistes en particulier chez les patients diabétiques<br>➤ Action des délégués de l'assurance maladie                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | NEPHROLOR<br>Assurance Maladie<br>Professionnels de santé (médecins libéraux.....)<br>Associations d'utilisateurs                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                                                                                                                |                                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diminution du taux de dialyse en urgence<br>Stabilisation de l'incidence<br>Amélioration du suivi de la survenue de l'IRC chez les diabétiques | Indicateur n°<br>Taux de dialyse en urgence<br>Nombre de nouveaux patients en IRC terminale |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volet Maladies Chroniques<br>Schéma régional de Prévention     |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRGDR<br>Plan sur les maladies chroniques                         |

|                                  |                                                                                  |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel IRC</b> | <b>Optimiser l'accès à l'offre de dialyse et la démographie des néphrologues</b> |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Installer l'ensemble des unités de dialyse médicalisées autorisées en particulier dans le nord de la région et envisager des mesures incitatives pour fidéliser les IDE<br>Envisager l'installation de nouvelles unités de dialyse médicalisées télésurveillées                                                          |
| Mesure n°2<br>   | Installer l'ensemble des unités d'auto-dialyse autorisées et maintenir le projet d'installation d'une unité sur le territoire de Sarreguemines                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°3<br>   | Maintenir un centre de néphrologie dialyse sur le bassin houiller à intégrer à la restructuration en cours afin d'offrir aux patients du territoire une accessibilité à l'ensemble des traitements de suppléance (en particulier DP et greffe) tout en garantissant la sécurité (proximité de réanimation, chirurgie...) |
| Mesure n°4<br> | Renforcer l'effectif de néphrologues <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmer le nombre d'internes</li> <li>- Positionner la néphrologie comme spécialité à recrutement prioritaire et pour les postes d'assistants partagés</li> </ul>                                                                        |
| Mesure n°5<br> | Réfléchir à la mise en œuvre d'une astreinte régionale de néphrologie afin de soulager les établissements de périphérie en lien avec la télémédecine.                                                                                                                                                                    |
| Mesure n°6<br> | Fluidifier le parcours du patient (évaluation des conventions de coopérations)                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | GCS télésanté, Université de Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                                            |                                                                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Diminution du taux de fuite<br>Augmentation de la part dialyse hors centre | Indicateur n°<br>Nombre d'installation<br>Nombre de néphrologue<br>Taux de fuite<br>Nombre de patients transférés annuellement dans le cadre des conventions |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

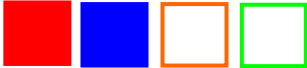
| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|

|     |
|-----|
| PRT |
|-----|

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRGDR Insuffisance Rénale Chronique<br>Accompagnement de la restructuration de l'offre de soin du bassin houiller |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                         |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel IRC</b> | <b>Renforcer l'activité de prélèvement et de greffe</b> |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Sensibiliser les services d'urgence et les services accueillant habituellement des patients ayant une maladie neuro-vasculaire (dont les services de neurologie) à signaler aux équipes de coordination les patients pour lesquels il n'y a pas de projet thérapeutique (donneurs potentiels) |
| Mesure n°2<br>  | Développer les activités de prélèvement sur les sites autorisés : Metz-Thionville, Sarreguemines, Epinal, Verdun et inscrire ce développement dans le CPOM                                                                                                                                    |
| Mesure n°3<br>  | Renforcer la promotion et l'organisation des prélèvements par les équipes de coordination de prélèvement auprès des établissements de leur réseau de proximité                                                                                                                                |
| Mesure n°4<br> | Pour les établissements ne disposant pas de réanimation, organiser les prises en charge de donneurs potentiels dans les unités de soins continus pour le maintien des fonctions vitales dans l'attente de décision de transfert vers l'établissement préleveur                                |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Agence de biomédecine                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                 |                                                                                  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réduction des délais de greffe<br>Augmentation du nombre de prélèvement<br>Diminution des refus | Indicateur n°<br>- délai de greffe<br>- taux de refus<br>- nombre de prélèvement |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIOS (volet greffe et prélèvement)<br>Volet Médecine d'urgence<br>Volet Réanimation, soins intensifs et soins continus<br>Volet Accident vasculaire cérébral |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| PRGDR                                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional (exceptées les mesures ci-dessous).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner la restructuration du service de néphrologie de dialyse de Mont-Saint-Martin (en particulier locaux d'éducation à la DP, repli des alternatives hors centres...) et la coopération avec l'ALTIR qui détient les autorisations pour les alternatives. A défaut d'une mise en œuvre, organiser la coopération transfrontalière.</li> </ul> |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer le maintien des activités de dialyse dans le cadre de la restructuration du bassin houiller</li> <li>Installer l'unité d'autodialyse de Thionville (autorisation de l'ALTIR)</li> <li>Proposer une offre d'autodialyse et de dialyse médicalisée à Sarreguemines</li> </ul>                                                                 |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenir le GCS de néphrologie-dialyse (coopération CH Epinal et SOGECLER) dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital</li> <li>Proposer une offre de dialyse médicalisée sur l'est du territoire</li> </ul>                                                                                                                                    |

| OQOS (par FINESS géographique)          |                              |                              |                      |                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                                         | Centres d'hémodialyse        | Unité de Dialyse Médicalisée | Unité d'Auto Dialyse | Dialyse à Domicile                   |
| Territoire de santé Meurthe et Mosellan | 5 dont 1 centre pour enfants | 3 à 4                        | 3                    | 1 à vocation régionale               |
| Territoire de santé Meusien             | 1                            | 2                            | 2                    | 0                                    |
| Territoire de santé Mosellan            | 4                            | 4 à 5                        | 6 à 7                | 1                                    |
| Territoire de santé Vosgien             | 1                            | 1 à 2                        | 4                    | 0                                    |
| <b>Total Région Lorraine</b>            | <b>11 dont 1 enfants</b>     | <b>10 à 13</b>               | <b>15 à 16</b>       | <b>2 dont 1 à vocation régionale</b> |

**MEDECINE****Diagnostic régional et territorial****Le contexte :**

- Projet de décret de l'activité de médecine en attente de parution
- Tarification à l'activité dans les ex Hôpitaux Locaux prévue en 2013
- Démographie médicale : De nombreux postes médicaux sont vacants dans la région, tout particulièrement dans les Vosges et la Meuse. Certaines spécialités présentent un déficit démographique accentué (neurologues, HGE, dermatologues...)

**L'offre et les besoins**

Offre morcelée, taux d'équipement et taux de recours régional et territorial plus élevés que le niveau national.

En Lorraine 25 ES autorisés en médecine ont une faible capacité en lits (moins de 30 lits).

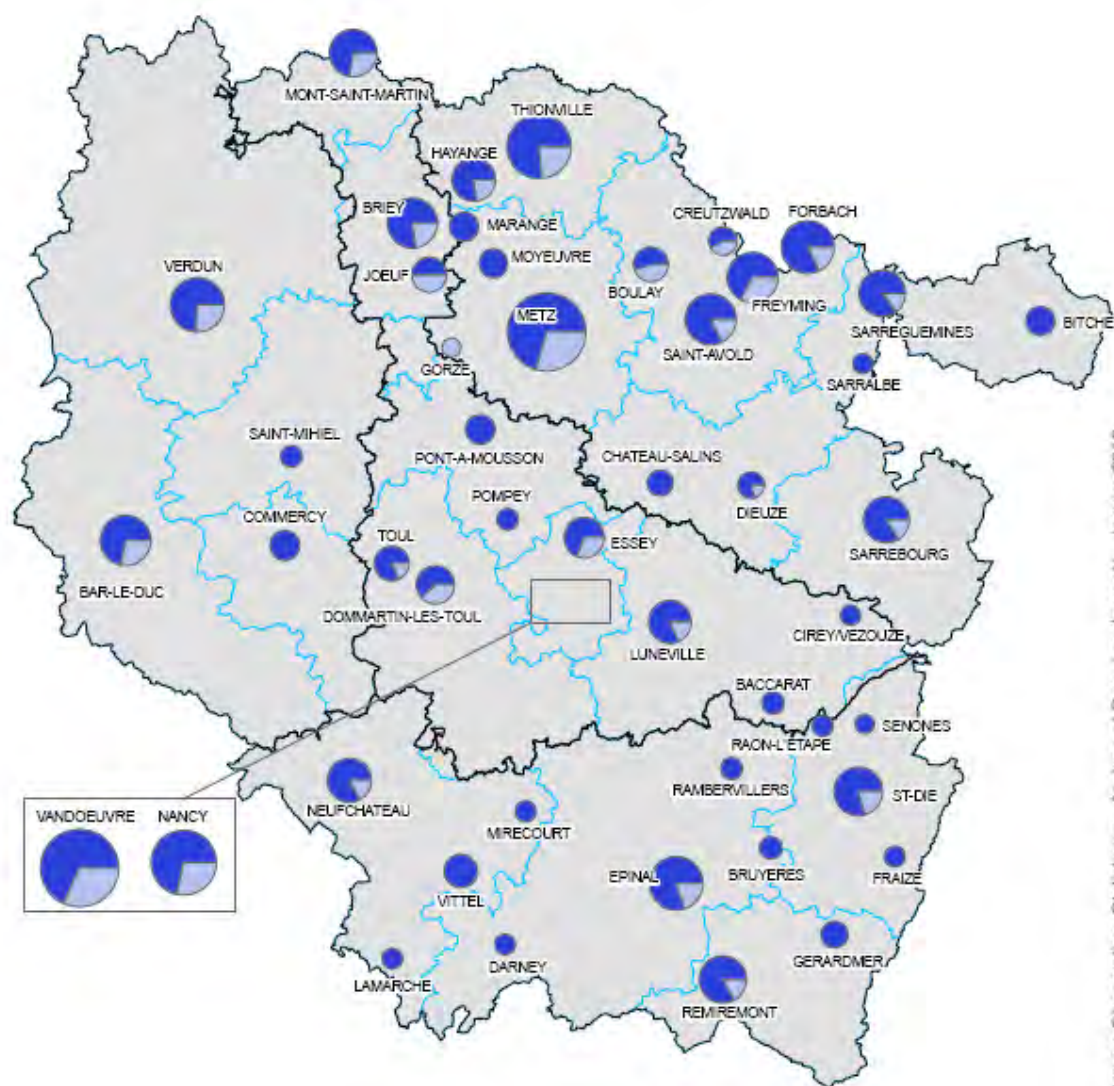
La part de l'HDJ pour le département vosgien est faible.

**Les pistes d'amélioration :**

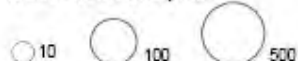
- Une analyse plus fine et ciblée des taux de recours est à prévoir avec les professionnels au sein de l'instance opérationnelle de dialogue
- En fonction du diagnostic porté sur les plateaux de technologies interventionnelles (endoscopies), étudier les mutualisations possibles
- Organisation de l'offre dans le cadre de la gradation des soins :
  - avec des structures de recours (médecine spécialisée) qui peuvent amener leur expertise dans les services de médecine polyvalente
  - Maintien d'une offre de proximité.

| <b>Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br/>(par FINESS géographique)</b> |                    |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| <b>IMPLANTATIONS</b>                                                               |                    |                                        |
|                                                                                    | Médecine           | Dont médecine sous forme HAD exclusive |
| <b>Territoire de santé meusien</b>                                                 | 5 dont 2 avec HAD  | 0                                      |
| <b>Territoire de santé meurthe et mosellan</b>                                     | 20 dont 5 avec HAD | 2                                      |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>                                                | 30 dont 6 avec HAD | 1                                      |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>                                                 | 18 dont 3 avec HAD | 2                                      |
| <b>Région lorraine</b>                                                             | 73 dont 16 HAD     | 5                                      |

# L'offre de soins en MEDECINE au 31.12.2009 en Lorraine *en nombre de lits et places*



Nombre de lits et/ou places



Source :  
DREES - SAE 2009 - Nb de lits et places (HC - HJ - HN - HAD)

DEPARTEMENT    TSP

© IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Janvier 2012



| Objectifs opérationnels                                                                     | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la connaissance de l'activité de médecine                | 5.2 et 10.1                               |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'efficacité des services de médecine                    | 12.3                                      |
| Objectif opérationnel<br>Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins | 11.1 et 11.2                              |

|                                           |                                                            |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Médecine</b> | <b>Améliorer la connaissance de l'activité de médecine</b> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Poursuivre l'analyse fine des taux de recours en médecine en lien avec l'instance opérationnelle de dialogue.                                |
| Mesure n°2<br> | Réaliser le diagnostic sur les secteurs interventionnels (endoscopies) en médecine et chirurgie au sein des établissements de santé          |
| Mesure n°3<br> | Réaliser le diagnostic sur l'activité de spécialité médicale (cardiologie, neurologie, diabétologie...) au sein des établissements de santé. |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les établissements de santé                                                                                                                  |

|                         |                                                 |                                                                                                                  |
|-------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Alimenter l'instance opérationnelle de dialogue | Indicateur n°<br>Mise en place de l'instance opérationnelle de dialogue<br>Produire l'étude des taux de recours. |
|-------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volets chirurgie et PDSES du SROS PRS                          |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                           |                                                        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Médecine</b> | <b>Améliorer l'efficacité des services de médecine</b> |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Développer les alternatives à l'HC (HDJ et HAD)<br>- Pour l'HDJ : en particulier par redéploiement d'HC et en priorité sur le territoire vosgien<br>- Pour l'HAD : cf. volet HAD                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°2<br> | Mener une réflexion sur la restructuration des ES autorisés en médecine et dont la capacité totale en lits de médecine est inférieure à 30 lits. Eventuellement, les repositionner en tant que service de proximité en particulier dans les ex hôpitaux locaux :<br>- Pour répondre aux besoins de la population au-delà du champ hospitalier (consultation avancées, maison médicale de garde, ...)<br>- En lien avec les partenaires des champs médicosocial et ambulatoire |
| Mesure n°3<br> | Mutualiser les plateaux de techniques interventionnelles (endoscopies) :<br>- au sein de chaque établissement de santé le cas échéant<br>- entre établissements de santé en lien avec la PDES sur un territoire donné                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les conseils généraux, URPS<br>Les établissements de santé...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                |                                                                                           |
|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Réorganisation efficace de l'offre en médecine | Indicateur n°<br>Convergence du taux de recours régional vers le taux de recours national |
|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                        |
| Volets PDES, chirurgie, SSR et HAD du SROS PRS<br>SROMS et SROS PRS volet ambulatoire |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                           |                                                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Médecine</b> | <b>Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins</b> |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Poursuivre l'organisation graduée des soins en médecine <ul style="list-style-type: none"> <li>- en respectant les différents niveaux de prise en charge</li> <li>- en intégrant la notion de filières par pathologie ou groupe de population</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Organiser l'accès aux spécialistes hospitaliers et libéraux dans les services de médecine polyvalente : <ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations avancées</li> <li>- télémedecine</li> <li>- temps partagé</li> </ul>                      |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Les établissements de santé<br>Les spécialistes libéraux, URPS                                                                                                                                                                                           |

|                         |                                                                        |                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la lisibilité et du rôle de chaque service de médecine | Indicateur n°<br>Cartographie de l'offre graduée en médecine |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS PRS volet ambulatoire                                     |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Programme télémedecine                                            |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et les mesures se déclinent au niveau de la région</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                         |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                         |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                         |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Développement de HDJ</li> </ul>                                                  |

| OQOS (par FINESS géographique)                 |                    |                                        |
|------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| OQOS IMPLANTATIONS                             |                    |                                        |
|                                                | Médecine           | Dont médecine sous forme HAD exclusive |
| <b>Territoire de santé meusien</b>             | 4 dont 2 avec HAD  | 0                                      |
| <b>Territoire de santé meurthe et mosellan</b> | 18 dont 5 avec HAD | 2                                      |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | 27 dont 6 avec HAD | 1                                      |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | 17 dont 3 avec HAD | 2                                      |
| <b>Région lorraine</b>                         | 66 dont 16 HAD     | 5                                      |

## MEDECINE D'URGENCES ET LIENS AVEC LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

### Diagnostic régional et territorial

Les décrets du 22 mai 2006, relatifs à la médecine d'urgence, ont déterminé un cadre réglementaire rénové de l'organisation de la prise en charge des urgences au sein de l'établissement d'une part, et défini un cadre territorial plus cohérent d'autre part, grâce au réseau de prise en charge des urgences, point majeur du dispositif.

L'organisation de la prise en charge des urgences poursuit un triple objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité :

1. Permettre l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en proximité grâce à un maillage fin du territoire. Il s'agit d'une exigence forte, cohérente avec les évolutions récentes et à venir de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit.
2. Garantir la sécurité et la continuité, par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant et adapté aux besoins du patient. Le réseau des urgences permet d'organiser les liens entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients ;
3. Inscrire le dispositif mis en place dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la politique globale de gestion des risques au sein des établissements de santé. A cet effet, une procédure spécifique de déclaration des dysfonctionnements est mise en œuvre dans les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

La permanence des soins ambulatoire est du ressort des médecins généralistes libéraux. Néanmoins, les évolutions récentes ont fait apparaître le rôle de l'hôpital en complément, notamment en seconde partie de nuit. Ceci justifie qu'une approche globale soit développée.

Par ailleurs, l'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. À cette fin, il est indispensable que les Structures d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie.

### **Modalités d'exercice de la médecine d'urgence :**

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de médecine d'urgence est autorisé selon une ou plusieurs des 3 modalités suivantes :

- régulation des appels adressés au SAMU
- prise en charge par le SMUR ou le SMUR spécialisé dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et nourrissons, appelé SMUR pédiatrique
- prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences (SU) ou dans la structure des urgences pédiatriques (SUP)

En dessous de 8000 passages par an, un établissement ne peut être autorisé à exercer la médecine d'urgence selon la modalité « structure des urgences » que s'il participe à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité.

Ces services ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et également les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

### **Liens transfrontaliers**

Les frontières communes de la Lorraine avec la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg et l'importance du nombre de travailleurs transfrontaliers rendent une politique de coopération transfrontalière incontournable.

L'un des principes de la coopération est la prise en charge des urgences pré hospitalières, dans une perspective de gain de temps ou de renforcement des moyens locaux pour faire face à des situations de crise sanitaire.

Les coopérations transfrontalières actuelles entre la Lorraine et les pays de la Grande Région sont décrites en annexe1.

### **Caisson hyperbare**

En région, existent 2 caissons hyperbares : 1 au CHU et 1 à l'HIA Legouest. Le caisson du CHU, obsolète, cessera de fonctionner en 2012. Compte tenu des besoins, il n'est pas envisagé de renouveler l'autorisation du CHU. L'HIA Legouest assurera les prises en charge aux heures ouvrables. L'organisation de l'accès au caisson hors heures ouvrables doit être mise en place.

## **Forces et faiblesses en Lorraine**

### **Médecine d'Urgence :**

#### ***Points forts :***

- Bon maillage territorial des services d'urgences (SAU et SMUR), à nuancer au niveau des zones rurales (zones blanches / temps accès SMUR)
- Un SAMU opérationnel dans chaque département, avec une implication connexe des régulateurs libéraux

#### ***Points faibles :***

- Pas d'interconnexion entre SAMU, difficulté renforcée par des plateformes techniques différentes
- Optimisation du temps médical pour services cumulant les activités de SAU/SMUR et/ou SAMU, notamment : impact important des sorties SMUR 2aires pouvant déstabiliser le fonctionnement « séniorisé » des SAU
- Utilisation de l'hélicoptère régional pouvant être optimisé
- Manque d'un système d'information fiable de la disponibilité des ressources dans chaque établissement participant au réseau des urgences
- Difficultés de recrutement de certains services d'urgences (temps médical notamment dans les Vosges)
- Mieux organiser l'amont et l'aval du SAU.

### **Articulation entre ville et les urgences :**

#### ***Points forts :***

- Etroite collaboration des associations de régulation libérale avec les centres 15
- Numéro distinct régulation libérale (n° régional) et SAMU permettant une prise en charge adaptée en fonction de la nature des appels

#### ***Points faibles :***

- Carences ambulancières dans certains secteurs de la région
- Précisions nécessaires quant à la mobilisation des professionnels de santé libéraux en cas de crise sanitaire, en lien avec les autres acteurs de l'aide médicale urgente et du secours à la personne

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>IMPLANTATIONS SMUR</b>                                                  |                                                                     |
| Territoire de santé meusien                                                | 2                                                                   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 8<br>(dont 1 SMUR pédiatrique<br>et 1 SMUR néonatal)                |
| Territoire de santé mosellan                                               | 5 et 2 antennes                                                     |
| Territoire de santé vosgien                                                | 4 et 2 antennes                                                     |
| Région lorraine                                                            | 19 et 4 antennes<br>(dont 1 SMUR pédiatrique et<br>1 SMUR néonatal) |
| <b>IMPLANTATIONS SAMU</b>                                                  |                                                                     |
| Territoire de santé meusien                                                | 1                                                                   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 1                                                                   |
| Territoire de santé mosellan                                               | 1                                                                   |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1                                                                   |
| Région lorraine                                                            | 4                                                                   |
| <b>IMPLANTATIONS STRUCTURE D'URGENCE</b>                                   |                                                                     |
| Territoire de santé meusien                                                | 2                                                                   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 9<br>(dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)                      |
| Territoire de santé mosellan                                               | 8                                                                   |
| Territoire de santé vosgien                                                | 5                                                                   |
| Région lorraine                                                            | 24<br>(dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)                     |
| <b>IMPLANTATIONS CAISSON HYPERBARE</b>                                     |                                                                     |
| Territoire de santé meusien                                                | 0                                                                   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 0                                                                   |
| Territoire de santé mosellan                                               | 0                                                                   |
| Territoire de santé vosgien                                                | 0                                                                   |
| Région lorraine                                                            | 0                                                                   |



| Objectifs opérationnels                                                                                                                                                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Optimiser l'organisation des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                                      | Priorité 4 :<br>Objectif 12-3,12-4                                       |
| Objectif opérationnel<br>Optimiser la qualité de prise en charge des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                       | Priorité 3 :<br>Objectif 8-2<br>Priorité 4 :<br>Objectif 12-3,12-4       |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'articulation des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins ambulatoires (médecins généralistes, transporteurs, pharmaciens, etc.). | Priorité 2 :<br>Objectif 5-5, 6-2<br>Priorité 4 :<br>Objectif 12-3, 12-4 |

| Objectif opérationnel Urgences                                                                    | Optimiser l'organisation des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Mesure n°1<br>   | <p><b>Connecter et rendre inter-opérables les plateformes SAMU et viser une utilisation efficiente de la régulation médicale (sécurité / efficience / qualité des pratiques).</b></p> <p>Une interopérabilité des plateformes pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• permettre une continuité de service en cas de panne ou de débordement d'appel, cette interconnexion étant un gage de sécurité</li> <li>• mutualiser la fonction médicale de régulation en nuit profonde tenant ainsi compte de l'activité constatée</li> </ul> <p>2 expérimentations : 55 – 57 d'un côté et 54 – 88 de l'autre sont en cours (sans toucher aux ressources PARM)</p> <p><b>Echéance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimentation fin 2011-1<sup>er</sup> trimestre 2012</li> <li>• Puis pérennisation de liens fonctionnels et techniques entre SAMU (dans la configuration de l'expérimentation ou une autre)</li> <li>• Evaluation continue des interconnexions</li> <li>• La mutualisation des ressources médicales pourra être pérennisée en nuit profonde en fonction des résultats de l'expérimentation.</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | <p><b>Organiser les SMUR secondaires régionalement afin d'optimiser le temps médical et la réactivité : TIIH, SMUR 2aires médicalisés régional (efficience) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En proximité : TIIH (infirmier et/ou IADE)</li> <li>• Au plan régional pour les SMUR secondaires nécessairement médicalisés : concentration sur 2 ou 3 établissements de la région (dont CHU et CHR)</li> </ul> <p><b>Echéance :</b><br/>A échéance du SROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°3<br> | <p><b>Organisation interne des structures des urgences : organiser l'amont et l'aval des urgences afin d'optimiser et de fluidifier les prises en charge (efficience/qualité, recommandations)</b></p> <p>L'ensemble des mesures suivantes est de nature à recentrer l'activité des urgentistes et d'éviter les problèmes d'afflux et d'engorgement des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients se présentant aux urgences, par la mise en place d'un IAO infirmier de l'accueil et de l'orientation</li> <li>• Identifier une fonction de « coordinateur de l'aval »</li> <li>• Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences</li> <li>• Identifier une zone d'UHCD dans chaque SU</li> <li>• Organiser l'aval des urgences</li> <li>• Assurer une organisation territoriale adaptée aux besoins : Médecins correspondant du SAMU (voir annexe 2)</li> </ul>                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | <p><b>Echéance</b> : dès publication du SROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Mesure n°4</p>  | <p><b>Optimiser le recours à l'hélicoptère pour plus d'efficacité et d'efficience notamment lors d'intervention dans les zones blanches (efficience, sécurité)</b></p> <p>Harmonisation des règles d'utilisation de l'hélicoptère (approcher les 500 heures de vol médicalisé par an), y compris en matière de gestion des ruptures de charge</p> <p>Renforcement de la coordination avec les acteurs de la sécurité civile</p> <p><b>Echéance</b> :<br/>A échéance du SROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Mesure n°5</p>  | <p><b>Systèmes d'informations de santé : déployer l'observatoire régional des urgences et le répertoire opérationnel des ressources (efficience, sécurité, amélioration de la qualité).</b></p> <p>Dans l'optique d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, une démarche de modernisation des SAMU a été engagée.(instruction du 16 mai 2011). Elle comporte une dimension relative à l'organisation territoriale et une dimension de modernisation des systèmes d'information.</p> <p><b>Centraliser les données des urgences pour suivre et évaluer l'activité des services</b></p> <p>Depuis le 16 juin 2011, la Lorraine a officiellement ouvert l'Observatoire des Urgences Lorraines (<b>ORULOR</b>) avec 19 structures sur 22 connectés soit 86 % des structures et 90 % des passages lorrains.</p> <p>ORULOR sera exploité dans le cadre du Comité Régional présidé par l'ARS (réseau Lorraine, urgences, fédérations, CIRE) pour dégager des axes de réflexion et de travail sur la prise en charge des patients aux urgences afin de rendre le système plus performant, que ce soit en période normale ou en période de tension.</p> <p><b>Echéance</b> :<br/>Connexion ensemble des services d'urgence pour fin 2011.<br/>Suivi et évaluation de la qualité des données remontée par le Comité Régional ORULOR</p> <p><b>Partenaires</b> :<br/>Réseau lorraine Urgence, GCS télésanté Lorraine</p> <p><b>Faciliter l'orientation des patients</b></p> <p><b>Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)</b> doit permettre d'assurer l'orientation en temps réel des patients selon les motifs de recours vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge.</p> <p>Les objectifs et spécifications du ROR Lorraine permettant la mise en œuvre d'une solution régionale ont été initiés dès 2008.</p> |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>Les objectifs du ROR Lorraine visés pour la fin d'année 2011 sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la description de l'offre de soins de structures MCO, en priorité les établissements de santé ayant une structure d'urgences et des plateaux techniques de recours en cas d'urgence ;</li> <li>la mise en œuvre de la solution ROR Lorraine afin d'y inscrire ces descriptions d'offre de soins et de l'ouvrir aux professionnels.</li> </ul> <p><b><u>Echéance et calendrier :</u></b><br/> <u>Octobre 2011</u> : 7 établissements connecté au ROR<br/> <u>4ème trimestre 2011 et 1<sup>er</sup> semestre 2012</u> : montée en charge du peuplement à l'ensemble des établissements MCO ayant une structure d'urgence ou un plateau technique spécifique.<br/> <u>Juin 2012</u> : ouverture ROR aux professionnels cités ci-dessus.</p> <p><b><u>Partenaires :</u></b><br/> GCS Ile de France<br/> GCS télésanté Lorraine</p> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b> | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Partenaires</b>            | SAMU, SMUR, services d'urgences et directions établissements, SDIS Réseau lorraine Urgence, GCS télésanté Lorraine, GCS Ile de France                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                              |                                                                                                             |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la prise en charge des patients aux urgences | Indicateur n°<br>80% des patients pris en charge dans les services d'urgences Lorrains en moins de 4 heures |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des SAMU -juillet 2010 -Pierre MARDEGAN  
Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé public  
Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structure de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique  
*Travaux nationaux en cours sur l'utilisation des hélicoptères sanitaires*

| Objectif opérationnel Urgences                                                                    | Optimiser la qualité de prise en charge des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°1<br>   | <p><b>Concernant les publics les plus vulnérables (personnes âgées et handicapées notamment) : s'assurer de l'existence de dispositions formalisées et partagées avec les acteurs des soins non programmés en matière de continuité des soins en amont des urgences (notamment le dossier de liaison d'urgence en EHPAD ou l'admission directe dans un service hospitalier, sans passage par les urgences) (sécurité et qualité des soins)</b></p> <p>Anticiper la réponse à donner aux besoins de soins urgents des personnes âgées, afin d'éviter un transfert inapproprié vers les urgences et d'apporter la réponse la mieux adaptée</p> <p>Développer les dossiers de liaison d'urgence, automatiser leur transmission.</p> <p>Envisager par territoire, la possibilité d'adresser directement les patients vus par le médecin traitant ou de garde vers le service d'hospitalisation approprié, sans passage par les urgences</p> <p><b>Echéance :</b><br/>A échéance du SROS</p> |
| Mesure n°2<br> | <p><b>Améliorer la qualité et l'efficacité des soins en analysant et corrigeant les dysfonctionnements constatés (fiches dysfonctionnement).</b></p> <p><b>Démarche qualité</b></p> <p>Suivre les dysfonctionnements constatés par les acteurs de l'aide médicale urgente</p> <p>Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011 une nouvelle fiche de dysfonctionnement (conformément à l'arrêté du 12 février 2007) a été réactivée par l'ARS Lorraine.</p> <p>Les membres de l'instance collégiale des urgences analyseront l'ensemble des fiches de dysfonctionnement reçues afin de proposer les mesures correctrices.</p> <p><b>Echéance :</b><br/>A échéance du SROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Mesure n°3<br> | <p><b>Optimiser la qualité de la décision en matière de régulation médicale</b></p> <p>En s'appuyant pour cela des recommandations de l'HAS sur la régulation (de mars 2010) et sur les échanges d'expérience des autres SAMU de la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place d'une démarche qualité formalisée s'appuyant notamment sur l'analyse des dysfonctionnements constatés en interne et les plaintes</li> <li>- veiller à la qualité de leurs relations avec la médecine libérale (réponses apportées, retour d'information)</li> <li>- travail sur les filières spécifiques de prise en charge (ex. : AVC) de</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                               |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>manière conjointe entre acteurs du Centre 15 et régulateurs libéraux : formalisation de procédures opérationnelles ou mise à jour en tant que de besoin</p> <p><b>Echéance :</b><br/>A échéance du SROS</p> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b> | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Partenaires</b>            | SAMU, SMUR, services d'urgences et direction établissements, EHPAD, SDIS, Réseau Lorraine Urgence.                                                                                                             |

|                         |                                                        |                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration continue de la qualité de prise en charge | Indicateur n°<br>Réduction du nombre de dysfonctionnements constatés |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Rédaction conjointe de la mesure 1 avec le SROMS               |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                       |                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel Urgences</b> | <b>Améliorer l'articulation des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins ambulatoires (médecins généralistes, transporteurs, pharmaciens, etc.)</b> |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                       | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mesure n°1</p>    | <p><b>Viser un lien plus étroit entre services d'urgences hospitaliers et organisation des tours de garde des médecins généralistes la nuit et les dimanches et jours fériés (efficience).</b><br/> <b>Articuler PDSA et services d'urgence</b><br/>           Cette mesure est en lien étroit avec le futur cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires et pourra se matérialiser par :</p> <p>l'information de la population sur bon usage du système de soins et en particulier aux heures de la PDSA.<br/>           le fait que les maisons médicales de garde se situent de préférence aux portes des urgences ou en prévoyant les liens nécessaires par voie de convention.</p> <p><b>Echéance :</b><br/>           Dès publication du cahier des charges régional de la PDSA<br/>           Suivi du dispositif de PDSA annuellement dans cadre des CODAMU-PS-TS</p> |
| <p>Mesure n°2</p>  | <p><b>Intégrer les professionnels libéraux au plan de gestion de crise</b></p> <p>Travail avec l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de l'offre de soins de ville (médecins, pharmaciens, transporteurs et infirmiers) pour élaborer un plan de gestion de crise opérationnel, sous l'égide des Préfets de département, avec 2 objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donner une information spécifique aux professionnels de santé sur une situation de crise susceptible de les concerner,</li> <li>• mobiliser le cas échéant ces professionnels de santé dans un délai court</li> </ul> <p><b>Echéance :</b><br/>           A échéance du SROS</p>                                                                                                                                                                                    |
| <p>Mesure n°3</p>  | <p><b>S'assurer de la cohérence et de la complémentarité entre le SDACR et le SROS</b></p> <p>Cette mise en cohérence doit s'entendre dans une démarche de concertation continue permettant son actualisation régulière.<br/>           Elle doit permettre de définir sur le territoire lorrain l'opérationnalité des moyens SDIS et Urgentistes. (emplacement moyens pompiers, moyens sanitaires, matériel et humain, emplacement défibrillateurs ...)</p> <p><b>Echéance :</b><br/>           A échéance du SROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mesure n°4</p>  | <p><b>Favoriser les coopérations transfrontalières pour améliorer l'accès aux soins d'urgence</b></p> <p>Faire vivre les conventions transfrontalières existantes et développer leurs principes à d'autres régions.</p> <p><b>Echéance :</b><br/>A échéance du SROS</p> <p><b>Partenaires :</b><br/>Interlocuteurs transfrontaliers<br/>Assurance maladie pour les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales</p> |
| <p><b>Pilotage de l'objectif</b></p>                                                                | <p>ARS Lorraine / Préfets</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Partenaires</b></p>                                                                           | <p>SAMU, SDIS, professionnels de santé de ville Interlocuteurs transfrontaliers<br/>Assurance maladie pour les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales<br/>GCS Télésanté lorraine</p>                                                                                                                                                                                                                          |

|                                |                                                                                                            |                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Résultat attendu</b></p> | <p>Diminution du nombre de patients admis aux urgences et relevant de la permanence de soins libérale.</p> | <p>Indicateur n°<br/>Maîtriser la part des patients relevant de la CCMU1 (ne donnant pas lieu à hospitalisation) dans le passage aux urgences pendant la PDS</p> |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b></p>       |
| <p>Lien avec le SRP-volet VAGUSAN – Gestion de crises pour la mesure 2.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente<br/>Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière</p> |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <p>L'ensemble des objectifs et mesures se déclinent au niveau régional dont :</p> <p><u>Organisation des SMUR secondaires</u></p> <p><u>Mutualisation des plateformes SAMU</u></p> <p>Mutualisation entre :</p> <p>Le centre 15 et la régulation libérale au sein de chaque site</p> <p>Coopération entre :</p> <p>Les sites de régulation des appels de Metz/Verdun et Nancy/Epinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bascule bilatérale entre site possible.</li> <li>• Mutualisation de la ressource médicale en nuit profonde.</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Territoire de la Meuse              | <p><u>Dispositif des médecins correspondants du SAMU</u></p> <p>Evaluation du dispositif</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Territoire de la Moselle            | <p><u>Carences ambulancières</u></p> <p>Recherche des leviers d'action pour une diminution des carences ambulancières.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Territoire des Vosges               | <p><u>Temps médical dans les services d'urgences</u></p> <p>Etre attentif aux difficultés de recrutement de certains services d'urgences.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Déclinaison territoriale                      |                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>OQOS IMPLANTATIONS SMUR</b>                |                                                                  |
| Territoire de santé meusien                   | 2                                                                |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       | 8<br>(dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal)                |
| Territoire de santé mosellan                  | 5 et 2 antennes                                                  |
| Territoire de santé vosgien                   | 4 et 2 antennes                                                  |
| Région lorraine                               | 19 et 4 antennes<br>(dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal) |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS SAMU</b>                |                                                                  |
| Territoire de santé meusien                   | 1                                                                |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       | 1                                                                |
| Territoire de santé mosellan                  | 1                                                                |
| Territoire de santé vosgien                   | 1                                                                |
| Région lorraine                               | 4                                                                |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS STRUCTURE D'URGENCE</b> |                                                                  |
| Territoire de santé meusien                   | 2                                                                |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       | 9<br>(dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)                   |
| Territoire de santé mosellan                  | 8                                                                |
| Territoire de santé vosgien                   | 5                                                                |
| Région lorraine                               | 24<br>(dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)                  |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS CAISSON HYPERBARE</b>   |                                                                  |
| Territoire de santé meusien                   | 0                                                                |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       | 0                                                                |
| Territoire de santé mosellan                  | 0                                                                |
| Territoire de santé vosgien                   | 0                                                                |
| Région lorraine                               | 0                                                                |

## REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

### Diagnostic régional et territorial

La reconstitution hospitalière consécutive au SROS 3 a conduit à une meilleure orientation des patients les plus graves que ce soit pour les patients relevant de la réanimation ou pour ceux relevant de l'USIC (pathologie coronaire aiguë).

Il existe des périodes de l'année, notamment hivernales, où des tensions apparaissent. Ces périodes rendent nécessaires une adaptation capacitaire qui doit être anticipée (procédure d'« hôpital sous-tension ») au niveau des établissements (lits supplémentaires de Réanimation, transformation de lits d'USC en lits de Réanimation).

Il est nécessaire également d'avoir une analyse continue des « non admissions » en REA/USI/USC. La « non admission » dans une telle unité est une décision lourde (elle engage le pronostic vital ou fonctionnel), complexe (appréciation faite parfois à distance) prise souvent dans un contexte d'urgence (difficulté d'avis collégial).

La région lorraine rencontre des difficultés avérées de démographie médicale, mais à ce jour, non quantifiée précisément (19% des services de Réa avaient recours à l'intérim (médical) fin 2008).

### La réanimation

La capacité globale des lits de réanimation de la région est en adéquation avec les besoins et avec la cible du SROS 3 mais il sera nécessaire d'apporter une réponse lors des situations de tension (épidémies d'infections respiratoires hivernales notamment).

### Les soins intensifs (USI)

La capacité globale des USI (toutes unités confondues) n'est pas en adéquation avec les besoins. En effet, les données d'activité (PMSI 2010) montrent un TO global de 72% (140 lits, 10 374 passages avec une DMS de 3.6 j). Une analyse plus précise sera effectuée dans le cadre de la réactualisation en 2012 de l'enquête globale REA, USI et USC.

De plus, la démographie médicale ne permet pas de multiplier les sites d'USIC. Sur les sites où il n'y a pas de plateau technique d'angioplastie, il est envisageable de mutualiser les lits d'USIC et d'USC.

### Les unités de soins continus (USC)

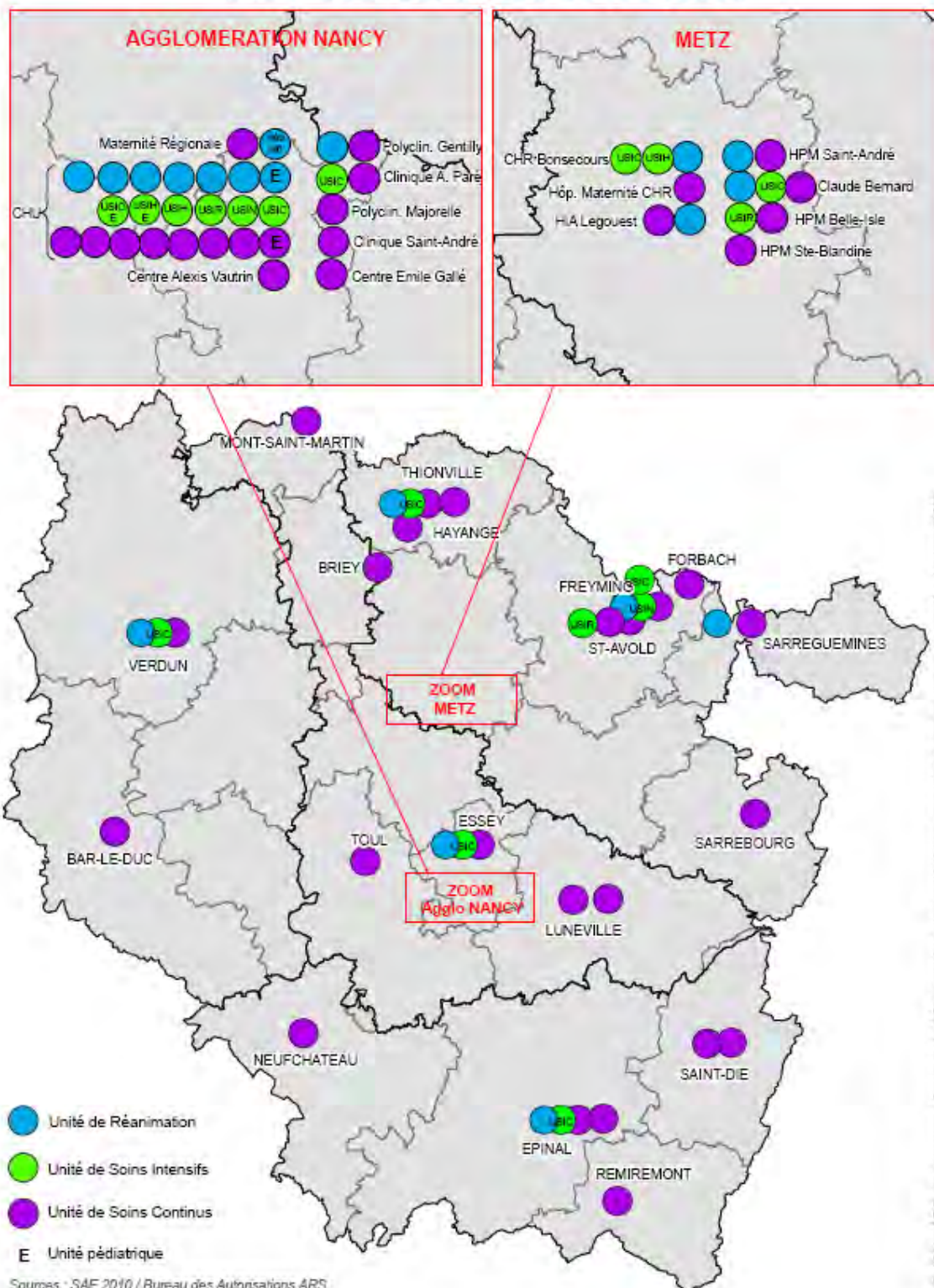
La capacité et le fonctionnement des USC doivent être réexaminés. En outre, dans la moitié nord de la Lorraine l'organisation de la prise en charge des enfants nécessitant une prise en charge rapprochée n'est pas toujours adaptée.

### Les prélèvements d'organes

La région Lorraine accuse un déficit de recensement et de prélèvement d'organes depuis 2007. Les unités de REA/USI/USC doivent être mobilisées sur ce sujet.

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>IMPLANTATIONS REANIMATION ADULTE</b>                                    |    |
| Territoire de santé meusien                                                | 1  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 4  |
| Territoire de santé mosellan                                               | 6  |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1  |
| Région lorraine                                                            | 12 |
| <b>IMPLANTATIONS REANIMATION PEDIATRIQUE</b>                               |    |
| Territoire de santé meusien                                                | 0  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 1  |
| Territoire de santé mosellan                                               | 0  |
| Territoire de santé vosgien                                                | 0  |
| Région lorraine                                                            | 1  |

## Réanimation - Soins Intensifs - Soins Continus Etat des lieux au 31.12.2010



| Objectifs opérationnels                                                                                               | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la prise en charge des patients en réa, USC et USI en période normale ou de crise. | 12.3 et 12.5                              |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer le fonctionnement des USC                                                          | 11.2 et 10.3                              |
| Objectif opérationnel<br>Sensibiliser les professionnels aux procédures de prélèvement d'organe                       | 11.1 et 11.2                              |

|                                                              |                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Réanimation – SI – SC</b> | <b>Améliorer la prise en charge des patients en réa, USC et USI en période normale ou de crise.</b> |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Elaborer, en lien avec les experts des procédures d'HST (« hôpital sous tension ») pour la réanimation, USI, USC au niveau de l'établissement/Région/inter régional et transfrontalier                                                                                             |
| Mesure n°2<br>   | Connaître la disponibilité des lits, en temps réel, dans les unités « critiques » (REA/SI/USC/UNV/Neurochirurgie). <b>Projet ROR</b>                                                                                                                                               |
| Mesure n°3<br>   | Evaluer régulièrement les non admissions en réanimation (« registre des refus »).                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°4<br>   | S'assurer de l'existence de revues de morbidité/ mortalité (RMM) pour toutes les réanimations de la région Lorraine                                                                                                                                                                |
| Mesure n°5<br>  | Affiner les besoins en professionnels pour les unités de Réanimation/USC                                                                                                                                                                                                           |
| Mesure n°6<br> | Réactualiser l'enquête régionale sur les activités et organiser les soins de réanimation, USI et USC réalisée en 2008/2009. Un examen particulier sera réalisé sur les USIR dans la continuité des orientations du SROS III (indications médicales, viabilité médico-économique ?) |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Fédérations hospitalières, Etablissements sanitaires, Professionnels de santé, GCS Télésanté Lorraine, HAS                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahier des charges « hôpital sous tension »</li> <li>- Spécification de l'intégration de la disponibilité des lits dans le ROR et procédure de mise à jour associée</li> <li>- Procédure d'évaluation des refus</li> <li>- Procédure d'enquête sur l'existence des RMM</li> <li>- Procédure d'enquête sur les besoins en professionnels</li> <li>- Procédure d'enquête d'évaluation de l'activité et des organisations</li> </ul> | Indicateur n°<br>Quel indicateur ? (pas de réflexion entamée à ce sujet) |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thématique transversale AVC<br>SROS PRS volets SSR, Médecine, Chirurgie et Urgences<br>SROMS |
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b>                            |
|                                                                                              |

|                                                              |                                            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Réanimation – SI – SC</b> | <b>Améliorer le fonctionnement des USC</b> |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Réactualiser l'enquête régionale sur les activités et organiser les soins de réanimation, USI et USC réalisée en 2008/2009 (idem mesure précédente)                                                                                                   |
| Mesure n°2<br> | Evaluer annuellement les conventions associant les USC isolées aux services de réanimation. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les points névralgiques</li> <li>• L'ARS doit être destinataire du rapport des établissements</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Réactualiser le cahier des charges régional des USC (logique d'efficience et aspect matériel)                                                                                                                                                         |
| Mesure n°4<br> | Créer une USC pédiatrique en Moselle                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Fédérations hospitalières, Etablissements sanitaires, Professionnels de santé                                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                 |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'enquête d'évaluation de l'activité et des organisations</li> <li>- Procédure d'évaluation des conventions</li> <li>- Création d'une USC pédiatrique en Moselle</li> </ul> | Indicateur n°<br>Nbre de rapport fourni par les ES<br>Finalisation de l'enquête<br>Présence de l'USC en Moselle |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Thématique transversale « santé de l'enfant et l'adolescent »  |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |



|                                                                |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectifs opérationnels</b><br><b>Réanimation – SI – SC</b> | <b>Sensibiliser les professionnels aux procédures de prélèvement d'organe</b> |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Pour les établissements ne disposant pas de réanimation, organiser les prises en charge de donneurs potentiels dans les unités de soins continus pour le maintien des fonctions vitales dans l'attente de décision de transfert vers établissement préleveur |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Agence de Biomédecine                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                                                      |                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation du recensement des donneurs potentiels<br>Augmentation de la disponibilité des greffons | Indicateur n°<br>Augmentation du nombre de prélèvement d'organe en lorraine |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| SROS IRC                                                       |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                  |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                  |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure n°4 de l'Objectif n°2</li> </ul>                                   |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                                  |

| DECLINAISON TERRITORIALE UNITE SOINS INTENSIFS ET UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE |                      |       |       |                                        |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|----------------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                  | USIC                 | USIN  | USIR  | SUPPLEMENT SI HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE | USC                                |
| Territoire de santé meusien                                                      | 1                    | 0 à 1 | 0     | 0                                      | 2 USC adulte                       |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                          | 4 dont 1 pédiatrique | 1     | 0 à 1 | 1 USIO et 2 USIH                       | 15 USC adulte et 1 USC PEDIATRIQUE |
| Territoire de santé mosellan                                                     | 4                    | 2     | 0 à 1 | 1 USIH                                 | 12 USC adulte et 1 USC pédiatrique |
| Territoire de santé vosgien                                                      | 0 à 1                | 1     | 0     | 0                                      | 5 USC adulte                       |

| OQOS (par FINESS géographique)             |    |
|--------------------------------------------|----|
| OQOS IMPLANTATIONS REANIMATION ADULTE      |    |
| Territoire de santé meusien                | 1  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan    | 4  |
| Territoire de santé mosellan               | 6  |
| Territoire de santé vosgien                | 1  |
| Région lorraine                            | 12 |
| OQOS IMPLANTATIONS REANIMATION PEDIATRIQUE |    |
| Territoire de santé meusien                | 0  |
| Territoire de santé meurthe et mosellan    | 1  |
| Territoire de santé mosellan               | 0  |
| Territoire de santé vosgien                | 0  |
| Région lorraine                            | 1  |

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### Diagnostic régional et territorial

#### 1. Offre et besoins en SSR :

- Une offre en SSR inégale entre les territoires de santé :
  - En hospitalisation complète (HC), les écarts entre territoires de santé sont importants (Taux d'équipement à 1,24 pour la Meuse contre 2,14 pour les Vosges avec un taux moyen de 1,67 pour la Lorraine).
  - En hospitalisation de jour (HDJ), les Vosges ont une insuffisance de développement de places (0,07), au regard des 3 autres départements et du taux moyen régional (0,21).

- Les besoins :

Le taux de recours régional est légèrement inférieur au taux de recours national mais reste dans la médiane.

Le taux de recours meusien est très faible contrairement au taux vosgien : cela impose notamment des redéploiements internes régionaux pour conforter la Meuse et dans une moindre mesure la Moselle.

- Taille critique en SSR :

13 entités juridiques autorisées en SSR le sont avec de faibles capacités et volumes, nécessitant une réorganisation de l'offre dans le cadre d'une réflexion d'efficacité et d'accès aux soins.

L'offre au niveau du territoire vosgien doit être réorganisée : développement d'alternatives à HC en substitution de l'HC, réflexion sur les structures de faible capacité...

#### 2. Fluidité des filières :

- Manque de coordination entre SSR ayant une mention spécialisée et SSR non spécialisés
- Manque de lisibilité de l'offre de soins en SSR pouvant notamment être amélioré par la mise en place de la plateforme régionale d'admission en SSR en lien avec la mise en place du Répertoire Opérationnel des Ressources.
- Difficultés d'accès en SSR ciblées :
  - sur certaines pathologies liées à des traitements lourds tels que dialyse, traitement du cancer
  - sur certains territoires de santé (Meuse)
- Filière d'aval :

Nécessité de travailler sur l'anticipation des sorties de SSR en passant par exemple par le projet thérapeutique individuel et sur la coordination avec le médico social notamment.

#### 3. Filières par pathologie :

- Filière infantile :

L'offre pour la prise en charge des enfants en HC se localise dans le sud de la région, le développement des relais par des alternatives à l'HC doit se poursuivre notamment dans le nord de la Lorraine.
- La filière cardiovasculaire (RCV) : Le maillage régional de l'offre de RCV par alternative à HC exclusive (SSR sans mention spécialisées) doit être plus complété.
- La filière neurovasculaire doit être fluidifiée
- Prise en charge des patients en état végétatif persistant :

Nécessité d'identifier une implantation sur la périphérie nancéienne.
- SSR basse vision et basse audition :

Le SSR basse vision et le SSR basse audition doivent couvrir les besoins régionaux.

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |                                                                              |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|-------|------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| IMPLANTATIONS SSR NON SPECIALISES                                          |                                                                              |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé meusien                                                |                                                                              |                    |    |    | 5     |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    |                                                                              |                    |    |    | 26    |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé mosellan                                               |                                                                              |                    |    |    | 31    |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé vosgien                                                |                                                                              |                    |    |    | 19    |                        |                 |                   |         |
| Total région Lorraine                                                      |                                                                              |                    |    |    | 81    |                        |                 |                   |         |
| IMPLANTATIONS MENTIONS SPECIALISEES                                        |                                                                              |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
|                                                                            | App Loc                                                                      | Syst.<br>Nerveux   | CV | PA | Respi | Met.<br>Endoc.<br>Dig. | Onco-<br>Hémato | Brûlés            | Addicto |
| Territoire de santé meusien                                                | 2                                                                            | 2                  | 0  | 2  | 0     | 0                      | 0               | 0                 | 0       |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 3 (dont 1 enfant)                                                            | 3 (dont 1 enfant)  | 1  | 3  | 1     | 0                      | 1               | 1 enfant          | 1       |
| Territoire de santé mosellan                                               | 7                                                                            | 6                  | 2  | 7  | 1     | 1                      | 0               | 1 adulte          | 1       |
| Territoire de santé vosgien                                                | 2                                                                            | 2                  | 0  | 2  | 0     | 3 (dont 1 enfant)      | 0               | 0                 | 0       |
| Région lorraine                                                            | 14 (dont 1 enfant)                                                           | 13 (dont 1 enfant) | 3  | 14 | 2     | 4 (dont 1 enfant)      | 1               | 2 (dont 1 enfant) | 2       |
| IMPLANTATIONS MENTIONS TRANSVERSALES                                       |                                                                              |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé meusien                                                | 0                                                                            |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan                                    | 3 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète) |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé mosellan                                               | 4 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)                      |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Territoire de santé vosgien                                                | 2 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète) |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |
| Région lorraine                                                            | 9                                                                            |                    |    |    |       |                        |                 |                   |         |



## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGÉE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE



- Etablissements ayant une prise en charge spécialisée reconnue "Affections de la Personne Agée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance"
- Etablissements inscrits dans la filière

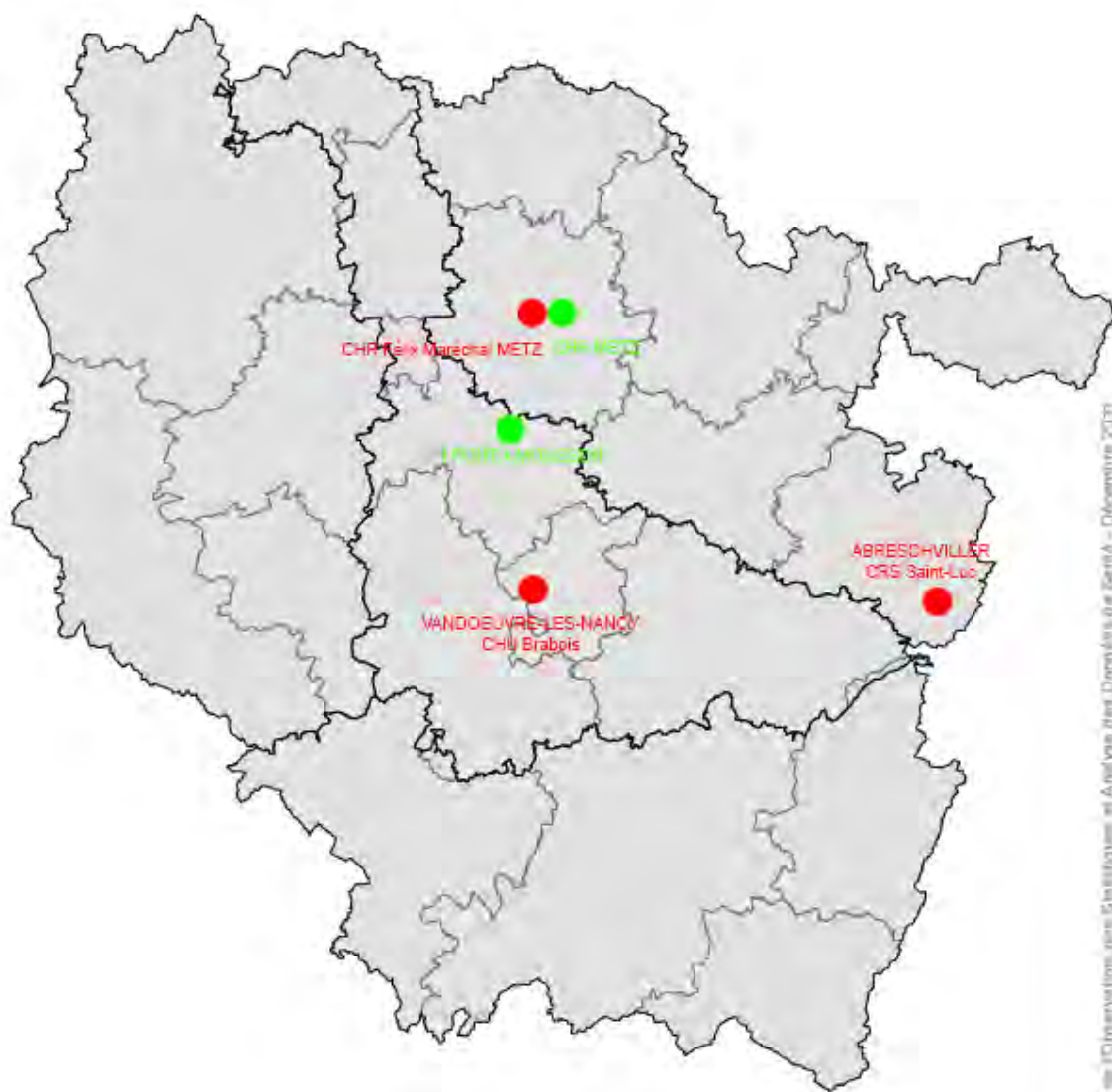
© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des Statistiques et Analyse des Données de Santé - Mars 2011



## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

## Mention spécialisée

- AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES
- AFFECTIONS RESPIRATOIRES



**Etablissements ayant une mention spécialisée "Affections Cardio-Vasculaires"**

● Établissements ayant une mention suspensée : Affaires Réservées

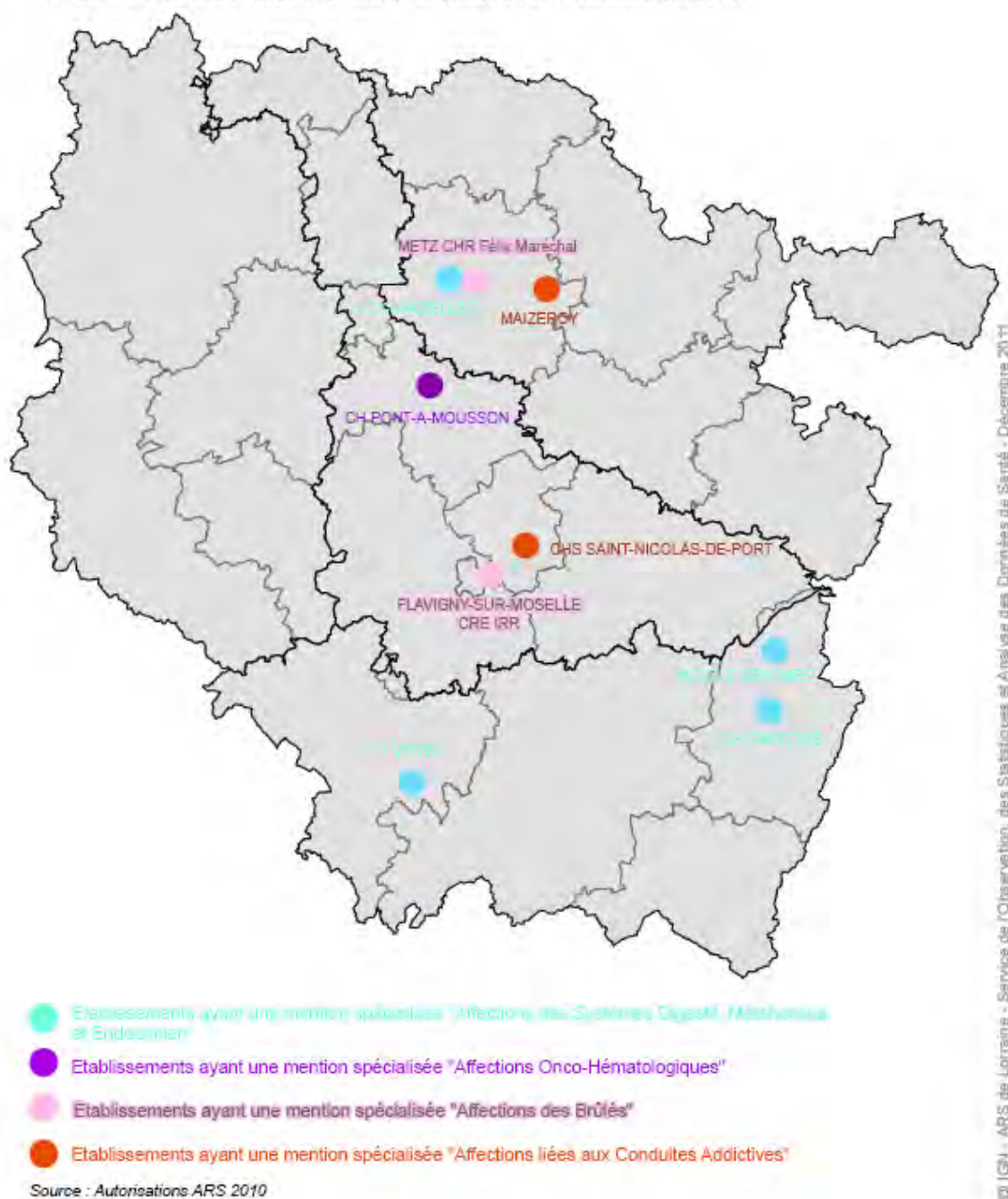
Source : Autorisations ARS 2010

2) Gil - ARS de Lorraine - Bureau de l'Observation, des Classifications et l'Analyse des Données de Santé - Décembre 2011

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### Mention spécialisée

- . AFFECTIONS des SYST. DIGESTIF, METABOLIQUE et ENDOCRINIEN
- . AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES
- . AFFECTIONS des BRULES
- . AFFECTIONS liées aux CONDUITES ADDICTIVES



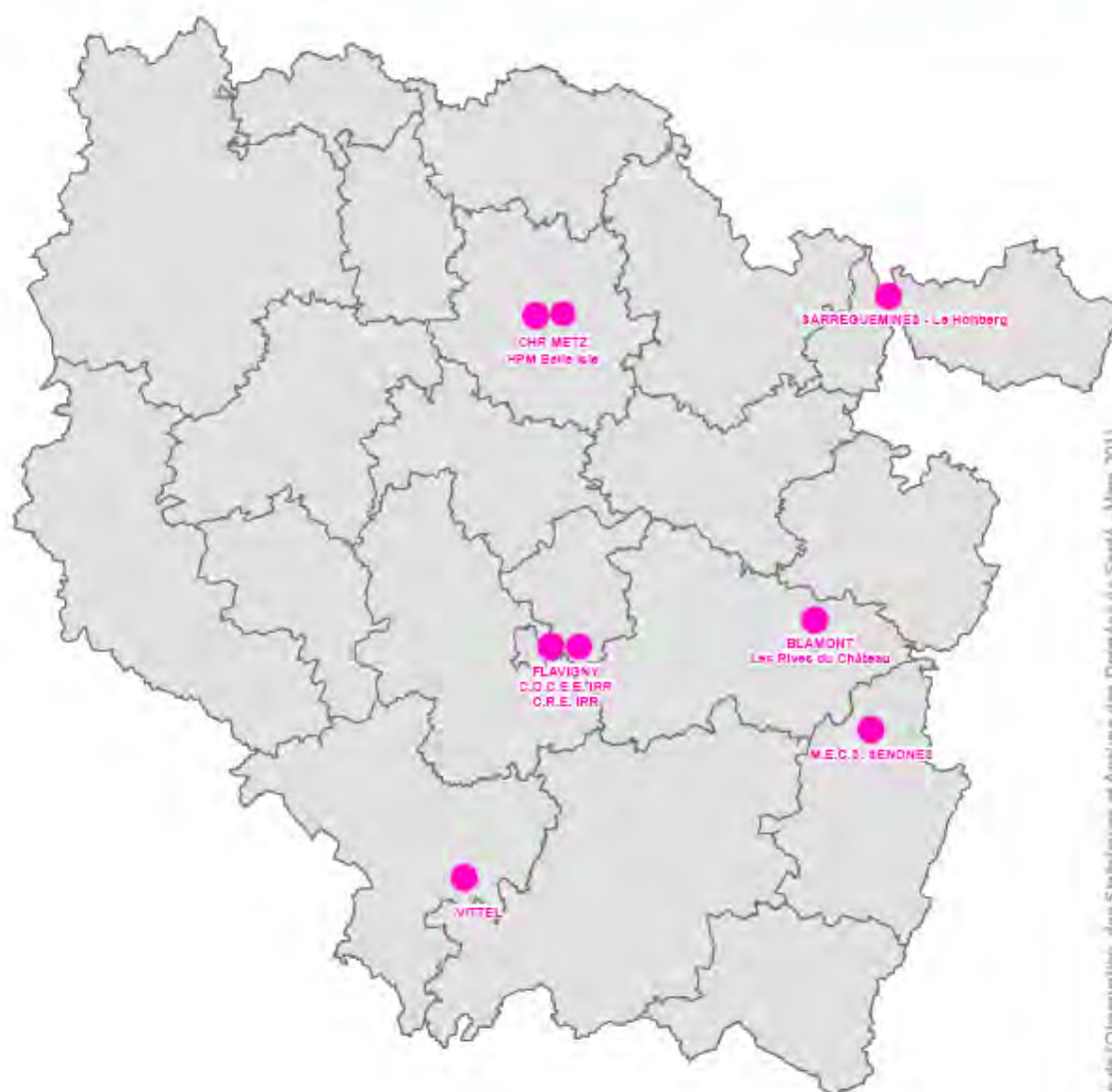
- Etablissements ayant une mention spécialisée "Affections des Systèmes Digestif, Métabolique et Endocrinien"
- Etablissements ayant une mention spécialisée "Affections Onco-Hématologiques"
- Etablissements ayant une mention spécialisée "Affections des Brûlés"
- Etablissements ayant une mention spécialisée "Affections liées aux Conduites Addictives"

Source : Autorisations ARS 2010



## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET/OU ADOLESCENTS



● Etablissements inscrits dans la filière transversale de "Prise en charge des enfants et/ou ado/escents"

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des Statistiques et Analyse des Données de Santé - Mars 2011

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION NON SPECIALISES



● Structure autorisée pour l'activité SSR non spécialisé

Source : Autorisations ARS 2010

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des Statistiques et Analyse des Données de Santé - Décembre 2011

| Objectifs opérationnels                                                                | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Améliorer l'accès des patients aux SSR                                                 | 5.2 et 10.3                               |
| Fluidifier les filières par thématique                                                 | 11.2                                      |
| Améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire | 11.1 et 11.2                              |
| Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR                                   | 6.1 ; 12.1 et 12.5                        |
| Restructurer l'offre en SSR                                                            | 10.3                                      |

| Objectif opérationnel SSR                                                                         |  | Améliorer l'accès des patients aux SSR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |
| Mesure n°1<br>   |  | Déployer la plateforme régionale d'admission en SSR qui permettra : <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'affiner l'analyse des difficultés d'accès aux SSR grâce aux indicateurs de suivi de la plateforme régionale d'admission (analyse des refus d'admission, délais d'attente longs...)</li> <li>- d'améliorer la lisibilité de l'offre en SSR en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)</li> </ul> Les établissements devront s'engager dans cette démarche par contractualisation (CPOM)                                                                                                                   |                                                            |
| Mesure n°2<br>   |  | Réorganiser l'offre en SSR pour permettre de répondre aux besoins ciblés notamment par les taux de recours : <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit par redéploiement de l'activité SSR vers les territoires déficitaires</li> <li>- soit en augmentant l'activité en SSR</li> <li>- en prenant en compte la taille critique des services (optimum environ 30 lits)</li> </ul> Les territoires concernés sont la Meuse et les territoires de Moselle (taux de recours territorial < taux recours régional) sur les agglomérations thionvilloises, messines et la Moselle Est (taux de couverture < au taux de couverture régional) |                                                            |
| Mesure n°3<br> |  | Favoriser des entrées directes du domicile pour des patients déjà connus des services de SSR <ul style="list-style-type: none"> <li>- informer les médecins libéraux des possibilités existantes (nouveau dispositif)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| Mesure n°4<br> |  | Permettre des admissions en SSR tous les jours de la semaine.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |
| Pilotage de l'objectif                                                                            |  | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |
| Partenaires                                                                                       |  | GCS télésanté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |
| Résultat attendu                                                                                  |  | Evolution des taux de recours par territoire de santé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Indicateur n° Evolution des taux de recours départementaux |
| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |
| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |
| PRGDR                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |

|                                  |                                               |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel SSR</b> | <b>Fluidifier les filières par thématique</b> |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|

### 1. Fluidifier la filière cardiovasculaire :

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°5<br> | <p>Améliorer le maillage territorial des SSR non spécialisés proposant de la RCV en alternative à HC exclusive. Prévoir cette offre sur les secteurs suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nord Meurthe et Mosellan</li> <li>- Sarreguemines</li> <li>- Ouest Vosgien.</li> </ul> <p>Les SSR non spécialisés proposant de la RCV en alternative à HC exclusive doivent être adossés à un service de cardiologie existant.</p> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Partenaires</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                |                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Offrir sur les territoires de santé ciblés une prise en charge de rééducation cardiovasculaire | Indicateur n°<br>Mise en place de RCV dans ces territoires |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

### 2. Fluidifier la filière de réadaptation respiratoire :

| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°6<br> | <p>Améliorer le maillage territorial des SSR non spécialisés proposant de la réhabilitation respiratoire en alternative à HC exclusive.</p> <p>Les SSR non spécialisés proposant de la réhabilitation respiratoire en alternative à HC exclusive doivent être adossés à un service de pneumologue existant. Ces structures non spécialisées de la filière respiratoire doivent dans la mesure du possible être à proximité des SSR non spécialisés inscrits dans la filière cardiovasculaire (plateau technique commun)</p> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                |                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Permettre l'accès à la rééducation respiratoire sur chaque territoire de santé | Indicateur n°<br>Avoir un service de rééducation respiratoire par TS |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

**3. Fluidifier la filière neurologique :**

| Plan d'actions associées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Libellé                                                                                                                                                                                    |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Mesure n°7<br>    | Identifier une unité pour la prise en charge des EVP EPR sur la périphérie nancéienne au sein d'un SSR existant                                                                            |                                                     |
| Mesure n°8<br>    | Identifier des SSR en aval de chaque Unité Neurovasculaire.<br>Pour les patients ayant des pathologies complexes dédier des lits dans les SSR avec mention spécialisée neurologie.         |                                                     |
| Mesure n°9<br>    | Poursuivre la réflexion pour la prise en charge des patients cérébrolésés avec troubles du comportement que ce soit pour la rééducation ou aval de celle-ci (en lien avec le médicosocial) |                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARS Lorraine                                                                                                                                                                               |                                                     |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Conseil général – psychiatries, psychologues                                                                                                                                               |                                                     |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Organiser la filière neurologique                                                                                                                                                          | Indicateur n° mise en place des 2 premières mesures |

**4. Fluidifier la filière infantile :**

| Plan d'actions associées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Mesure n°10<br>    | Développer les alternatives à l'hospitalisation complète en SSR :<br>- en relais des prises en charge SSR pédiatriques en hospitalisation complète de la région<br>- en formant des médecins MPR à la prise en charge infantile auprès des structures SSR recours. |                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| <b>Résultat attendu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Organiser à filière infantile                                                                                                                                                                                                                                      | Indicateur n° augmenter les alternatives à l'hospitalisation |

**Lien avec les autres thématiques des différents schémas**

Volets AVC, enfant et adolescents, cardiologie interventionnelle et réanimation, soins intensifs et unité de surveillance continue du SROS PRS.

**Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)**

| Objectif opérationnel SSR                                                                          |  | Améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                           |  | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |
| Mesure n°11<br>   |  | Coordonner les services sociaux des établissements de santé (de court séjour et SSR) pour favoriser la continuité des projets individualisés (pôle social référent...) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer le projet thérapeutique individuel en lien avec les structures d'aval</li> <li>- pourvoir du temps d'assistant du service social dans chaque SSR</li> <li>- renforcer le lien avec les conseils généraux et les MDPH : diffusion des critères de demande d'APA en urgence en fonction des départements afin de cibler ces demandes et diminuer le temps de traitement de ces dernières. Prise en compte des évaluations des équipes mobiles SSR par les MDPH,... Conventionnement entre SSR et EHPAD.</li> </ul> |                                                                                             |
| Mesure n°12<br>   |  | Organiser la complémentarité entre SSR avec mention (affirmation de leur rôle de recours et d'expertise) et SSR non spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- conventions à formaliser entre SSR pour préciser les rôles de chacun</li> <li>- organiser les possibilités de transfert, de consultations avancées... dans le cadre de la gradation des soins et d'une dynamique à impulser entre SSR avec mention et SSR non spécialisés par filière.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                             |
| Mesure n°13<br> |  | Organiser la sortie du patient en lien avec les professionnels de santé libéraux et les structures médicosociales : <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiche type de liaison pour les MK<br/>check liste de sortie</li> <li>- indication d'HAD dans les cas lourds et complexes (ex : paraplégie) afin d'organiser le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions en assurant le relais de la prise en charge avec les intervenants libéraux</li> <li>- amélioration du lien avec les structures médico sociales dans le cadre de la plateforme régionale médicosociale mise en place par le GCS télésanté...</li> </ul>                                                                                              |                                                                                             |
| Pilotage de l'objectif                                                                             |  | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                             |
| Partenaires                                                                                        |  | GCS télésanté, conseil général, MDPH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| Résultat attendu                                                                                   |  | Amélioration du parcours du patient par une meilleure coordination des professionnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Indicateur n°<br>Augmentation des transferts entre SSR avec mentions et SSR non spécialisés |
| Lien avec les autres thématiques des différents schémas                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |
| HAD du SROS PRS                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |
| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |
| PRGDR                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |



|                                  |                                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel SSR</b> | <b>Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                    | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°14<br>   | Tenir régulièrement des réunions de synthèse documentées pour un suivi de qualité du projet thérapeutique du patient et en vue de préparer au mieux sa sortie                |
| Mesure n°15<br>   | Recueillir et éclairer le choix du patient dans l'orientation en SSR dans le cadre de la plateforme régionale d'admission en cohérence avec le projet thérapeutique.         |
| Mesure n°16<br>   | Rédiger un socle minimal régional de projet thérapeutique individuel en lien avec les professionnels de santé.                                                               |
| Mesure n°17<br>   | Favoriser l'insertion professionnelle en passant convention avec des centres proposant une réadaptation professionnelle.                                                     |
| Mesure n°18<br>  | Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles (recommandations HAS) et les décliner au niveau régional (ex : mise sous accord préalable en lien avec l'assurance maladie) |
| Mesure n°19<br> | Former les personnels aux prises en charge spécifiques (dialyse, traitement du cancer...)                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                      | ARS Lorraine                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                                 | Assurance maladie                                                                                                                                                            |

|                         |                                             |                                                                                    |
|-------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la prise en charge globale du SSR | Indicateur n°<br>Taux d'orientation en SSR sur la thématique MSAP (indicateur GDR) |
|-------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| Volets Traitement du cancer, IRC et HAD du SROS PRS            |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PR GDR                                                            |



|                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel SSR</b> | <b>Restructurer l'offre en SSR</b> |
|----------------------------------|------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°20<br> | Développer des alternatives à l'HC notamment par redéploiement de l'HC.                                                |
| Mesure n°21<br> | Optimiser le fonctionnement des SSR de petite taille par regroupement ou redéploiement en préservant l'accès aux soins |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                           |
| <b>Partenaires</b>                                                                               |                                                                                                                        |

|                         |                                                                        |               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Optimisation de l'efficience des SSR avant passage en tarification T2A | Indicateur n° |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| PRGDR                                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul>                                                                                                                                                          |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire des Vosges               | Réorganisation de l'offre en SSR sur le territoire vosgien : <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimiser les structures existantes notamment celles ayant des faibles capacités</li> <li>Développement des alternatives à HC par redéploiement d'HC</li> </ul> |

| OQOS (par FINESS géographique)            |                                                                                                                                         |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|---------|-------------------|-------------|-------------------|---------|
| OQOS IMPLANTATIONS SSR NON SPECIALISES    |                                                                                                                                         |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé meusien               |                                                                                                                                         |                    |    |    | 4 à 5   |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé meurthe et mosellan   |                                                                                                                                         |                    |    |    | 25 à 26 |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé mosellan              |                                                                                                                                         |                    |    |    | 30      |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé vosgien               |                                                                                                                                         |                    |    |    | 17 à 19 |                   |             |                   |         |
| Région Lorraine                           |                                                                                                                                         |                    |    |    | 76 à 80 |                   |             |                   |         |
| OQOS IMPLANTATIONS MENTIONS SPECIALISEES  |                                                                                                                                         |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
|                                           | App Loc                                                                                                                                 | Syst. Nerveux      | CV | PA | Respi   | Met. Endoc. Dig.  | Onco-Hémato | Brûlés            | Addicto |
| Territoire de santé meusien               | 2                                                                                                                                       | 2                  | 0  | 2  | 0       | 0                 | 0           | 0                 | 0       |
| Territoire de santé meurthe et mosellan   | 3 (dont 1 enfant)                                                                                                                       | 3 (dont 1 enfant)  | 1  | 3  | 1       | 0                 | 1           | 1 enfant          | 1       |
| Territoire de santé mosellan              | 7                                                                                                                                       | 6                  | 2  | 7  | 1       | 1                 | 0           | 1 adulte          | 1       |
| Territoire de santé vosgien               | 2                                                                                                                                       | 2                  | 0  | 2  | 0       | 3 (dont 1 enfant) | 0           | 0                 | 0       |
| Région lorraine                           | 14 (dont 1 enfant)                                                                                                                      | 13 (dont 1 enfant) | 3  | 14 | 2       | 4 (dont 1 enfant) | 1           | 2 (dont 1 enfant) | 2       |
| OQOS IMPLANTATIONS MENTIONS TRANSVERSALES |                                                                                                                                         |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé meusien               | 1 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)                                                                                 |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé Meurthe et mosellan   | 3 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète)                                                            |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé mosellan              | 6 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)                                                                                 |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Territoire de santé vosgien               | 2 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète) et 1 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive) |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |
| Région lorraine                           | 13                                                                                                                                      |                    |    |    |         |                   |             |                   |         |

## TRAITEMENT DU CANCER

### Diagnostic régional et territorial

#### CONSTAT :

Le cancer en Lorraine se caractérise par :

- Une incidence en hausse avec un impact social important  
12 830 nouveaux cas en 2005, soit + 2 % supplémentaire par an depuis 1980  
localisation : poumon, V.A.D.S. (source : ORSAS)
- Une surmortalité par rapport à la moyenne nationale : 7%  
4<sup>ème</sup> région française par importance du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007)  
Pour 100 000 habitants : France : 220 ; Lorraine : 238 (source : ORSAS)  
Première cause de décès : 6 200 par an. Femmes : 24%, Hommes : 33%.  
Disparité territoriale du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007) :  
Meurthe-et-Moselle : 240, Meuse : 244, Moselle : 241, Vosges : 229  
Extrêmes : Pays de Sarrebourg : 206, Pays du Bassin de Briey : 262
- Répartition des autorisations :

|        | Chirurgie | Chimiothérapie | Radiothérapie et autres |
|--------|-----------|----------------|-------------------------|
| Dép_54 | 29        | 8              | 4                       |
| Dép_55 | 7         | 2              | 0                       |
| Dép_57 | 39        | 12             | 6                       |
| Dép_88 | 13        | 3              | 1                       |

#### LES ATOUTS DE LA REGION :

- Un réseau régional en cancérologie « ONCOLOR » identifié par l'INCa (coordination, bonnes pratiques et référentiels, RCP, formation, expertise et audits...)
- Equipement satisfaisant des centres de radiothérapie
- Couverture du territoire par l'ensemble des modalités de traitement
- Organisation du dispositif d'annonce

#### LES PISTES D'AMELIORATION :

- Démographie des professionnels de santé, notamment des oncologues et des spécialistes avec compétence ordinale (difficulté de primo-prescription des traitements spécifiques), des chirurgiens thoraciques...
- Le PRC
- Structuration des RCP de recours
- Recherche clinique régionale
- Mise à niveau des unités centralisées de préparation des chimiothérapies anticancéreuses(UCPC) : audit qualité ONCOLOR
- Coordination des soins et interface ville-hôpital

#### PERSPECTIVES :

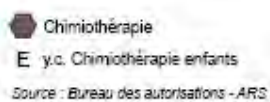
- Mise en adéquation de l'offre de traitement du cancer, des résultats des visites de conformité et des besoins de la population
- Généralisation de l'ensemble des mesures du plan cancer 2
- Installation et évaluation des 3C
- Renforcement du dépistage et de la recherche
- Mise en place du PPS dans les sites autorisés
- Coordination ville-hôpital

Mise en place de la phase pilote dossier commun de cancérologie

| Etat des lieux des implantations au 1/12/2011<br>(par FINESS géographique) |          |            |             |           |         |     |                           |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|------------|-------------|-----------|---------|-----|---------------------------|
| IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ADULTE                                   |          |            |             |           |         |     |                           |
|                                                                            | Digestif | Urologique | Thoracique. | Mammaire. | Gynéco. | ORL | Hors<br>seuil<br>exclusif |
| Territoire de santé meusien                                                | 2        | 1          | 0           | 2         | 1       | 1   | 0                         |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 8        | 6          | 2           | 4         | 4       | 3   | 1                         |
| Territoire de santé mosellan                                               | 10       | 7          | 2           | 8         | 5       | 6   | 0                         |
| Territoire de santé vosgien                                                | 5        | 2          | 1           | 3         | 1       | 1   | 0                         |
| Région Lorraine                                                            | 25       | 16         | 5           | 17        | 11      | 11  | 1                         |
| IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ADULTE                                        |          |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meusien                                                | 2        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 8        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé mosellan                                               | 10       |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé vosgien                                                | 3        |            |             |           |         |     |                           |
| Région Lorraine                                                            | 23       |            |             |           |         |     |                           |
| IMPLANTATIONS RADIOThERAPIE ADULTE                                         |          |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meusien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 2        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé mosellan                                               | 3        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé vosgien                                                | 1        |            |             |           |         |     |                           |
| Région Lorraine                                                            | 6        |            |             |           |         |     |                           |
| IMPLANTATIONS CURiETHERAPIE                                                |          |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meusien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 1        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé mosellan                                               | 1        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé vosgien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Région Lorraine                                                            | 2        |            |             |           |         |     |                           |
| IMPLANTATIONS Radioéléments en sources non scellées                        |          |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meusien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 1        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé mosellan                                               | 2        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé vosgien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Région Lorraine                                                            | 3        |            |             |           |         |     |                           |
| IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ENFANT                                   |          |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meusien                                                | 0        |            |             |           |         |     |                           |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                                    | 1        |            |             |           |         |     |                           |

|                                                |          |
|------------------------------------------------|----------|
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | <b>0</b> |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | <b>0</b> |
| <b>Région Lorraine</b>                         | <b>1</b> |
| <b>IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ENFANT</b>      |          |
| <b>Territoire de santé meusien</b>             | <b>0</b> |
| <b>Territoire de santé meurthe et mosellan</b> | <b>1</b> |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | <b>0</b> |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | <b>0</b> |
| <b>Région Lorraine</b>                         | <b>1</b> |
| <b>IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ENFANT</b>     |          |
| <b>Territoire de santé meusien</b>             | <b>0</b> |
| <b>Territoire de santé meurthe et mosellan</b> | <b>1</b> |
| <b>Territoire de santé mosellan</b>            | <b>0</b> |
| <b>Territoire de santé vosgien</b>             | <b>0</b> |
| <b>Région Lorraine</b>                         | <b>1</b> |

## Etat des Lieux des autorisations 2011

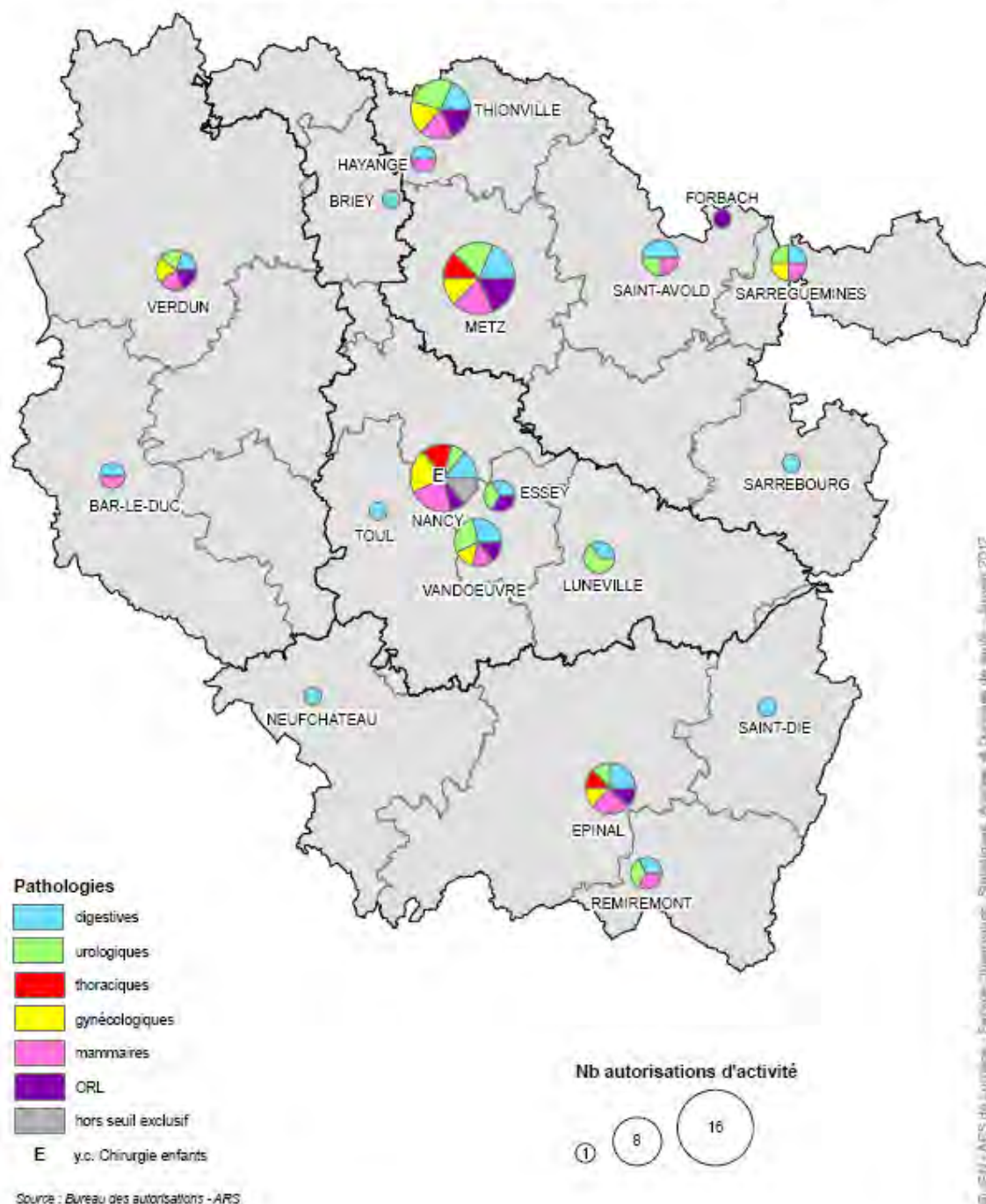


© 2012 APS-Honolulu. Service Observatoire Statistiques. Aspects de santé - Janvier 2012

## Traitement du CANCER :

### Chirurgie des cancers (selon les pathologies)

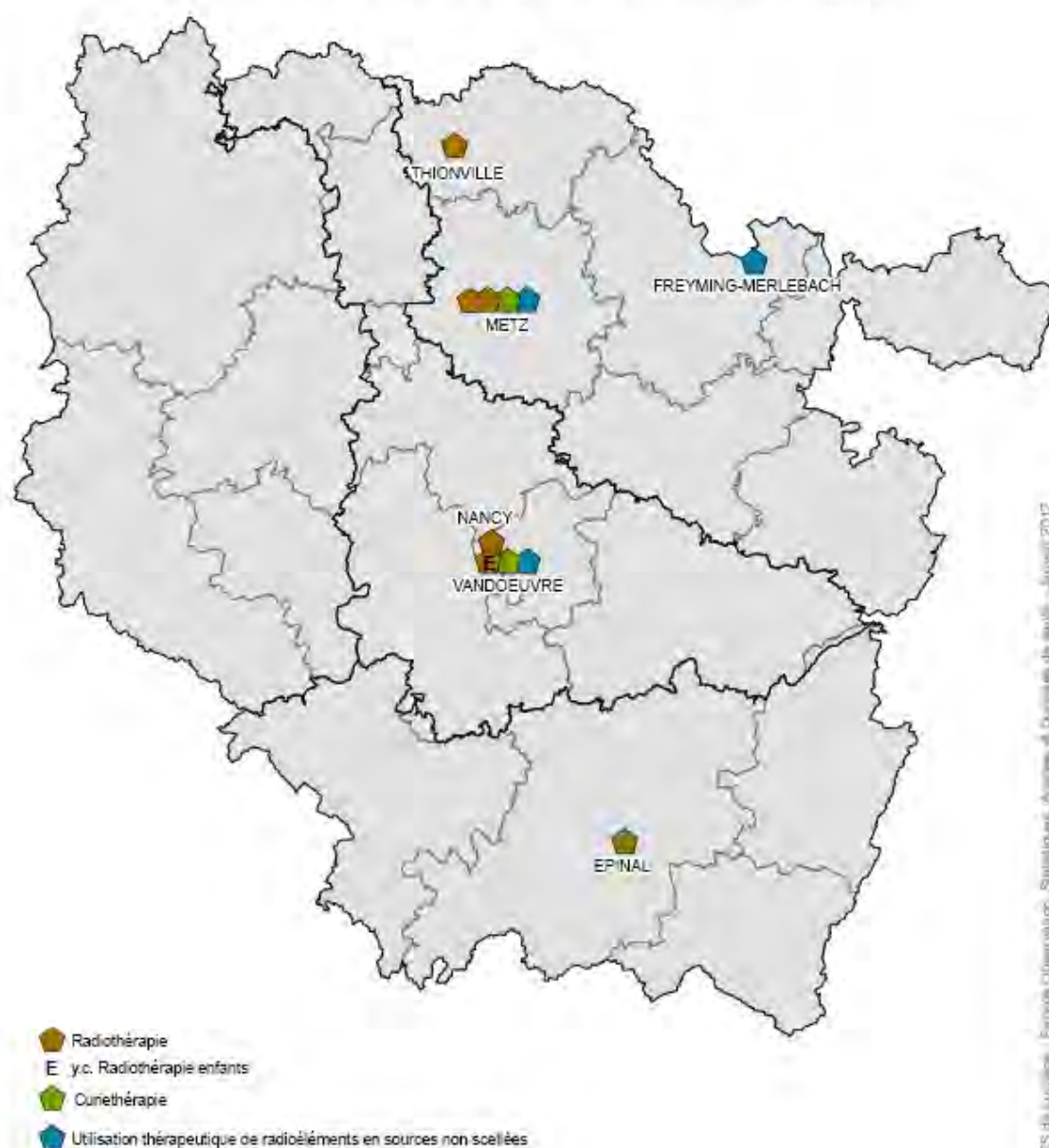
*Etat des Lieux des autorisations en 2011*





## Traitement du CANCER :

### Radiothérapie Curiéthérapie Radioéléments de sources non scellées *Etat des Lieux des autorisations 2011*



Source : Bureau des autorisations - ARS

ARS de Lorraine - Bureau d'Organisation, Statistiques, Analyses et Données de Santé - Août 2012



| Objectifs opérationnels                                                       | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge | 1.2 et 1.6<br>2.2                         |
| Objectif opérationnel<br>Développer la coordination des acteurs               | 3.2 et 5.4 et 10.3<br>11.1 et 11.2        |
| Objectif opérationnel<br>Soutenir la démographie médicale                     | 5.6                                       |

|                                                             |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement du cancer</b> | <b>Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge</b> |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                  | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>  | Favoriser l'accès à un diagnostic précoce, en améliorant le dépistage, en lien avec le SRP, et l'accès aux plateaux d'imagerie                                                                                                                                                                                                                       |
| Mesure n°2<br>  | Promouvoir l'utilisation et l'implémentation des référentiels de bonnes pratiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la démarche de mise en œuvre et d'actualisation de ces référentiels,</li> <li>- Développer des RCP de recours</li> <li>- Améliorer la traçabilité du dispositif d'annonce dans le dossier patient</li> </ul> |
| Mesure n°3<br>  | Poursuivre la réflexion régionale en lien avec Oncolor sur l'optimisation de l'organisation de la chirurgie des cancers et de la chimiothérapie (en particulier primo-prescription) après analyse des besoins.                                                                                                                                       |
| Mesure n°4<br> | Mettre en adéquation les sites autorisés au traitement du cancer avec les visites de conformité en prenant en compte des besoins de la population                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | Sites autorisés, INCA ONCOLOR, H.A.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                         |                                                                                                                    |                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Adéquation entre les besoins et les sites autorisés.<br>3C : audit et analyse des tableaux de bord.<br>RCP : audit | Indicateur n° Nombre de référentiels<br>Développement des RCP de recours<br>Délai de prise en charge |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>         |
| SRP<br>Volets imagerie, soins palliatifs, soins de support du SROS-PRS |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan cancer                                                       |

|                                                             |                                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement du cancer</b> | <b>Développer la coordination des acteurs</b> |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Optimiser la coordination ville-hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser le parcours de soins entre les acteurs et notamment avec les réseaux territoriaux</li> <li>- Mettre en place progressivement les Cellules d'Aide à l'Organisation des Soins de Proximité dans tous les établissements</li> <li>- Assurer la pleine information du médecin traitant afin d'asseoir son rôle de pivot dans la prise en charge et la surveillance du patient.</li> <li>- Identifier des professionnels de la coordination dans les établissements</li> <li>- Tenir compte des recommandations à venir pour le développement de la chimiothérapie en HAD</li> <li>- Généraliser le Plan Personnalisé de Soins.</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Conforter la position du pôle régional de cancérologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En termes de formation, recherche, innovation et recours</li> <li>- En lien avec Oncolor</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mesure n°3<br> | Améliorer la filière d'aval en formant le personnel des SSR à la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mesure n°4<br> | Améliorer la coordination des établissements autorisés au traitement du cancer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les 3C</li> <li>- Améliorer la coopération public/ privé</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | U.R.P.S. Oncolor, PRC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                         |                                                                                                                                                                                                              |               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation des prises en charge des patients atteints de cancer en SSR<br>Mise en place de CAOSP dans quelques établissements<br>Evaluation des 3C<br>PPS au plus tard 12 mois après l'installation des 3C | Indicateur n° |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>                                     |
| SROS-PRS versant ambulatoire<br>Volets HAD, soins palliatifs, soins de support, et SSR du SROS-PRS |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                             |                                         |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Traitement du cancer</b> | <b>Soutenir la démographie médicale</b> |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Recentrer les oncologues sur les traitements spécifiques du cancer :<br>- transfert de tâches vers d'autres professionnels de santé (IDE, professionnels des soins oncologiques de support) pour permettre aux oncologues d'effectuer un nombre croissant de primo-prescriptions, et favoriser la recherche. |
| Mesure n°2<br> | Favoriser l'ouverture de postes d'internat en oncologie et radiothérapie et le maintien en région Lorraine des praticiens formés.                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Université de Lorraine, Ordres professionnels, URPS                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                     |               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation du nombre d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes | Indicateur n° |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|                                                                |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Déclinaison territoriale            |                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | L'ensemble des objectifs et mesures se déclinent au niveau régional |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                     |
| Territoire de la Meuse              |                                                                     |
| Territoire de la Moselle            |                                                                     |
| Territoire des Vosges               |                                                                     |

| OQOS (par FINESS géographique)                |          |            |             |           |         |       |                     |
|-----------------------------------------------|----------|------------|-------------|-----------|---------|-------|---------------------|
| OQOS IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ADULTE |          |            |             |           |         |       |                     |
|                                               | Digestif | Urologique | Thoracique. | Mammaire. | Gynéco. | ORL   | Hors seuil exclusif |
| Territoire de santé meusien                   | 2        | 1          | 0           | 1 à 2     | 1       | 0     | 0                   |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       | 6 à 8    | 4 à 5      | 2           | 4         | 4       | 3     | 1                   |
| Territoire de santé mosellan                  | 8 à 9    | 7          | 1 à 2       | 6 à 7     | 3 à 4   | 4 à 5 | 0                   |
| Territoire de santé vosgien                   | 3 à 5    | 1 à 2      | 1           | 2 à 3     | 1       | 0     | 0                   |
| Région Lorraine                               | 19 à 24  | 13 à 15    | 4 à 5       | 13 à 16   | 9 à 10  | 7 à 8 | 1                   |
| OQOS IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ADULTE      |          |            |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé meusien                   |          | 1 à 2      |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       |          | 5 à 8      |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé mosellan                  |          | 8 à 9      |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé vosgien                   |          | 2 à 3      |             |           |         |       |                     |
| Région Lorraine                               |          | 16 à 22    |             |           |         |       |                     |
| OQOS IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ADULTE       |          |            |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé meusien                   |          | 0          |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé meurthe et mosellan       |          | 2          |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé mosellan                  |          | 2          |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé vosgien                   |          | 1          |             |           |         |       |                     |
| Région Lorraine                               |          | 5          |             |           |         |       |                     |
| OQOS IMPLANTATIONS CURIETHERAPIE              |          |            |             |           |         |       |                     |
| Territoire de santé meusien                   |          | 0          |             |           |         |       |                     |

|                                                                 |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|
| Territoire de santé meurthe et mosellan                         | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                    | 1 |
| Territoire de santé vosgien                                     | 0 |
| Région Lorraine                                                 | 2 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS Radioéléments en sources non scellées</b> |   |
| Territoire de santé meusien                                     | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                         | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                    | 1 |
| Territoire de santé vosgien                                     | 0 |
| Région Lorraine                                                 | 2 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ENFANT</b>            |   |
| Territoire de santé meusien                                     | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                         | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                    | 0 |
| Territoire de santé vosgien                                     | 0 |
| Région Lorraine                                                 | 1 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ENFANT</b>                  |   |
| Territoire de santé meusien                                     | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                         | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                    | 0 |
| Territoire de santé vosgien                                     | 0 |
| Région Lorraine                                                 | 1 |
| <b>OQOS IMPLANTATIONS CHIMIOOTHERAPIE ENFANT</b>                |   |
| Territoire de santé meusien                                     | 0 |
| Territoire de santé meurthe et mosellan                         | 1 |
| Territoire de santé mosellan                                    | 0 |
| Territoire de santé vosgien                                     | 0 |
| Région Lorraine                                                 | 1 |

## Thématiques structurantes de l'offre de soins

### HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

#### Diagnostic régional et territorial

Pour répondre aux orientations nationales et régionales de développement d'HAD polyvalentes et généralistes, les autorisations pour couvrir l'ensemble de la région Lorraine ont été données (18 HAD autorisées).

Une autorisation d'activité d'HAD en psychiatrie avait été donnée au CPN, mais l'établissement a cessé cette activité.

Si le nombre d'HAD installées a nettement augmenté (4 en 2001 à 16 en 2011), la couverture du territoire n'est pas complète. Ce constat est en partie lié à des difficultés de montée en charge d'activités de structures dont certaines ont prévu l'installation d'antennes, à une autorisation non effective sur le Lunévillois et des HAD gardant encore des activités spécifiques (HAD périnatale de Bitche, HAD à orientation soins de suite gériatrique de l'OHS)

La majorité des HAD ayant une activité en périnatalité sont devenues des HAD polyvalentes tout en conservant leur activité spécialisée et en l'orientant vers la prise en charge des grossesses à risque et de post partum pathologiques, le suivi en post partum physiologique de sortie précoce pouvant être assuré par des professionnels libéraux.

La connaissance et le positionnement de l'HAD dans la filière de soins restent à conforter tant auprès des acteurs hospitaliers, médico-sociaux que des professionnels libéraux et de la population. Le nombre d'intervention d'HAD en EHPAD est très faible.

Les faibles densités de professionnels libéraux tant médicaux que paramédicaux sur de nombreux secteurs constituent un frein au développement des interventions des structures d'HAD à distance de leur site d'implantation.

L'état des lieux des implantations d'HAD 2011 peut être consulté dans le volet médecine.

# HOSPITALISATION A DOMICILE

## Localisation des places



- 1 PAYS DE VERDUN
- 2 PAYS COEUR DE LORRAINE
- 3 PAYS DE BRIEY
- 4 TERRITOIRE N°4 - LONGVY
- 5 TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE
- 6 TERRITOIRE N°6 - METZ
- 7 TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER
- 8 PAYS DE SARREUEMINES-BITCHE-SARRALBE
- 9 PAYS DU SAULNOIS
- 10 PAYS DE SARREBOURG
- 11 PAYS BARROIS
- 12 PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE
- 13 PAYS DE L'OUEST VOSGIEN
- 14 PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLE
- 15 PAYS DU VAL DE LORRAINE
- 16 TERRITOIRE N°16 - NANCY
- 17 PAYS LUNÉVILLOIS
- 18 PAYS DES VOSGES CENTRALES
- 19 PAYS DE LA DÉCOUVERTE
- 20 PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES

- HAD POLYVALENTE
- GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
- REEDUCATION FONCTIONNELLE

©IGN - ARS Lorraine - Service Observation et Statistiques - Avril 2011



| Objectifs opérationnels                                                                                              | Lien avec les priorités et objectifs PSRS                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Objectif opérationnel N°1 : Optimiser le maillage territorial pour assurer une couverture de l'ensemble de la région | Priorité 2<br>Objectif 5.2<br>Priorité 4<br>Objectif 10.3       |
| Objectif opérationnel N°2: Améliorer la qualité et la sécurité des soins                                             | Priorité 4<br>Objectif 12.1                                     |
| Objectif opérationnel N°3: Améliorer le recours à l'HAD                                                              | Priorité 3<br>Objectif 8.2<br>Priorité 4<br>Objectif 10.1, 10.2 |
| Objectif opérationnel N°4: Inscrire les HAD dans les filières de soins                                               | Priorité 4<br>Objectifs 11.1, 12.1                              |

|                                  |                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel HAD</b> | <b>Optimiser le maillage territorial pour assurer une couverture de l'ensemble de la région</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Installer des HAD généralistes et polyvalentes sur les territoires non pourvus (territoires de Sarreguemines et Lunéville)<br>Mettre en place les antennes prévues aux autorisations délivrées.                                                     |
| Mesure n°2<br> | Réviser et préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>certaines zones géographiques d'intervention (en particulier sur les territoires de la Meurthe et Moselle et de l'Est-Mosellan)</li> <li>le positionnement de certaines HAD</li> </ul> |
| Mesure n°3<br> | Favoriser l'installation d'antennes en s'appuyant sur des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires pour répondre aux besoins de populations éloignées du siège de l'HAD                                                                        |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé, structures d'HAD<br>Représentants des professionnels de santé libéraux<br>FEMALOR                                                                                                                                          |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultats attendus</b> | <p><u>Mesure 1</u> Couvrir les territoires actuellement non pourvus sur lesquels une implantation est prévue et adosser aux structures existantes des antennes en zones rurales pour organiser une accessibilité à une prise en charge en HAD sur l'ensemble de la Région Lorraine.</p> <p><u>Mesure 2</u> : toutes les autorisations devront indiquer une zone d'intervention précise afin de garantir le maillage territorial</p> <p><u>Mesure 3</u> : Coordination effective des structures d'HAD d'un même territoire (METZ, NANCY) en formalisant les coopérations entre structures d'HAD.</p> <p><u>Mesure 4</u> : installation effective des antennes prévues aux autorisations en zone rurale pour permettre l'accessibilité à une prise en charge en HAD</p> | <p>Indicateur n°1 :<br/>Taux de recours départemental.</p> <p>Indicateur n°2: Nombre de journées/10 000 habitants</p> <p>Indicateur n°3: file active de patient</p> |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
|----------------------------------------------------------------|
| Volet ambulatoire du SROS PRS                                  |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| Objectif opérationnel HAD                                                                        | Améliorer la qualité et la sécurité des soins                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                         | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mesure n°1<br>  | Inscrire au CPOM des établissements MCO et SSR un engagement sur le recours à l'HAD et l'amélioration des conditions de sorties en HAD (anticipation...)<br>Formaliser systématiquement les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de Soins à Domicile (SSIAD) pour améliorer la continuité de la prise en charge.              |
| Mesure n°2<br>  | Développer les outils de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) dans le cadre du programme régional de déploiement de la télémédecine pour faciliter la PEC en HAD notamment en zone rurale et sur les territoires à faible densité de professionnels                                                                                          |
| Mesure n°3<br> | Développer les systèmes d'information partagés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- outil commun de demande d'admission,</li> <li>- dossier patient informatisé permettant l'accès des différents acteurs. Une fiche d'information standardisée doit être rédigée permettant la mutualisation des astreintes des médecins coordonnateurs</li> </ul> |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                    | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                               | GCS Télésanté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <u>Mesure N°1</u> : Formalisation des coopérations entre les HAD et les SSIAD de leurs territoires<br><u>Mesure N°2</u> : mise en œuvre des solutions de télémédecine<br><u>Mesure N°3</u> : mise en place d'un système d'information partagé | Indicateur n°1:<br>- taux de structures ayant une application de télémédecine<br>Indicateur n°2:<br>- taux de conventions entre HAD et SSIAD<br>Indicateur N°3:<br>- taux de ré hospitalisation dans le cadre de la prise en charge en HAD |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## avec Lien les autres thématiques des différents schémas

SROS PRS volet médecine d'urgence et PDSA

## Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

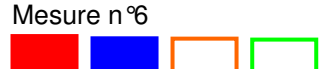
|                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel HAD</b> | <b>Améliorer le recours à l'HAD</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Organiser par département des réunions d'informations auprès des EHPAD compte tenu du faible niveau d'activité d'HAD en EHPAD                                                                               |
| Mesure N°2<br> | Développer un répertoire partagé des structures d'HAD en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources afin de faciliter la connaissance de l'offre en HAD auprès de tous les professionnels de santé |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | GCS Télésanté, Conseils généraux                                                                                                                                                                            |

|                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                        |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <u>Mesure N°1</u> : Augmentation de l'activité globale en HAD avec augmentation de la part d'activité en EHPAD<br><u>Mesure N°2</u> : <u>Création</u> d'un répertoire partagé opérationnel | Indicateur n° 1:<br>Nombre de journées de prise en charge HAD en EHPAD |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROMS                                                          |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

| Objectif opérationnel HAD                                                                         | Inscrire les HAD dans les filières de soins                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan d'actions associées                                                                          | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mesure n°1<br>   | Positionner les structures d'HAD dans la (les) filière(s) gériatrique(s) de leur territoire d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement au CPOM des structures d'HAD de conventionnement avec toutes les EHPAD du territoire d'intervention</li> <li>- Parallèlement engagement de conventionnement des EHPAD avec les HAD dans le cadre de la convention tripartite</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Recentrer les prises en charge en périnatalité sur le suivi des grossesses à risque et des suites de couches pathologiques dès lors qu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge ambulatoire. (cf. circulaire de 2004 et recommandations de l'HAS d'avril 2011).                                                                                                                                       |
| Mesure n°3<br>   | Organiser les interventions en soins palliatifs en HAD en lien avec les réseaux territoriaux et les EMSP (pour les expertises techniques, les questions éthiques, la formation,...)                                                                                                                                                                                                                      |
| Mesure n°4<br> | Développer les prises en charge HAD de patients relevant de SSR notamment pour organiser un relai avec les intervenants libéraux dans les cas de handicap lourd (paraplégie, accidents vasculaires cérébraux, maladies neuro-dégénératives...)                                                                                                                                                           |
| Mesure n°5<br> | Initier le développement au sein d'HAD polyvalente d'activité spécialisée en pédiatrie sur des secteurs à forte densité de population (sillon lorrain) et répondant au cahier des charges de la circulaire de 2004 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une expérimentation sur NANCY avec l' HADAN et METZ HADAM</li> </ul>                                                       |
| Mesure n°6<br> | Tenir compte des recommandations à venir (HAS / INCA) pour le développement de la chimiothérapie en HAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Réseaux Régionaux (ONCOLOR, PERINAT...) et réseaux territoriaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | <u>Mesure N°1</u> : participation de toutes les HAD à la filière gériatrique de leur territoire-<br><br><u>Mesure N°2</u> : Diminution du nombre de prise en charge en post partum physiologique | Indicateur n° 1 :<br>- taux de conventions entre structures d'HAD et EHPAD<br><br>Indicateur N°2 :<br>- taux d'évolution du |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><u>Mesure N°3</u> : formalisation de liens avec les réseaux</p> <p><u>Mesure N°4</u> : faciliter le retour à domicile tout en assurant la continuité de la prise en charge SSR en post séjour hospitalier HC</p> <p><u>Mesure N°5</u> : Développement d'activité spécialisée pédiatrique en HAD sur 1 ou 2 HAD. Privilégier la prise en charge des enfants au domicile, raccourcir les séjours hospitaliers infantiles.</p> <p><u>Mesure N°6</u> : développement de la prise en charge en HAD des chimiothérapies au domicile.</p> | <p>nombre de prise en charge spécialisées au sein des HAD, périnatalité, pédiatrie, SSR.</p> <p>Indicateur N°3:<br/>- taux de chimiothérapie réalisée au domicile par les HAD</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROMS  
SROS PRS volets Périnatalité, Soins Palliatifs, Cancérologie, Soins de suite et réadaptation  
Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent »,

#### Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre effective d'une HAD polyvalente sur le Lunévillois</li> <li>Revoir positionnement de l'HAD de l'OHS</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de l'antenne de SAINT MIHIEL.</li> <li>Au total : 2 antennes chacune rattachée à une HAD</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre effective d'une HAD polyvalente sur le territoire de Sarreguemines</li> <li>Accompagner le devenir de l'HAD de Gorze (faible activité, proximité de l'agglomération messine, coordination médicale déjà assurée par l'HAD de l'agglomération de Metz, HADAM)</li> <li>Au total : 3 antennes chacune rattachée à une HAD</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise des places des antennes d'HAD (Vittel, Saint-Dié et Remiremont)</li> <li>2 antennes rattachées à l'HAD de Gérardmer et 1 antenne rattachée à l'HAD de l'ouest vosgien (HADOV)</li> </ul>                                                                                                                                                    |

Les OQOS HAD seront détaillés dans le volet médecine.



**TRANSFUSION SANGUINE****Diagnostic régional et territorial****Contexte**

- Selon les recommandations DGOS DGS EFS de janvier 2011 : « regrouper sur les lieux de délivrance des PSL, les activités d'immun hématologie transfusionnelle et de délivrance des PSL »
- Sans service d'accueil des urgences ou maternité ou chirurgie hautement hémorragique, pas de dépôt dans l'établissement de santé.
- En 2010, 20 000 patients transfusés en Lorraine pour 100 000 produits sanguins labiles (PSL) soit 5 PSL transfusés par patients
- 54 Etablissements de Santé transfuseurs
- la délivrance de PSL est réalisée à 75% par les 4 sites transfusionnels et les 25% restants par les 25 dépôts de sang.

**Points forts**

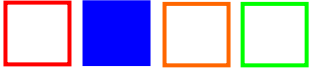
- Tous les dépôts devant informatisés le sont
- Le taux de traçabilité des TSL est à 99,91 % (au-dessus du taux national)
- Toutes les maternités en Lorraine ont la possibilité d'avoir un PSL dans les 30 minutes.
- la sécurité de prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et aux groupes sanguins rares est organisée cependant la généralisation reste à conforter.

**Pistes de progrès**

- 4 sites transfusionnels EFS (dont 3 avec réalisation de l'IHR) qui réalisent 75% de la délivrance de PSL : nécessité de réaliser l'IHR par les 4 sites EFS.
- 1 site transfusionnel EFS supplémentaire en Moselle-Est réalisant l'IHR pour sécuriser l'ensemble des dépôts.
- Limiter le nombre dépôts de délivrance pour ne pas multiplier les stocks de PSL en dehors des sites transfusionnels (source de destruction importante)
- Une disparité entre établissements est notée dans l'indication des examens d'IHR
- **une organisation de la transfusion sanguine à conforter en lien avec:**
  - les restructurations de l'offre sanitaire
  - les regroupements de laboratoires suite à l'ordonnance de la biologie médicale
  - le déménagement d'un site de l'EFS à Nancy (de la rue Lionnois au boulevard Lobau)

| Objectifs opérationnels                                                                                                                                  | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Améliorer la qualité et la sécurité des délivrances des PSL en Lorraine                                                         | OS 12.1 et 12.5                           |
| Objectif opérationnel<br>Prendre en compte les restructurations de l'offre sanitaire et l'organisation de la délivrance dans les implantations de dépôts | OS 12.3                                   |
| Objectif opérationnel<br>Sécuriser la prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et/ou groupes sanguins rares                          | OS 11.2, 12.1 et 12.5                     |

|                                                      |                                                                                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Transfusion sanguine | <b>Améliorer la qualité et la sécurité des délivrances des PSL en Lorraine</b> |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Privilégier la délivrance des PSL par les sites transfusionnels<br>- en limitant le nombre de dépôts de délivrance dans les établissements de santé                                                                                                               |
| Mesure n°2<br> | Regrouper sur les sites de délivrance de PSL les activités de l'immuno-hématologie clinique (groupe sanguin...)                                                                                                                                                   |
| Mesure n°3<br> | S'assurer de la pertinence des prescriptions d'IHC<br>- en informatisant les prescriptions permettant d'avoir un suivi du nombre d'IHC prescrit annuellement en regard du nombre de transfusion.<br>- en sensibilisant les prescripteurs et établissements ciblés |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | EFS, Assurance Maladie                                                                                                                                                                                                                                            |

|                         |                                             |                                                                                |
|-------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Organiser la délivrance des PSL en lorraine | Indicateur n°<br>Ne pas dépasser le plafond 9 dépôts de délivrance en lorraine |
|-------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS – Volet biologie                                          |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                      |                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Transfusion sanguine | <b>Prendre en compte les restructurations de l'offre sanitaire et l'organisation de la délivrance dans les implantations de dépôts</b> |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Adapter les implantations de dépôt à l'évolution de l'offre sanitaire et de l'organisation de la délivrance : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un dépôt d'urgence à la maternité régionale de Nancy</li> <li>• Evolution du dépôt de délivrance de Mont St Martin en dépôt d'urgence</li> <li>• Maintien du site EFS d'Epinal avec réalisation des IHR</li> <li>• Création d'un site de délivrance couplé à la réalisation des IHR en Moselle-est</li> </ul> |
| Mesure n°2<br> | Conforter et sécuriser la délivrance des PSL sur le nouveau site de l'EFS Lobau                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | EFS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                           |                                                                                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Organisation de l'implantation des dépôts | Indicateur n°<br><b>Mise en œuvre des 3 mesures (Maternité régionale, Mt St Martin et EFS Epinal)</b> |
|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS – Volet biologie                                          |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|                                                                   |

|                                                      |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br>Transfusion sanguine | <b>Sécuriser la prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et/ou groupes sanguins rares</b> |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Plan d'actions associées                                                                        | Libellé                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Adresser à l'EFSLC, toutes les RAI positives des parturientes (pendant toute la durée de la grossesse) pour identification et titrage des anticorps. |
| Mesure n°2<br> | Adresser à l'EFSLC toutes les RAI du 8 <sup>ème</sup> mois de grossesse.                                                                             |
| Mesure n°3<br> | Orienter à la maternité régionale, dans la mesure du possible, ces femmes enceintes pour l'accouchement                                              |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                         |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | EFSLC, maternités                                                                                                                                    |

|                         |                                                                               |               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Augmentation des RAI effectuées par EFS au 8 <sup>ème</sup> mois de grossesse | Indicateur n° |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|

| Lien avec les autres thématiques des différents schémas |
|---------------------------------------------------------|
| SROS PRS – volet Périnatalité                           |

| Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux) |
|------------------------------------------------------------|
|                                                            |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.                                                                           |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | Création d'un dépôt d'urgence à la maternité régionale de Nancy<br>Evolution du dépôt de délivrance de Mont St Martin en dépôt d'urgence |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                                                          |
| Territoire de la Moselle            | Création d'un site EFS de délivrance avec réalisation des IHR en Moselle-est                                                             |
| Territoire des Vosges               | Maintien du site EFS d'Épinal avec réalisation des IHR                                                                                   |

## Qualité de prise en charge

### DOULEUR

#### Diagnostic régional et territorial

CSP art. L11105- 5 : la douleur doit être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

La douleur est présente à tous les niveaux du parcours de soins des patients : au niveau du diagnostic, de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, des traitements thérapeutiques et des soins palliatifs, en milieu hospitalier, institutionnel et au domicile. Elle concerne tous les patients enfants adultes personnes âgées ou personnes ayant un handicap. Tous les établissements de santé de la région ont créé un CLUD ou signé une convention avec un CLUD existant mais les réflexions du comité doivent être relayées dans les différents services.

La douleur post-opératoire semble un frein au développement de la chirurgie ambulatoire.

Structures de prise en charge de la douleur chronique :

- 4 unités : CHU Nancy (neurologie, migraines et céphalées), CHU (pédiatrie), CAV (oncologie) et HPMetz (orthopédie)
- 8 consultations : CHR (Metz et Thionville), Hospitalor à Forbach, CH Robert Pax à Sarreguemines, CH Verdun, Polyclinique Gentilly-Nancy, CH Epinal et CH Saint-Dié

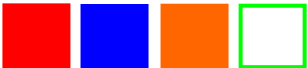
L'instruction du 19 mai 2011 vise à simplifier et graduer l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique. Le dispositif actuel est composé de 4 unités et 8 consultations. Les nouvelles dispositions proposent :

- En premier recours des consultations pour des besoins de proximité : 1 en 54, 1 en 55, 2 en 88 et 4 en 57
- En second niveau des centres pour une prise en charge pluridisciplinaire : avec accès à un plateau technique, des lits d'hospitalisation, un appui pour les cas complexes, une participation aux recherches cliniques, à l'enseignement et au recueil de données épidémiologiques. – 54 3 centres : en oncologie (CAV), en pédiatrie (CHU Brabois) et au CHU de Nancy (consultation migraine et céphalées) et 57: 1 centre à HPMetz (orthopédie).

Les soignants investis dans la prise en charge de la douleur chronique ont besoin d'être soutenus : ils évoquent les problèmes de pérennité de leurs structures liés aux difficultés de recrutement et aux moyens mis à leur disposition. Délais de rendez-vous à diminuer sans altérer la qualité de la prise en charge.

| Objectifs opérationnels                                                                                                                          | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Refuser la douleur comme une fatalité                                                                                   | 12.1 et 10.2<br>3.1 et 5.4                |
| Objectif opérationnel<br>Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique et identifier leurs compétences spécifiques | 10.3<br>12.1 et 12.3                      |

|                                                |                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Douleur</b> | <b>Refuser la douleur comme une fatalité</b> |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                   | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br>   | Continuer à sensibiliser à la prise en charge de la douleur les professionnels de santé, du secteur hospitalier, du médico-social et du domicile, après des actes thérapeutiques ou chirurgicaux, notamment aux urgences et pour la sortie de chirurgie ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la formation à la prise en charge de la douleur, lors des formations initiales des professionnels de santé (médicaux ou non médicaux)</li> <li>- Développer cette prise en charge dans les formations continues</li> </ul> |
| Mesure n°2<br>   | Réaffirmer le rôle du CLUD en matière de prise en charge de la douleur aiguë : <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifier ses membres qui sont l'interface avec leur service d'appartenance</li> <li>- identifier des personnes ressources "douleur" au niveau des services</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°3<br> | Accorder une vigilance particulière aux personnes vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les personnes présentant un handicap ou un trouble psychique, les personnes en état végétatif)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                     | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partenaires</b>                                                                                | Etablissements de santé et médico-sociaux – Professionnels de santé – Médecins du Travail et médecins conseils assurance maladie<br>Université de Lorraine – Instituts de formation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                         |                                                                                           |                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Amélioration de la prise en compte de la douleur aux urgences ou en chirurgie ambulatoire | <b>Indicateur n°</b><br>Augmentation du nombre de personnes formées |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>    |
| SROS – PRS : tous les volets thématiques et transversaux<br>SROMS |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan anti-douleur 2006-2010                                       |

|                                          |                                                                                                                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel<br/>Douleur</b> | <b>Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique et identifier leurs compétences spécifiques</b> |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Labelliser les structures de prise en charge conformément au cahier des charges après évaluation des structures existantes<br>- Identifier leurs compétences spécifiques : prises en charge médicamenteuses, non-médicamenteuses, physiques ou psycho-corporelles |
| Mesure n°2<br> | Réaliser un annuaire régional des structures, de leurs modalités spécifiques de fonctionnement et de leurs spécificités                                                                                                                                           |
| Mesure n°3<br> | Communiquer avec les ordres des professionnels de santé sur le rôle des structures de prise en charge de la douleur chronique                                                                                                                                     |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé et médico-sociaux<br>Professionnels de santé – Ordres des professionnels de santé                                                                                                                                                         |

|                         |                                                                        |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Améliorer la lisibilité de l'offre de la prise en charge de la douleur | <b>Indicateur n°</b><br>Annuaire régional des structures d'études et de traitement de la douleur chronique<br>Diminuer les délais de rendez vous pour une consultation douleur chronique |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b> |
| SROS ambulatoire                                               |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
| Plan anti-douleur 2006-2010                                       |



| Déclinaison territoriale            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional</li> </ul>                                                                                                                                           |
| Territoire de la Meurthe et Moselle | <ul style="list-style-type: none"> <li>3 centres d'étude et de traitement de la douleur chronique : pédiatrie (CHU hôpital enfants), oncologie (CAV), migraine et céphalées (CHU Nancy)</li> <li>1 consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique à Nancy</li> </ul>            |
| Territoire de la Meuse              | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique au CH de Verdun</li> </ul>                                                                                                                                                              |
| Territoire de la Moselle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 centre d'étude et de traitement de la douleur chronique : orthopédie (Hôpitaux Privés Metz)</li> <li>4 consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique : CHR (Metz et Thionville), CH Sarreguemines et Hospitalor à Forbach</li> </ul> |
| Territoire des Vosges               | <ul style="list-style-type: none"> <li>2 consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique au CH d'Epinal et au CH de Saint-Dié</li> </ul>                                                                                                                                        |

## LES SOINS DE SUPPORT

### Diagnostic régional et territorial

La mesure 42 du Plan Cancer prévoit le développement des soins de support : soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long de leur maladie.

Les soins de support répondent aux besoins des patients et de leur entourage pour prendre en compte principalement : la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels et digestifs, la prise en charge psychologique, l'accompagnement social, la réadaptation fonctionnelle et les soins palliatifs.

Dans le cadre des visites de conformité liées aux autorisations de traitement du cancer, il convenait de s'assurer de l'effectivité d'une organisation (sur site ou par convention avec un autre établissement) assurant aux patients l'accès à des soins de support, conformément aux dispositions du décret n° 2007-388 du 21 mars 2007.

Les 32 sites ayant une activité de traitement du cancer recensés dans la région proposent des soins de support à leurs patients.

| Objectifs opérationnels                                                                                       | Lien avec les priorités et objectifs PSRS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectif opérationnel<br>Assurer la meilleure qualité de vie à toute personne atteinte de maladies chroniques | 11.1 et 11.2 et 11.3<br>2.2               |

|                                                         |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objectif opérationnel</b><br><b>Soins de support</b> | <b>Assurer la meilleure qualité de vie à toute personne atteinte de maladies chroniques</b> |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Plan d'actions associées</b>                                                                 | <b>Libellé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesure n°1<br> | Proposer des soins de support pour accompagner le patient dès l'annonce du diagnostic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mesure n°2<br> | Coordonner autour du patient la prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle tout au long de son parcours de soin.<br>Assurer la continuité des soins en associant les médecins traitants et tous les professionnels intervenant auprès des patients à domicile (libéraux, pharmaciens, HAD, autres professionnels du domicile...)<br>Mettre en place des cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité (permanence téléphonique) |
| Mesure n°3<br> | Etendre cette prise en charge à d'autres maladies chroniques grâce notamment à la collaboration entre réseaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Pilotage de l'objectif</b>                                                                   | ARS Lorraine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partenaires</b>                                                                              | Etablissements de santé<br>Professionnels de santé libéraux<br>Réseaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                         |                                                                                       |                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat attendu</b> | Permettre une prise en charge globale de tout patient porteur d'une maladie chronique | Indicateur n° Nb de consultations d'annonce/nb de patients présentant une pathologie cancéreuse |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</b>        |
|-----------------------------------------------------------------------|
| SROS Hospitalier volets HAD, traitement du cancer<br>SROS ambulatoire |

| <b>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</b> |
|-------------------------------------------------------------------|
| Plan cancer 2009-2013                                             |

| Déclinaison territoriale            |                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Région lorraine                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'objectif et les mesures se déclinent au niveau régional</li> </ul> |
| Territoire de la Meurthe et Moselle |                                                                                                             |
| Territoire de la Meuse              |                                                                                                             |
| Territoire de la Moselle            |                                                                                                             |
| Territoire des Vosges               |                                                                                                             |

## II.5. ANNEXES

### II.5.a. Annexes relatives aux thématiques transversales

#### SOMMAIRE

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Addictologie .....                                                           | 2   |
| Accident Vasculaire Cérébral (AVC) .....                                     | 51  |
| Chirurgie dentaire .....                                                     | 58  |
| Prise en charge des Enfants/Adolescents .....                                | 65  |
| Maladies chroniques .....                                                    | 114 |
| Prise en charge des Personnes âgées/Personnes en situation de handicap ..... | 117 |
| Psychiatrie et santé mentale .....                                           | 155 |

## Addictologie

### Diagnostic détaillé

#### I. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

Les réflexions sur le schéma régional transversal de lutte contre les addictions ont été conduites à partir de trois éléments :

- la constitution de groupes de travail impliquant les professionnels de santé ainsi que les partenaires institutionnels impliqués dans la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques incluant le champ du sanitaire, du médico-social, du social, de l'ambulatoire (médecine de ville)
- des rencontres bilatérales avec des acteurs fondamentaux (expert de la discipline, réseaux...)
- des visites de structures pour conforter le rôle et la place des acteurs dans les trajectoires de prise en charge

Ainsi 10 réunions rassemblant plusieurs groupes de travail ont eu lieu entre le 21 février 2011 et le 8 juin 2011, la réunion de restitution a eu lieu le 17 juin matin. 2 réunions ont été consacrées à la prévention, 3 à la filière de prise en charge et 4 sur des approches par population (mère enfant, personnes en situation de précarité, adolescents et détenus/personnes sous main de justice). Des rencontres bilatérales avec certains acteurs du champ de l'addictologie ont eu lieu afin d'approfondir et de compléter les réflexions.

Les personnes conviées à participer aux groupes de travail sont mentionnées dans le tableau 1 ci-dessous ; les groupes se sont par la suite enrichis de toutes les personnes qui ont souhaité participer, et d'experts conviés pour des réunions spécifiques.

- **Au titre des représentants institutionnels :**
  - ARS de Lorraine : chefs de projet SROS en fonction des thèmes abordés
  - les Préfets, ou leur représentant chef de projet MILDT
  - la Directrice Régionale de la Jeunesse et des Sports, ou son représentant
  - Le Directeur Régional du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, ou son représentant - Service santé:
    - le Recteur de l'Académie, ou son représentant
    - le Directeur Régional de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou son représentant
    - les Présidents du Conseillers Généraux, ou leur représentant
    - Mme le Directeur du Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Nancy, ou son représentant
    - Mme le Directeur du Services Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Metz, ou son représentant
    - le Directeur interrégional des services pénitentiaires ou son représentant
    - le Procureur de Nancy, ou son représentant
    - le Procureur de Metz, ou son représentant
- **Au titre des représentants des professionnels du champ de l'addictologie :**
  - 1 représentant gestionnaire ms secteur public
  - 1 représentant gestionnaire ms secteur Privé
  - 1 représentant SSR addicto
  - 1 représentant de la FNARS
  - le Président de l'Union Régionale des Professionnels de santé, ou son représentant (médecins, pharmaciens), infirmiers
  - le Président de l'Instance Régionale d'Education et de promotion de la Santé de Lorraine, ou son représentant

- **Au titre des représentants des usagers :**
  - 2 représentants des associations désignées par le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
  - la croix bleue
- **Au titre des personnalités qualifiées du champ de l'addictologie :**
  - Monsieur le Professeur Paille, Hôpital Villemain
  - Monsieur le Professeur Kahn, CHU de Nancy
  - Monsieur le Professeur Martinet, CHU de Nancy
  - Monsieur le Professeur Schwan, CHU de Nancy
  - Madame le Docteur Guirlet, CH de St-Mihiel
  - Madame le Docteur Dietsch, CH d'Epinal
  - 1 représentant du réseau AMELUCTA
  - ANITEA
  - ANPAA

Le PRS est l'outil de planification et de régulation régionale de l'offre de soins instauré par la loi HPST. **Le plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** première composante du PRS, fixe des priorités régionales, déclinées en objectifs qui vont structurer la planification de l'offre de soins au sein des 3 schémas suivants : **le Schéma régional de prévention, le Schéma régional de l'organisation médico-sociale et le schéma régional de l'offre de soins (SROS-PRS) qui constituent la 2<sup>e</sup> composante du PRS.** La thématique addictologie est traitée en transversal, couvrant l'ensemble des 3 champs.

Les enjeux du SROMS :

- réduction des inégalités territoriales (proximité++), rééquilibrage en filières de prise en charge.
- accessibilité aux populations socialement défavorisées (impact de la situation sociale sur l'accès aux prises en charge).
- **définition d'une politique réellement régionale.**
- **approche transversale pour les addictions.**
- améliorer l'efficacité de l'offre existante en conciliant dynamique impulsée par les plans nationaux et la stabilisation de l'ONDAM médico-social.
- nécessité d'une réflexion commune avec l'ensemble des autres acteurs.

## II. CONTEXTE

**1) Le plan de prise en charge et de prévention des addictions ( 2007-2011)** : (financement total de 5 Millions d'euros )

### - **Priorité 1 : Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé**

→ **Objectif 1** : Améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements

- Mesure 1 : mettre en place des consultations spécialisées et des équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgences
- Mesure 2 : identifier au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants, organisé dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé
- Mesure 3 : créer un pôle d'addictologie dans chaque CHU

→ **Objectif 2** : Valoriser la prise en charge sanitaire des addictions.

**- Priorité 2 : Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux**

→ Objectif 3 : Créer des structures pouvant offrir des soins et un accompagnement à tous les patients souffrant d'addiction, quelle que soit cette addiction.

- Mesure 6 : rapprocher les dispositifs spécialisés en créant des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- Mesure 7 : augmenter les capacités d'accueil et notamment avec hébergement

→ Objectif 4 : Poursuivre la politique de réduction des risques

**- Priorité 3 : Articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social**

→ Objectif 5 : Mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge des addictions.

- Mesure 11 : organiser les réseaux en addictologie : augmenter le nombre de réseaux de manière à disposer d'un réseau de proximité en addictologie pour 200 000 habitants, organisé dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé

→ Objectif 6 : Coordonner le parcours de soins du patient consommateur.

→ Objectif 7 : Développer une meilleure articulation justice- santé

**- Priorité 4 : développer la prévention**

→ Objectif 8 : favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinés à modifier les comportements.

→ Objectif 9 : renforcer l'éducation à la santé en matière d'addictions.

→ Objectif 10 : Renforcer le rôle des associations.

**- Priorité 5 : Renforcer la formation des professionnels en addictologie**

→ Objectif 11 : Mettre en place une filière pérenne d'enseignement en addictologie

→ Objectif 12 : Intégrer l'addictologie à la formation continue.

**- Priorité 6 : Coordonner davantage la recherche en addictologie**

→ Objectif 13 : renforcer la recherche clinique.

→ Objectif 14 : mieux coordonner la recherche fondamentale.



**2) La circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie :**

- Le dispositif médico-social : doit évoluer avec la mise en place des CSAPA qui fusionnera le cadre juridique des CCAA et des CSST.

- la filière hospitalière sera mise en place selon 3 niveaux
- les structures addictologiques devront s'articuler avec l'ensemble des partenaires

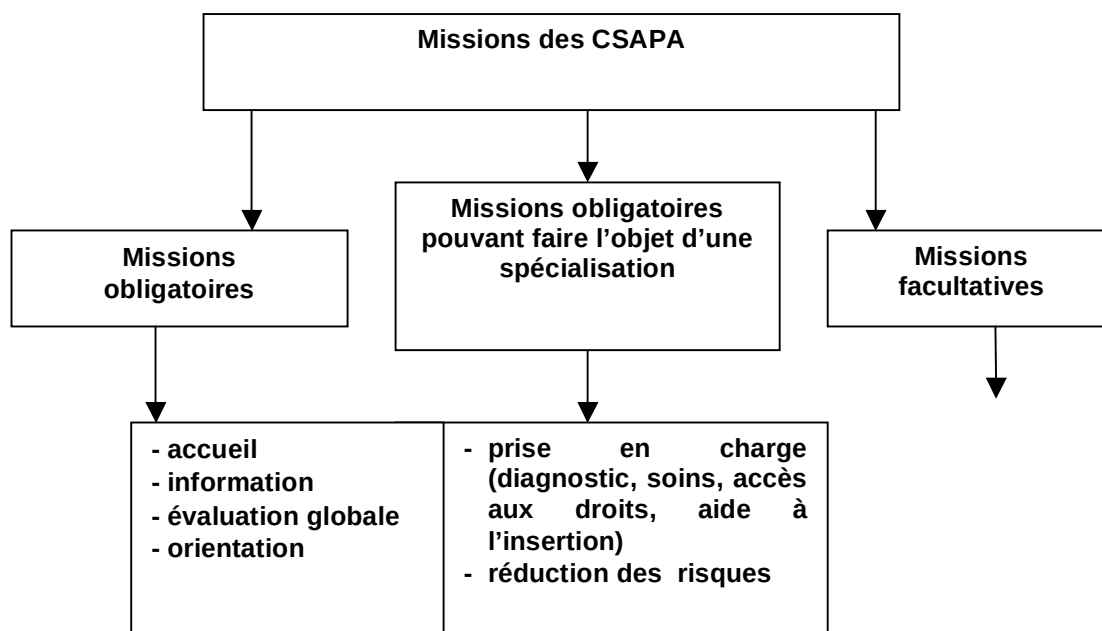
- Sur le versant ambulatoire, l'implication des médecins généralistes dans le repérage précoce et l'intervention brève est réaffirmée.

**3) La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.**

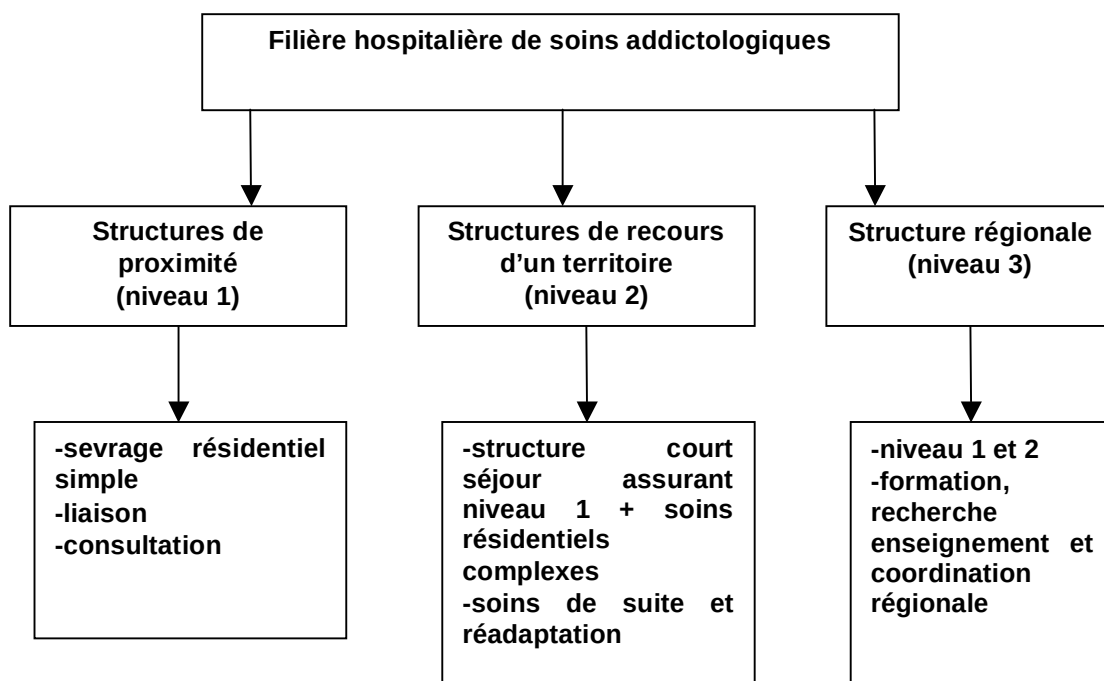
Les CSAPA remplacent les centres de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Pour tenir compte de l'organisation du dispositif jusque là structuré entre alcool d'un côté et drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation.

En tant qu'établissements médico-sociaux les CSAPA se caractérisent par : leur proximité, leur pluridisciplinarité et leur accompagnement dans la durée.

Evolution du cadre des consultations jeunes consommateurs : Ces consultations auront désormais vocation à être rattachées formellement aux CSAPA pour celles adossées jusque là à une structure médico-sociale et aux consultations hospitalières d'addictologie pour celles adossées à un centre hospitalier.



4) La circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.



5) Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

**3 orientations essentielles :**

- **Prévenir les premières consommations et les usages des produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en ciblant les jeunes, mais aussi leurs parents et les adultes qui les entourent.**
- **Conduire une action résolue pour que l'offre de produits diminue de manière significative.**
- **Diversifier davantage la prise en charge sanitaire des usagers de drogues et d'alcool,**
  - en ciblant particulièrement les populations les plus exposées et les plus vulnérables.
  - en formant l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des addictions.
  - en renforçant les capacités d'hébergement.
  - en augmentant le nombre de jeunes accueillis dans les consultations jeunes consommateurs.
  - par une meilleure prévention et prise en charge de l'usage d'alcool et de drogues chez la femme enceinte
- 3 orientations renforcées par :
  - un développement de la recherche fondamentale et clinique.
  - un développement de la coopération internationale.
  - la mise en place d'un outil d'évaluation de l'efficacité des mesures du plan.

## **6) Le volet addictologie (avenant au SROS III/ mars 2008)**

### **→ Constats :**

- défaut de repérage précoce et de prise en compte des conduites à risque ou d'abus multiples.
  - méconnaissance des facteurs de vulnérabilité et des formes nouvelles de consommation
- ⇒ **d'où un diagnostic fait tardivement**
- carence de professionnels formés en addictologie
  - dispositif spécialisé : cloisonné, centré sur l'approche par produit, essentiellement tourné vers les soins aux plus dépendants, manquant d'organisation et de moyens, de répartition et d'accessibilité inégale.
  - Dispositif hospitalier :
    - ⇒ une prise en charge souvent limitée aux complications par défaut de repérage (urgences, maternité) et d'orientation adaptée
    - ⇒ une mobilisation insuffisante des établissements de santé (manque de consultations et de lits de sevrage)
      - ⇒ une activité addictologique difficilement identifiable et peu valorisée
      - ⇒ le rôle des services de psychiatrie mal défini
    - ⇒ des difficultés dans l'accompagnement sur le long terme
- ⇒ **globalement carences portant sur l'articulation et la connaissance réciproque des différents acteurs.**

### **→ Objectifs généraux et opérationnels :**

- ⇒ repérage précoce des conduites addictives et des comportements à risque
- ⇒ définir des acteurs, des lieux et des situations privilégiés de repérage social et médical
- ⇒ évaluer l'importance des contextes et des situations favorisant la consommation
- ⇒ définir des populations cibles à toucher en priorité
- ⇒ nécessité d'une compétence addictologique pour tous les acteurs
- ⇒ réaffirmer le rôle du médecin généraliste
- ⇒ définir la place des établissements de santé

## **III - DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)**

### **1) Diagnostic épidémiologique en Lorraine.**

#### **a) alcool**

#### **→ Décès liés à la consommation d'alcool :**

- sur la période 2005-2007, en se basant sur les estimations habituelles de décès attribuables à l'alcool, on dénombre 1398 décès/ an dont 1167 pour les hommes, et 221 pour les femmes; cela représente 7% des décès toutes causes confondues. En prenant en compte le cumul des 3 pathologies pour lesquelles l'alcool est le principal facteur de risque (tumeurs des voies aéro-digestives supérieures, cirrhoses, troubles mentaux et du comportement dus à l'alcool), on enregistre 799 décès en Lorraine par an sur la période 2005-2007, dont 622 hommes et 177 femmes, tous âges confondus.

**Le taux comparatif de mortalité lorrain ( 30 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (28/100 000), du fait du taux de mortalité masculine (52/100 000 contre 49 en France métropolitaine)**

- les territoires les plus touchés sont la Meuse du Nord, le pays de Sarreguemines- Bitché-Sarralbe et le pays d'Epinal.

→ Comportements de consommation :

- la consommation régulière et moyenne d'alcool des Lorrains est proche de celle de l'ensemble des Français; elle est en baisse continue, y compris chez les jeunes;  
- le constat s'inverse pour les comportements d'ivresse chez les jeunes, notamment les pratiques de « binge drinking » : 28% des garçons de 17ans et 16% des filles du même âge en Lorraine déclarent des ivresses répétées (au moins 3 fois dans le mois) source ESCAPAD 2008. **Ce sont donc les comportements d'alcoolisation aigue, (plus particulièrement lors de rassemblements festifs), qui doivent retenir l'attention chez les jeunes.**

les taux d'hospitalisation pour intoxication aigue par l'alcool des jeunes de 15 à 24 ans varient de façon importante selon les départements: ce sont la Meuse et les Vosges qui sont les départements les plus touchés.

#### b) tabac

→ Décès liés au tabac :

- en prenant en compte le cumul des décès pour les trois pathologies pour lesquelles le tabac est considéré comme le principal facteur de risque (tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et cardiopathies ischémiques), le nombre de décès imputables au tabac serait de 3 188 décès par an en Lorraine dont 2 126 hommes et 1062 femmes. **Au regard de ce regroupement de pathologies, la Lorraine accuse une surmortalité de 18 % chez les hommes par rapport à la France métropolitaine** (taux comparatif de 208 pour 100 000 en Lorraine contre 176 en France) **et de 17 % pour les femmes** (taux comparatif de 68 pour 100 000 en Lorraine et 58 en France). Ce qui place la Lorraine en deuxième position des régions françaises derrière le Nord Pas-de-Calais.

Onze TSP sur vingt présentent un taux de mortalité pour ces trois pathologies significativement plus importants que le taux moyen national chez les hommes : Longwy (272), Bassin de Briey (259), Pays Barrois (234), Saulnois (228), Bassin houiller (226), Metz (218), Terres de Lorraine (214), Thionville (212), Val de Lorraine (212), Sarreguemines (210), Lunévillois (210).

Chez les femmes, la mortalité pour ces causes est trois fois moins importante que chez les hommes. Ce sont les mêmes territoires qui sont les plus concernés.

→ Comportements de consommation :

D'après le Baromètre santé 2005, la consommation quotidienne de tabac avait diminué par rapport à 2001 (30,7% à 29,1% de la population lorraine de 15 à 75 ans) contre 26,1% en population française en 2005. la Lorraine était placée au 2<sup>e</sup> rang des régions derrière la Haute-Normandie (29,3%).

→ Consommations des jeunes en Lorraine :

Avant 14 ans les consommations régulières restent rares, mais **l'expérimentation concernait toutefois 30,5% des jeunes de 13 ans en 2002.**

En Lorraine, 29% des jeunes de 17 ans déclarent un usage quotidien de tabac (29% des garçons et 28% des filles), ce qui est comparable à la moyenne nationale (étude ESCAPAD 2008). En 2005, la prévalence était de 33%, on enregistre donc une baisse superposable à la tendance nationale.

### c) drogues illicites

→ **La mortalité par surdose est en baisse importante** depuis l'introduction des traitements de substitution; (NB : ce n'est pas le meilleur indicateur pour connaître l'impact sanitaire de la consommation de drogues).

→ **Comportements de consommation :**

- **cannabis: 1ère drogue illicite consommée en Lorraine** comme dans les autres régions. Bien qu'en diminution, **cette consommation reste importante**, en particulier chez les jeunes de 18-24 ans: 26% des garçons et 12% des filles déclarent avoir consommé dans l'année; la Meurthe-et-Moselle, et notamment Nancy et le secteur de Pont-à-Mousson, se distinguent par une prévalence plus élevée.

- autres drogues: **pour les autres drogues illicites, les prévalences concernent environ 1% de la population de 18 à 39 ans**; certains sous-groupes présentent une consommation plus élevée: jeunes fréquentant les espaces festifs (amphétamine, cocaïne) ;

- L'ensemble de la Lorraine enregistre un des taux les plus importants de France pour les interpellations pour usage de drogues illicites; la Moselle est en tête pour les interpellations liées à l'usage de cocaïne, et reste un département où la consommation d'héroïne est plus importante qu'ailleurs. C'est aussi le 1er département français pour l'importance du nombre de boîtes de SUBUTEX vendues (55,7 boîtes pour 100 habitants en 2008, contre 30,5 en 54, 38,3 en 55, 37,4 en 88 et 23,1 en France métropolitaine).

- Les départements lorrains sont fortement concernés par l'usage d'héroïne, particulièrement la Meurthe-et-Moselle (taux d'interpellation de 305/100 000 habitants de 20 à 39 ans en 54, 291 en 55, 267 en 88, 113 en 57 contre 47 au niveau national).

### d) addictions sans substances

Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique, selon l'expertise collective de l'INSERM en 2009 ; le nombre de personnes concernées par le jeu pathologique en Lorraine n'est pas connu.

Souvent associé à d'autres comorbidités addictives (alcool, tabac), il a été inclus dans le plan addictions 2007-2011 et dans la circulaire CSAPA (élargissement des missions des CSAPA à la prise en charge de personnes présentant des addictions sans substances).

## 2) La prévention

→ Bilan du programme de prévention national

⇒ points forts :

- les bons résultats de la politique de réduction des risques, notamment en ce qui concerne le VIH ; elle connaît par contre une efficacité plus limitée sur les risques de contamination liés au virus de l'hépatite C, du fait de la prévalence élevée et de la virulence de ce virus.
- la diminution de la consommation de cannabis chez les jeunes liée aux campagnes de sensibilisation et de prévention menées ces dernières années.

⇒ points faibles :

- la consommation d'alcool et de drogues illicites de plus en plus précoce
- **la reprise du tabagisme en France**, notamment chez les femmes ; le pourcentage de femmes enceintes fumeuses (22% continuent à fumer en fin de grossesse)
- **l'augmentation des comportements d'alcoolisation aigüe**, notamment chez les jeunes et particulièrement lors de rassemblements festifs

- la consommation de cannabis toujours importante, (produit illicite le plus fréquemment consommé), en particulier chez les 18-24 ans
- l'extension des consommations d'autres drogues illicites (cocaïne, ecstasy, amphétamines) notamment chez les 18-35 ans fréquentant les espaces festifs
- l'importance du taux d'interpellations pour usage de drogues illicites (en Lorraine région frontalière)

Ce bilan national est parfaitement corrélé aux observations faites en région Lorraine.

→ Actions menées en Lorraine sur 2009-2010 :

Les actions de prévention dans le champ des addictions en Lorraine ont été soutenues via des financements accordés par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)

- Actions financées par le GRSP:

⇒ **Le programme RPIB** (Repérage Précoce Intervention Brève) en Lorraine mis en œuvre en 2008-2009 par LORADDICT : depuis 2006, (cf circulaire DGS n°2006-449 du 12 octobre 2006), le Ministère chargé de la Santé développe une stratégie de diffusion à échelle nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes sur une période de 5 ans (2006-2010). Le RPIB vise une réduction de la consommation excessive d'alcool. Le dépistage de la consommation excessive peut se faire au moyen de questionnaires validés tels que l'AUDIT ou le FACE ; l'intervention brève s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation, pas une abstinence. **Dans le cadre des travaux de l'OMS, il a été démontré qu'un simple conseil de quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs.**

En Lorraine, l'objectif à atteindre était la formation de 300 médecins généralistes sur 5 sites pilotes : le territoire de Nancy, le pays de Verdun, le territoire de Metz, l'est mosellan, le pays de l'ouest vosgien. Une évaluation a été réalisée par le réseau LORADDICT.

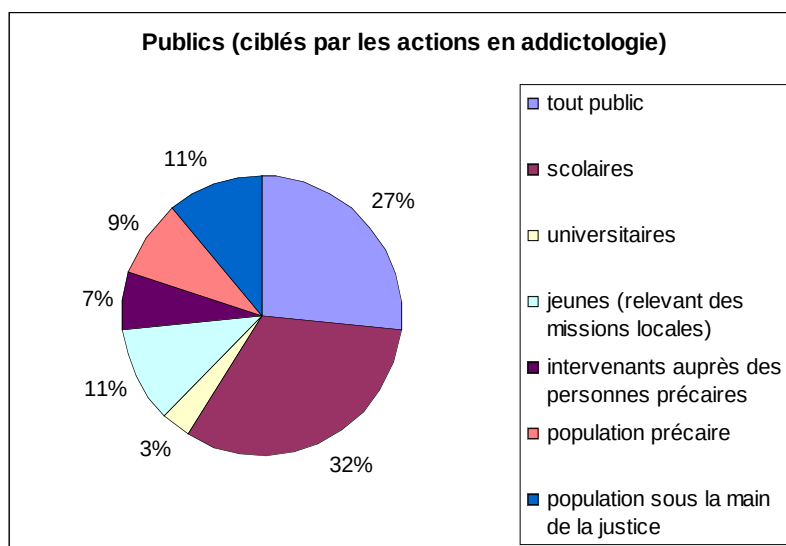
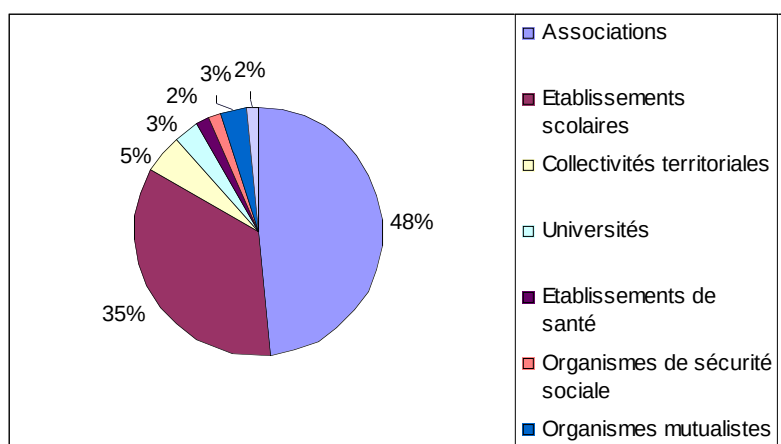
Une extension du programme à d'autres professionnels de santé motivés a été envisagée (médecins du travail, sages-femmes, infirmières, médecins de PMI, biologistes).

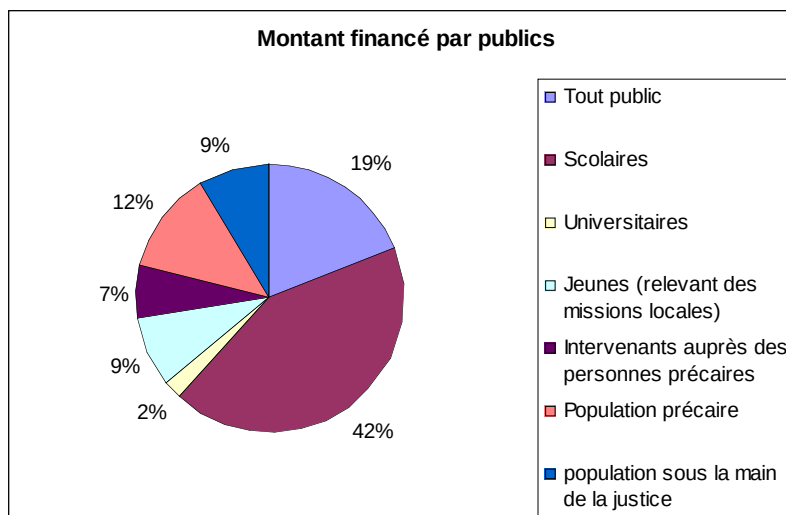
⇒ En 2010 :

**90 actions** dont 23 pour tout public (dont 2 à destination des entreprises), 29 pour les scolaires (dont 7 en ZEP et 1 dans le quartier, CUQS), 3 en milieu universitaire, 10 en direction des jeunes (relevant des missions locales), 6 en direction d'intervenants auprès des populations précaires, 8 pour des populations précaires, 11 pour des populations sous main de justice.

**60 Promoteurs** : 29 associations (dont principalement ANPAA, CMSEA, CDPA), 21 établissements scolaires, 3 collectivités territoriales, 2 universités, 1 établissement de santé, 1 organisme de Sécurité Sociale, 2 organismes Mutualistes, 1 centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (Meuse)

Les actions réalisées par les 12 associations néphalistes ont été financées par le biais de commandes.





- structures ayant mis en place des actions hors financement GRSP (en 2009)

- les CPAM : actions de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme.
- Les services de Santé Scolaire (priorité Education Nationale) et Universitaire
- Le réseau « Lorraine Stop Tabac » à Behren-les Forbach (ETP, prise en charge de substituts nicotiniques)

En résumé : malgré la volonté de construction d'une politique de prévention et de lutte contre les addictions, de multiples acteurs ( institutions, associations, ....) interviennent dans ce champ , ce qui rend difficile la cohérence des actions conduites entre elles ; par ailleurs ce sont des actions ponctuelles qui ne s'ancrent pas dans un programme plus global pour lequel il aurait été convenu des priorités d'actions . Les actions ont des financements multiples, et les outils, les indicateurs et les évaluations ne sont pas partagés ; les professionnels intervenant sont de formations différentes. Les actions de prévention des addictions auront donc pour principal objectif de s'inscrire dans le cadre d'une politique régionale si possible pérenne et articulée avec les autres politiques de santé publique.

### 3) Etat des lieux des dispositifs

#### a) Prise en charge de 1<sup>er</sup> recours ambulatoire

⇒ **la porte d'entrée la plus fréquemment empruntée est la médecine générale**, mais aussi d'autres acteurs de la ville (pharmaciens, sages-femmes libérales...); plusieurs difficultés entravent encore le niveau de réponse apportée : le défaut de formation en addictologie, le cloisonnement des différents niveaux de soins et d'accompagnement, qui font que le médecin généraliste n'a pas toujours une bonne connaissance des dispositifs existants, le mode de rémunération ( essentiellement à l'acte) ; face à un patient nécessitant une prise en charge addictologique, le médecin généraliste doit pouvoir bénéficier d'une meilleure lisibilité des dispositifs, afin de parvenir à un décloisonnement et améliorer la fluidité du parcours de son patient.

#### ⇒ dispositif de 1<sup>er</sup> recours spécialisé : CSAPA, CAARUD et consultations hospitalières

##### - Les CSAPA :

##### ORGANISATION :



Les CSAPA doivent assurer 4 missions obligatoires :

#### - L'accueil

Cette mission consiste à accueillir toute personne présentant une conduite addictive ou un membre de son entourage se présentant au CSAPA ou le contactant par téléphone. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes.

L'accueil ne peut se réduire à la prise d'un rendez-vous, compte tenu de la fréquente fragilité de la première demande.

Afin de garantir un accueil réussi, certaines conditions doivent être réunies :

- un accès facile par l'implantation géographique des CSAPA et par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle, des locaux permettant l'accueil des personnes handicapées;
- l'obligation d'assurer l'anonymat pour les consommateurs de stupéfiants qui le demandent; la simplification des formalités d'accueil ;
- un espace adapté pour permettre la confidentialité.

Il appartient aux CSAPA de présenter, dans leur demande d'autorisation, les modalités d'accueil permettant de respecter ces conditions.

#### - L'information

Cette mission s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.

L'information peut se présenter sous forme écrite (brochures...) ou orale, mais elle doit toujours être accompagnée et explicitée.

#### - L'évaluation médicale, psychologique et sociale

Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage.

Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'évaluer leur besoin d'aide et d'accompagnement pour le soutien qu'elles peuvent apporter à la personne concernée.

#### - L'orientation

Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA incluant, si nécessaire, une orientation complémentaire vers une structure plus adaptée à certains de ses besoins. Lorsque le CSAPA accueille un patient qu'il ne peut prendre en charge en raison de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une autre structure mieux adaptée. Cela suppose donc que **le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...) et que les CSAPA non polyvalents s'articulent avec des CSAPA qui le sont.**

Les CSAPA, doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques :

- soit pour toutes les addictions,
- soit pour l'alcool,
- soit pour les drogues illicites.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci a l'obligation de prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement et sinon, en lien avec une autre structure.

L'évolution de la prise en charge des addictions a été progressive, la réforme conduisant aux CSAPA invite à restructurer une organisation plus globale et marque l'aboutissement d'une volonté de prise en charge moins sectorisée de l'ensemble des consommations (tabac, alcool, toxicomanies, médicaments...).

Le dispositif médico-social en addictologie tient une place primordiale dans la prévention et dans l'accompagnement thérapeutique; il comprend bien d'autres dispositifs et structures dans lesquels doit

être distingué l'hébergement (auquel on peut adjoindre le SSR en addictologie) de la prise en charge ambulatoire. Ses missions spécifiques lui confèrent un rôle pivot dans le dispositif global de par sa proximité et la pluridisciplinarité des équipes.

Néanmoins ce dispositif médico social est en voie de structuration et reste caractérisé par une hétérogénéité de fonctionnement et des missions développées par les CSAPA :

- ⇒ pluridisciplinarité différentielle des professionnels des structures
- ⇒ activités très variables : consultations, « consultations avancées » en lien avec le secteur pénitentiaire, les structures du champ social (CHRS notamment), rôle de la politique de répression conduisant à des prises en charge des personnes placées sous mains de justice ( activité en forte progression), développement d'accueil spécifique de prise en charge (femmes enceintes, ...), développement des consultations jeune consommateurs...
- ⇒ implication variable notamment dans le champ de la prévention – interventions externes en lien le plus souvent avec l'Education Nationale
- ⇒ implications différentielles dans les missions facultatives

Cette hétérogénéité de fonctionnement conduit parfois à des confusions et rend difficile une systématisation des réponses au plus près des besoins des publics et prenant en compte les différentes étapes de prise en charge. Elle est renforcée par la possibilité des CSAPA de conserver une spécialité (soit alcool, soit toxicomanie) et dépend beaucoup du type de gestionnaire (associatif ou hospitalier).

Les partenariats créés de fait sont très différents et fonction du territoire. Les liens et relais sont le plus souvent informels et ne permettent pas toujours une bonne lisibilité du dispositif

Maillage territorial : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées.

→ en Meurthe- et –Moselle : l'offre est inégale, concentrée sur l'agglomération de Nancy (un CSAPA généraliste géré par le CHU), et dans une moindre mesure sur les territoires de Briey et Longwy (un CSAPA généraliste géré par Alpha Santé, présent sur 3 sites : Mont- St-Martin, Villerupt et Briey). Le regroupement sur un seul site du CSAPA de Nancy est souhaitable pour améliorer le suivi des patients.

Sur les territoires de Lunéville, Toul et Pont-à-Mousson, le développement de consultations avancées ou d'antennes doit être renforcé.

→ en Meuse : le département est bien couvert avec 2 CSAPA : l'un spécialisé alcool, géré par l'ANPAA55, l'autre spécialisé toxicomanie, Centr'aid géré par le CH de St-Mihiel, avec des sites sur Verdun, Bar-le-Duc et Commercy.

→ dans les Vosges : les CSAPA sont implantés sur l'ensemble des TSP, et ont maintenu pour certains une activité spécifique alcool (CSAPA alcool à Epinal, géré par la FMS, avec antennes à Remiremont et St-Dié) et toxicomanie (CSAPA toxicomanie « La Croisée » à Epinal géré par l'AVSEA avec antennes sur Remiremont et St-Dié) ; un CSAPA est généraliste : le CSAPA ouest vosgien, situé à Neufchâteau, géré par l'ANPAA 88 (avec permanences sur Mirecourt, Vittel, Darney). Cette mission sera à conforter.

→ en Moselle : un CSAPA généraliste est géré par le CHS de Jury-les –Metz (« centre Baudelaire » à Metz et Thionville), un CSAPA spécialisé toxicomanie « les Wads » à Metz, est géré par le CMSEA et un CSAPA spécialisé alcool à Metz est géré par le CDPA 57 ; les structures médico-sociales du département ont étendu leurs interventions en milieu rural par les biais de nombreuses antennes délocalisées. Il apparaît toutefois que si les besoins du territoire mosellan sont bien couverts en matière de toxicomanie (à l'exception de deux zones rurales : les arrondissements de Boulay et de Château Salins, très touchés par des problèmes de dépendance et de consommations de drogues diverses chez les jeunes), le constat est moins positif pour la prise en charge des problèmes d'alcool (la mise en place des consultations décentralisées de l'unique CSAPA spécialisé alcool se révèle insuffisante au regard des besoins).

**- Les CAARUD** (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues)

Les CAARUD sont financés par l'assurance-maladie depuis 2006. Leurs missions sont fixées aux articles R.3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Les CAARUD en Lorraine sont actuellement présents dans 3 départements, (2 à Nancy, 2 à Metz et 1 à Epinal), **à l'exception de la Meuse**; pour certains, adossés à des CSAPA (CMSEA, AVSEA) et tous urbains.

Il apparaît que les services rendus par les CAARUD (souvent gérés par des associations auto-support) sont très différents d'un territoire à l'autre.

Le plan addictions a prévu la mise en conformité des CAARUD.

- **Les consultations hospitalières en addictologie** sont un maillon de la filière hospitalière d'addictologie (cf. tableau), elles sont une composante des structures hospitalières de niveau 1, 2,3; la coordination au sein de la filière est assurée dans le cadre d'une unité fonctionnelle ou individualisée d'addictologie.

**Leur champ de compétences a vocation à s'étendre à l'ensemble des conduites addictives, ce qui n'est pas le cas pour toutes les consultations existant en Lorraine à ce jour (cf. tableau)**

Le mode d'accès à la consultation hospitalière d'addictologie résulte soit d'une démarche spontanée du patient, soit d'une orientation par le dispositif spécialisé médico-social, soit par le médecin traitant ou un partenaire institutionnel (Education Nationale, Justice...).

La consultation hospitalière d'addictologie est complémentaire des partenaires extérieurs à l'hôpital, notamment le dispositif spécialisé médico-social.

Ces consultations pluridisciplinaires et longues sont mal valorisées par les tarifs de consultation et nécessitent en complément un financement par les crédits MIGAC.

**L'accès à une consultation d'addictologie, sur place ou par convention doit être organisé dans tout établissement de santé doté d'une structure de médecine d'urgence définie par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 (annexe 4 de la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière de soins en addictologie)**

- b) La filière hospitalière** (cf. tableaux d'état des lieux de la prise en charge addictologique hospitalière en Lorraine issu des remontées par les établissements dans le cadre de l'enquête de suivi du plan addictologie pour l'année 2010) **en annexe**

Sur son territoire d'implantation la filière hospitalière en addictologie doit proposer des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées; elle doit assurer à cette fin des évaluations cliniques et psychosociales à visée diagnostique, thérapeutique et de réinsertion. Au sein de la filière, la personne doit bénéficier de la palette complète des prises en charge spécifiques, assurées en consultation, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète, programmée ou non, y compris en soins de suite et réadaptation. Outre ces missions, la filière addictologique contribue à la diffusion de la culture addictologique et à la formation des personnels.

La filière addictologique doit s'appuyer sur des partenariats solides de santé au sein de son territoire d'implantation, avec l'ensemble des acteurs du dispositif spécialisé en addictologie et avec les acteurs de la ville, ces partenariats pouvant être facilités par la coordination des acteurs au sein de réseaux de santé, s'ils existent.

→ Composition :

⇒ **le niveau 1 de proximité** (les établissements relevant du niveau 1 doivent être dotés d'une consultation d'addictologie, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ainsi que de lits de sevrage dédiés dans une unité d'hospitalisation référente non spécialisée en addictologie : les moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé ; par ailleurs chaque établissement doté d'une structure d'urgences doit disposer d'une équipe de liaison et d'une consultation, sur place ou par convention avec un établissement doté).

- La consultation d'addictologie : cf. plus haut

- L'équipe de liaison et de soins en addictologie : a des missions de soins , et intervient à ce titre dans l'ensemble des services de l'établissement, notamment dans les services d'urgences , pour aider au repérage précoce des problèmes addictifs, contribuer à l'évaluation de l'addiction et à l'élaboration du projet de soins et à préparer la sortie d'hospitalisation ; elle a pour autres missions la sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie, la participation aux travaux de recherche clinique en addictologie et l'articulation et la coordination avec les autres acteurs du territoire concernés ( importance du « passage de témoin »).

**L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité de prise en charge en hospitalisation ou en consultation de patients dépendants** (cas de l'EHLAM au CHR de Metz-Thionville qui assure également une activité de consultation).

Un des objectifs prioritaires de ces équipes doit être de rapprocher les compétences d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie au sein des établissements de santé et d'accompagner les évolutions en cours en addictologie, notamment chez les jeunes consommateurs.

Les équipes de liaison en addictologie sont financées par des crédits MIGAC.

- Le court séjour addictologique niveau 1 : est une structure de prise en charge aigue de l'ensemble des problèmes posés par les patients, il assure le sevrage simple, quand celui-ci est justifié en hospitalisation, il peut également accueillir des patients en situation de crise ou pour un bilan ; le sevrage simple est réalisé au sein d'une unité d'hospitalisation référente qui dispose de 5 à 6 lits spécifiquement dédiés, l'équipe soignante est au minimum sensibilisée à l'addictologie.

↪ en ce qui concerne la mise en place des consultations et des équipes de liaison le maillage territorial est relativement satisfaisant quantitativement; **pour certains établissements disposant de services d'urgence il reste à garantir l'accès à une ELSA et/ou une consultation.**

↪ en revanche l' **'accès aux lits destinés à réaliser des sevrages simples reste difficile** par manque de lits ou du fait d'un positionnement difficile de ces lits au sein des services : ces sevrages, réalisés majoritairement dans des services du dispositif général (gastro-entérologie, médecine interne), dépendent fortement de l'implication du chef de service et par conséquent ne permettent pas une organisation et une professionnalisation des personnels pérennes.

Notamment, le manque de lits identifiés au CHR Bonsecours de Metz et le départ d'un praticien très investi du CH de St Dié représentent une véritable difficulté pour les partenaires des territoires concernés.

⇒ **le niveau 2 de recours d'un territoire** (comprend les structures de court séjour offrant, outre les missions de niveau 1, la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour), et les soins de suite et réadaptation en addictologie; le plan fixe comme objectif la création d'un service d'addictologie de recours en court séjour pour 500 000 habitants ; ces unités doivent faire l'objet d'une reconnaissance par l'ARS sous forme d'avenant au CPOM .

- les soins résidentiels complexes (court séjour de recours) accueillent les patients qui nécessitent un programme thérapeutique intensif du fait d'une dépendance majeure, de la nécessité de bilans approfondis à cause de l'importance de leurs problèmes et /ou qui sont en situation d'échec après un ou plusieurs sevrages. Cette structure dimensionnée en fonction des besoins, devra être reconnue

dans le cadre du CPOM, sur la base d'un cahier des charges préalablement défini, de façon à pouvoir facturer des GHS soins complexes.

Le court séjour addictologique de recours peut être assuré par un établissement psychiatrique, mais doit garantir l'accès à un plateau médico-technique compatible avec la pathologie du patient ; inversement, pour les services situés dans les hôpitaux généraux, le recours à un avis psychiatrique doit être prévu, sur place ou par convention.

Une seule unité de court séjour de recours « soins résidentiels complexes » est actuellement reconnue par l'ARS (service de Médecine L au CHU : 18 lits, à orientation alcool et / ou autres dépendances) en Lorraine, ce qui est très insuffisant au regard des objectifs du plan addictions.

Toutefois, au vu des remontées de l'enquête addictologie 2009, **plusieurs établissements déclarent une activité des soins résidentiels complexes :**

→ le CHS de Fains-Veel (55) : l'unité de soins « Les Mays » dispose d'un service de 20 lits spécialisé dans l'accueil de dépendances lourdes et se positionnant donc en 2<sup>e</sup> recours. Le CHS a une direction commune avec le CHG de Bar-le Duc, ce qui facilite la coordination avec les soins somatiques et l'équipe de liaison en addictologie.

→ le CHS de Jury-les-Metz (57) : le service de soins en addictologie dispose de 13 lits dédiés aux prises en charge simples et complexes pour tous produits ; il s'inscrit dans le cadre plus large du Pôle Addictologie de Jury (ex Inter secteur des Pharmacodépendances de la Moselle) comprenant également un CSAPA généraliste « Baudelaire », une unité fonctionnelle de liaison, 4 appartements thérapeutiques et des activités de recherche et de formation.

→ le CHS de Sarreguemines (57) : dispose d'une unité hospitalière de 6 lits « l'Etape » initialement spécialisée en toxicomanie, accueillant des dépendances lourdes, et d'une unité alcool « l'Ile » de 18 lits assurant une activité à type de postcure.

- l'hospitalisation de jour : composante des niveaux 2 et 3, assure une prise en charge ambulatoire des patients ayant une dépendance et /ou des complications sévères nécessitant un cadre de soins adapté à leurs besoins tout en maintenant un lien environnemental.

Non mise en place à ce jour en Lorraine au sein de l'unité de recours reconnue au CHU, du fait de difficultés de facturation par l'Assurance Maladie dans le cadre de la T2A ; pour répondre à la demande des ARS et des professionnels de l'addiction, de précisions sur le cahier des charges de ces structures, et son articulation avec les conditions de facturation des GHS, un référentiel est en cours d'élaboration par la DGOS, en lien avec les professionnels et l'Assurance Maladie.

- les soins de suite et réadaptation en addictologie : sont une composante des structures addictologiques de recours de niveau 2, éventuellement 3. La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation ; Les SSRA sont à dominante sanitaire et assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réinsertion sociale. Ils représentent un temps intermédiaire dans la trajectoire de prise en charge, s'inscrivant entre les soins aigus et le suivi ambulatoire, dans la perspective d'une diversification de l'offre de soins. Le recrutement s'adresse d'abord aux patients de la région, mais l'admission de patients hors région est indiquée dans certaines situations : programme spécifique proposé par l'établissement, éloignement géographique salubre....

Il existe **2 sites SSR spécialisés en addictologie autorisés sur la région :**

→ centre de post-cure « La Fontenelle » à Maizeroy (57) : établissement de 56 lits, à l'origine spécialisé dans la dépendance alcoolique, développe à présent le traitement des autres dépendances (cannabis, psychotropes, opiacés). Le recrutement des patients se fait à 80% sur la région lorraine et 20% hors région.

Dans un objectif d'aide au maintien de l'abstinence, il a mis en place des possibilités d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle : séjours de rupture sur 6 jours à la demande du patient en situation de fragilité par rapport à ses consommations, et séjours séquentiels sur 6 mois à l'initiative des partenaires (projet tripartite).



→ un projet transversal SSR-psychiatrie au CH de St Nicolas –de- Port (54), orienté vers la prise en charge des troubles cognitifs secondaires à l'addiction.

Certains établissements n'ont pas de mention spécialisée mais accueillent des séjours de postcure en addictologie: le CHR de Thionville, et le centre de moyen séjour de Charleville-sous- Bois en 57, l'hôpital local de Rambervillers et la clinique « La Louvière » de Senones en 88.

⇒ **le niveau 3 régional : pôle de référence en addictologie**, doit assurer en plus des missions de niveau 1 et 2, des missions d'enseignement, et de formation, de recherche, de coordination régionale. Le CHU de Nancy a fait de cette thématique un point fort de son projet médical ; sont regroupés au sein du pôle Neuro Tête Cou : le Centre de Soins , d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ( dont une partie est toujours localisée sur le site Maringer-Villemin-Fournier) , le service de Médecine L, le service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, l'Unité de coordination de Tabacologie ( intégrée au sein du service de pneumologie du CHU de Brabois assurant des activités de consultation et de liaison tabac-cannabis, de prévention et d'enseignement – recherche en tabacologie ), et l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT).

Le pôle des spécialités médicales a souhaité se doter d'une « Polyclinique des Addictions » pour assurer la coordination des différentes structures addictologiques. Ce projet s'intègre dans le cadre du développement d'une filière de soins addictive sur le territoire Meurthe-et Moselle sud d'une part avec le CPN et le CH de St Nicolas- de- Port concernant le niveau 2, et avec les établissements de Lunéville, Pont-à- Mousson, Toul et l'hôpital local de Pompey pour le niveau 1 (renforcement de moyens en partenariat avec le CHU). Une réflexion est également en cours concernant l'articulation avec le secteur psychiatrique de recours de Jury et Sarreguemines.

Le CHU de Nancy est également un Centre d'Addictologie Universitaire et à ce titre constitue un pôle régional permettant la coordination de l'enseignement et de la recherche, véritable interface entre la clinique, la recherche fondamentale et les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...)

### **c) l'hébergement médico-social**

Le versant soins résidentiels du dispositif médico-social est structuré pour apporter des offres diversifiées et adaptées à différentes populations (précarité, personnes sous TSO, ou traitement psychiatrique, mineurs...). A l'inverse du dispositif sanitaire, où le soin est davantage organisateur de l'ensemble de l'activité (SSRA), dans le dispositif médico-social, le soin vise à s'intégrer dans un projet de vie.

L'ajustement des réponses aux besoins des différents publics et des différentes étapes de la prise en charge est difficile ; la notion de proximité ne doit pas constituer une priorité (l'éloignement est souvent utile), la planification devant donc être réfléchie à une échelle interrégionale, voire nationale pour certaines prises en charge spécifiques.

**Il apparaît qu'en région l'offre d'hébergement est insuffisante**, notamment au regard des besoins concernant certains publics spécifiques : personnes en situation de précarité, sortants de prison, femmes ayant une conduite addictive avec ou sans enfant.

#### **c-1) Offre d'hébergement proposée par les CSAPA :**

→ Hébergements collectifs :

- Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) : 21 places en Lorraine en 2007 (9 gérées par le Centre de Soins Le Haut des Frêts (88) et 12 (à Foville) par le CSAPA les Wads (57).

Le traitement en CTR est indiqué pour les patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation mais dont la vie est totalement centrée sur l'usage de substances, qui manquent de compétences sociales et professionnelles et qui manquent de motivation personnelle et/ou de soutien social susceptibles de les soutenir dans le maintien de l'abstinence dans un simple cadre ambulatoire.

→ Hébergements individuels

- Familles d'Accueil (FA) : 12 places (dans le Lot) gérées par le CSAPA Les Wads.

Il s'agit de familles acceptant de recevoir une personne qui leur est adressée par un centre spécialisé; la personne hébergée reste suivie par le centre de soins, et la famille est soutenue par un travailleur social.

- Appartements thérapeutiques relais : 19 places dont 7 gérées par le CSAPA les Wads (57), 4 par le CSAPA Baudelaire (57), 2 par le CSAPA de Villerupt, 6 par le CSAPA La Croisée (88).

c-2) Autres offres d'hébergement

→ Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : (13 places en 54, 20 places en 57); destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical. Il convient d'adapter les dispositifs médico-sociaux comme les ACT aux spécificités des publics accueillis.

Le plan addictions prévoit une augmentation du nombre de places d'appartements thérapeutiques accessibles aux usagers de substances psycho-actives en difficulté.

Des ACT spécialisés dans l'accueil des sortants de prison existent, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice prévoit également la création de places supplémentaires pour les personnes présentant des problèmes d'addiction et des troubles psychiatriques.

→ Lits halte soin santé (20 lits en 54, 9 lits en 57) : offrent une prise en charge médico-sociale temporaire globale à des personnes sans domicile ayant besoin de soins ne nécessitant pas une hospitalisation ;

d) les réseaux de santé :

-Les réseaux de proximité thématiques en addictologie connaissent de grandes difficultés pour la pérennisation de leur financement;

**Un seul réseau en addictologie est encore financé en Lorraine par le FIQCS : AMELUCTA sur le territoire de Moselle-est** (à l'origine dédié à la lutte contre le tabac, recentré à présent sur le tabagisme et les addictions associées : tabac/cannabis chez les plus jeunes, tabac/alcool chez les plus âgés;) mène 3 types d'actions : aide individuelle au sevrage , formation des professionnels de santé, information des populations sous forme d'interventions en milieu scolaire, professionnel et social). Il est à noter que de nombreux professionnels de santé libéraux ont mis en place une organisation fonctionnelle de type « **réseau informel** », reposant sur la connaissance qu'ils ont les uns des autres, et permettant une meilleure articulation entre les acteurs d'un territoire donné.

- Le réseau régional LORADDICT assure des activités de coordination et d'expertise.

-Les microstructures : organisées en réseau, elles visent à la constitution d'une équipe de soins (composée d'un médecin, d'un psychologue, d'un travailleur social...) au sein du cabinet du médecin généraliste pour les patients présentant des conduites addictives nécessitant des soins et qui viennent y consulter. L'originalité de cette pratique tient à la réunion en un seul lieu, d'intervenants qui jusque là étaient dispersés en plusieurs institutions. L'organisation en réseau peut permettre de régler les problèmes liés à l'organisation des permanences dans les cabinets médicaux, la circulation de l'information, la formation des équipes, l'évaluation de leur activité.

Il n'existe pas de structure de ce type en Lorraine.

### III. APPROCHE POPULATIONNELLE

#### 1) femmes enceintes

- En Lorraine les professionnels concernés considèrent qu'il y a une véritable urgence à améliorer la prise en compte de toutes les addictions pendant la grossesse, et en priorité les deux plus fréquentes : tabac et alcool.
- En matière de tabagisme, 30% des femmes enceintes fument en Lorraine ; malgré la responsabilité importante dans la morbidité périnatale de ce tabagisme, le dépistage est loin d'être généralisé (manque d'analyseurs de CO dans les maternités), la formation des professionnels (notamment les sages-femmes) insuffisante.
- La consommation d'alcool, reste encore un sujet « tabou » peu recherché chez la femme enceinte ; on dispose de peu de données épidémiologiques et le syndrome d'alcoolisation fœtale reste sous-diagnostiqué.

Il y a une véritable nécessité de mieux former et informer les professionnels de santé sur les effets tératogènes de l'alcool et au diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale, et de réaliser une information systématique des femmes le plus tôt possible (et même avant toute grossesse, lors de l'arrêt de la contraception par exemple).

- De façon globale, l'entretien prénatal individuel du 4<sup>e</sup> mois est un moment privilégié d'échange et d'écoute qui peut être l'occasion d'aborder cette problématique.

#### 2) adolescents

- constats : si d'importants moyens de prévention sont mis en place pour les jeunes enfants jusqu'à 6 ans, tel n'est pas le cas pendant l'enfance ni pendant l'adolescence, période où s'expriment électivement certains troubles psychopathologiques. On peut noter aussi un manque d'adhésion des jeunes au dispositif de soins, pas toujours adapté à leur âge ou imposé par l'entourage ou les institutions. Des structures existent, mais on peut regretter une certaine absence de lisibilité, pour le public, et aussi pour les professionnels, de l'organisation des différents services. Les différents acteurs, la famille, l'école, les institutions en charge des adolescents et les professionnels de santé ont parfois du mal à coordonner leurs actions et à trouver des solutions de passage de relais. Par ailleurs les professionnels ont besoin d'être soutenus dans leur rôle et sensibilisés à la spécificité des adolescents. Il est également important de pouvoir répondre au besoin d'information et d'accompagnement des parents.

- les dispositifs d'accès aux soins pour les adolescents :

→ Les consultations jeunes consommateurs (anciennes consultations cannabis) : attachées aux CSAPA ou aux consultations hospitalières en addictologie, elles sont parfois sous-fréquentées car peu connues du public concerné ou peu accessibles géographiquement (zone urbaine principalement) ou stigmatisées du fait de leur localisation au sein du dispositif spécialisé d'addictologie. Ces consultations s'adressent en priorité aux jeunes qui ressentent des difficultés avec leur consommation de substances psycho-actives, l'objectif étant d'agir dès les 1ers stades de consommation, ou à des jeunes présentant des addictions sans produit ; l'entourage doit également être accueilli. Le responsable de la consultation doit régulièrement diffuser une information sur son existence, ses missions et ses modalités de fonctionnement, auprès des structures accueillant des jeunes, les médecins du travail, les médecins généralistes de leur territoire d'intervention. Des consultations avancées peuvent être développées dans d'autres structures à vocation sociale ou médico-sociale.

→ Les Maisons des Adolescents : (présentes sur Nancy, Metz, Bar-le-Duc-Verdun) de manière générale leurs missions s'articulent autour de l'accueil-écoute-information-orientation, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale et psychologique, l'accompagnement éducatif, social et juridique ; elles s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences. Leurs objectifs sont donc de favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales, et d'organiser l'expertise inter professionnelle sur des situations individuelles afin de permettre un décroisement des secteurs d'intervention.



### 3) populations en situation de précarité

S'il n'existe pas de pathologie propre aux populations vulnérables, la précarité a des répercussions importantes sur l'état de santé des populations concernées avec des indicateurs défavorables pour un certain nombre de pathologies dont les addictions ( exemple : le taux de mortalité par cancer du poumon varie de simple au quadruple entre la catégorie sociale la plus favorisée et la moins favorisée ; il existe parallèlement un gradient social dans le taux d'échec des tentatives d'arrêt du tabac).

Il importe donc de favoriser l'accès à la santé de ces personnes notamment en développant des actions de promotion de la santé adaptées et ciblées avec pour objectif une réappropriation de leur santé , de développer l'accès au soin et à la prévention au plus près d'elles ( par exemple au sein des structures qui les accueillent), d'éviter les ruptures de prise en charge et favoriser la continuité des soins, et d'adapter l'offre d'accueil et de soins à leurs spécificités.

### 4) détenus et personnes sous main de justice

- Les consultations en addictologie sont très inégalement assurées. Des coopérations entre UCSA et CSAPA fonctionnent bien, c'est le cas de Bar-le-Duc et Épinal. La prise en charge des addictions peut également être assurée par l'équipe de soins psychiatrique, (comme par exemple à Sarreguemines et Oermingen).

D'une manière générale, il faut protocoliser les interventions du CSAPA, de l'UCSA et de l'équipe psychiatrique, pour la prise en charge des consommations d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de produits de substitution aux opiacés et des mésusages de médicaments.

- Les programmes d'éducation pour la santé restent inégalement appliqués en Lorraine. Le personnel des UCSA, face aux files actives de patients et aux consultations médicales croissantes (+ 4.78 % entre 2008 et 2009), concentre plus particulièrement son action sur le soin proprement dit plutôt que sur la prévention et la promotion de la santé.

## IV. ORIENTATIONS DE TRAVAIL

### 1) Prévention

Objectif général : développer une politique pérenne régionale, articulée avec les politiques de sécurité publique.

→ développer le repérage précoce :

- la notion d'intervention précoce est un axe stratégique et essentiel pour faire baisser les incidences négatives des conduites addictives sur la santé publique. Il s'agit d'éviter le passage d'un usage occasionnel ou « modéré » vers une addiction de plus en plus sévère et donc d'éviter, ou du moins de réduire, les dommages provoqués par un accès tardif aux soins, ainsi que les risques directs ou associés, facteurs d'aggravation des dommages. Cette notion d'intervention précoce constitue un chapeau utilisable pour tous les intervenants qu'ils soient du champ sanitaire ou social, le RPIB étant dans ce cadre un sous-ensemble destiné aux professionnels de santé.

- dans l'intervention précoce sont incluses les notions de repérage précoce et d'action sur la prise de conscience et la motivation des personnes présentant des conduites addictives.

Pour les personnes du champ social notamment, c'est aussi faciliter l'orientation vers une prise en charge spécifique.

Pour les professionnels du champ sanitaire, notamment les médecins, mais aussi d'autres professionnels de santé, le RPIB reprend les mêmes objectifs en y incluant la formation à l'intervention brève

- favoriser la non-consommation et retarder la primo consommation, en développant des actions ciblées sur les populations à risques
- poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès, et à des prises de risques, situations de vulnérabilité.)
- assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention conduites.

## 2) Parcours de soins

L'addictologie, au sens large, est une discipline médico-psycho-sociale transversale, dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être considérées comme addictives, sans se limiter à la seule notion de dépendance à des substances psycho-actives.

Au-delà de l'organisation territoriale du dispositif addictologique, et de la formation des acteurs concernés, **deux enjeux** apparaissent :

- la notion de **parcours de soins** , qui implique de fournir à un patient , à un moment de sa trajectoire , la réponse adaptée (l'objectif est de trouver « le bon acteur, au bon moment et au bon endroit » , que ce soit dans le champ sanitaire , médico-social ou social), et ce quelle que soit sa porte d'entrée ; ce qui nécessite une lisibilité des dispositifs existants de façon à lui assurer la possibilité d' une circulation fluide dans les différents maillons du système, en évitant au maximum les ruptures de prise en charge.
- d'où la nécessité d'une **coordination de l'offre de soins autour du patient**, sous-entendant de la part des partenaires concernés, des notions de connaissance mutuelle, de culture commune, de partage d'outils et d'informations

La trajectoire de prise en charge des personnes confrontées aux addictions n'est pas linéaire , et il y a nécessité d'une prise en charge adaptée en fonction des publics sans pour autant créer de filière spécifique de prise en charge stigmatisante. L'importance des relais avec les acteurs de proximité et de travailler sur des environnements favorables devient dans ce contexte prioritaire.

Les grandes orientations seront donc :

- d'améliorer l'accès au soin grâce au repérage et à l'orientation dans le dispositif spécialisé.
- de conforter et diversifier les modes de prise en charge, notamment en fonction des besoins de populations spécifiques.
- d'éviter les ruptures dans le parcours de soins en développant les coordinations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social.

## ANNEXE : Etat des lieux de la prise en charge addictologique hospitalière en lorraine

## EQUIPEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS de MOSELLE

Dr Laurence ECKMANN

| ETABLISSEMENTS M.C.O.                                 | Structure d'urgence          | Equipe de liaison addictologie           |                   | Consultation d'addictologie                      |                   | Lits d'hospit pour sevrage simple                     | Unité d'hospit de jour en addictologie | Unité d'hospit pour soins complexes | Unité d'enseignement et recherche en addictologie |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                                       |                              | Déclaratif établissement                 | Financement MIGAC | Déclaratif établissement                         | Financement MIGAC |                                                       |                                        |                                     |                                                   |
| 570000018 Clinique Marie Madeleine FORBACH            | Oui                          | Non (pas de convention)                  | Non               | Oui (Alcool)                                     | Non               | Oui (sevrages alcool service de médecine polyvalente) | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570000091 Hôpital de FREYMING MERLEBACH               | Non                          | Non                                      | Oui               | Oui?(tous produits) démission médecin début 2010 | Oui               | Oui (fct des besoins)                                 | Oui                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570000612 Hôpital Saint André METZ                    | Non                          | Non (Convention avec Hôpital Belle Isle) | Non               | Oui (Alcool convention)                          | Oui               | Oui(unité non individualisée)                         | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570001057 Hôpital Belle-Isle METZ                     | Non                          | Oui                                      | Non               | Oui (Alcool - Tabac - Drogues convention)        | Oui               | Non                                                   | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570001099 Hôpital Sainte Blandine METZ                | Non                          | Non (Convention avec Hôpital Belle Isle) | Non               | Oui (Sauf Tabac convention avec Jury)            | Oui               | Oui (1 lit service de psychiatrie)                    | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570000646 Hôpital Clinique Claude Bernard METZ        | Oui                          | Non                                      | Non               | Oui (Tabac)                                      | Oui               | Non                                                   | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570005165 CHR METZ THIONVILLE                         | Oui                          | Oui                                      | oui               | Oui (Produits + jeux)                            | oui               | Oui ( Thionville)                                     | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570000216 Hospitalor SAINT AVOLD                      | Oui                          | Non                                      | non               | Oui (Alcool)                                     | oui               | Oui (service de médecine polyvalente)                 | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 570000158 SARREGUEMINES CH                            | oui                          | Non                                      | non               | Non                                              | non               | non                                                   | non                                    | non                                 | non                                               |
| 570015099 Centre Hospitalier SARREBOURG               | Oui                          | Non (Convention en cours)                | non               | Oui (Tous produits)                              | oui               | Non                                                   | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| PSYCHIATRIE                                           |                              |                                          |                   |                                                  |                   |                                                       |                                        |                                     |                                                   |
| 570000141 Centre Hospitalier Spécialisé SARREGUEMINES | Non                          | Non                                      |                   | Oui (sauf tabac)                                 |                   | Non                                                   | Non                                    | Oui ? (déclaratif)                  | Non                                               |
| 570000513 Centre Hospitalier de les METZ JURY         | Oui (Urgences psy seulement) | Oui (convention avec CHR de METZ)        |                   | Oui (sauf tabac)                                 |                   | Non                                                   | ?                                      | Oui ? (déclaratif)                  | Oui                                               |

## EQUIPEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS de MEUSE

Dr Laurence ECKMANN

| ETABLISSEMENTS M.C.O.                                 | Structure d'urgence | Equipe de liaison addictologie |                   | Consultation d'addictologie       |                   | Lits d'hospit pour sevrage simple     | Unité d'hospit de jour en addictologie | Unité d'hospit pour soins complexes | Unité d'enseignement et recherche en addictologie |
|-------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| M.C.O.                                                |                     | Déclaratif établissement       | Financement MIGAC | Déclaratif établissement          | Financement MIGAC | Déclaratif établissement              | Déclaratif établissement               | Déclaratif établissement            | Déclaratif établissement                          |
| 550000020<br>Centre Hospitalier VERDUN                | Oui                 | Oui                            | Oui               | Oui<br>(Alcool - Tabac - Drogues) | Oui               | Oui<br>(Serv Médecine et Pneumologie) | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 55000046<br>Centre Hospitalier St Charles COMMERCY    | Non                 | Non                            | Non               | Oui<br>(Tabac)                    | Oui               | Non                                   | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 550003354<br>Centre Hospitalier de BAR LE DUC         | Oui                 | Oui                            | Oui               | Oui<br>(Tabac - Drogues)          | Oui               | Oui<br>( 1 lit)                       | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| PSYCHIATRIE                                           |                     |                                |                   |                                   |                   |                                       |                                        |                                     |                                                   |
| 550000095<br>Centre Hospitalier Spécialisé FAINS VEEL | Non                 | Non                            |                   | Oui<br>(Alcool - Tabac - Drogues) |                   | Non                                   | Oui<br>( Unité les Mays)               | Oui ?<br>(déclaratif)               | Non                                               |

## EQUIPEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS de MEURTHE et MOSELLE

Dr Laurence ECKMANN

| ETABLISSEMENTS M.C.O.                                                             | Structure d'urgence | Equipe de liaison addictologie     |                   | Consultation d'addictologie        |                   | Lits d'hospit pour sevrage simple | Unité d'hospit de jour en addictologie | Unité d'hospit pour soins complexes | Unité d'enseignement et recherche en addictologie |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| M.C.O.                                                                            |                     | Declaratif établissement           | Financement MIGAC | Declaratif établissement           | Financement MIGAC | Declaratif établissement          | Declaratif établissement               | Declaratif établissement            | Declaratif établissement                          |
| 540000031<br>Maternité Régionale Universitaire de NANCY                           | Non                 | Non                                | Non               | Oui<br>(Alcool - Tabac - Drogues)  | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 54000049<br>Centre Hospitalier Saint Charles TOUL                                 | Oui                 | Non<br>(Convention avec CHU)       | Non               | Non<br>(Convention avec CHU)       | Non               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540000080<br>Centre Hospitalier de LUNEVILLE                                      | OUI                 | Oui                                | Non               | Oui<br>(Alcool - Tabac - Drogues)  | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540000106<br>Centre Hospitalier de PONT A MOUSSON                                 | Oui                 | Non<br>(Convention avec CHU)       | Non               | Oui<br>(Alcool - Tabac)            | Non               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540000478<br>Clinique Louis Pasteur ESSEY les NANCY                               | Non                 | Non                                | Non               | Oui<br>(Tabac )                    | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540000486<br>Policlinique Gentilly et St Don MAXEVILLE                            | Oui                 | Non<br>(Convention avec CPN)       | Non               | Non<br>(Convention avec CPN)       | Non               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540003399<br>Hop Local Intercommunal POMPEY - LAY St CHRISTOPHE                   | Non                 | Non<br>(Convention avec CSAPA CHU) | Non               | Non<br>(Convention avec CSAPA CHU) | Non               | Oui<br>( 9 lits)                  | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540003019<br>Centre de lutte contre le cancer Alexis Vautrin VANDOEUVRE les NANCY | Non                 | Non                                | Non               | Oui<br>(Alcool - Tabac)            | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540002078<br>Centre Hospitalier Universitaire NANCY                               | Oui                 | Oui                                | Oui               | Oui<br>(Alcool - Tabac - Drogues)  | Oui               | Oui                               | Non                                    | Oui<br>(autorisation en cours)      | Oui                                               |
| 540001096<br>Centre Hospitalier MONT St MARTIN                                    | Non                 | Non                                | Non               | Oui<br>(Tabac)                     | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 540013224<br>Clinique Majorielle MAXEVILLE                                        | Non                 | Non<br>(Convention avec CHU)       | Non               | Oui<br>(Tabac)                     | Oui               | Non                               | Non                                    | Non                                 | Non                                               |

## EQUIPEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS des VOSGES

Dr Laurence ECKMANN

| ETABLISSEMENTS M.C.O.                               | Structure d'urgence | Equipe de liaison addictologie |                   | Consultation d'addictologie |                   | Lits d'hospit pour sevrage simple   | Unité d'hospit de jour en addictologie | Unité d'hospit pour soins complexes | Unité d'enseignement et recherche en addictologie |
|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| M.C.O.                                              |                     | Declaratif établissement       | Financement MIGAC | Declaratif établissement    | Financement MIGAC | Declaratif établissement            | Declaratif établissement               | Declaratif établissement            | Declaratif établissement                          |
| 8807780051<br>Centre Hospitalier Jean Monnet EPINAL | OUI                 | Oui                            | Oui               | Oui<br>(Tout)               | Oui               | Non                                 | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 880780077<br>Centre Hospitalier de SAINT DIE        | Oui                 | Non<br>(mais en projet)        | Oui               | Oui<br>(Tout)               | Oui               | Oui<br>(serv. Médecine +HGE 3 lits) | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 880780085<br>Centre Hospitalier NEUFCHATEAU         | Oui                 | Oui                            | Oui               | Oui<br>(Tout sauf jeux)     | Oui               | OUI                                 | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 880780093<br>Centre Hospitalier de REMIREMONT       | Oui                 | Non                            | Non               | Non<br>(convention CSAPA)   | Non               | OUI (service de Médecine)           | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| 8807800101<br>Centre Hospitalier de VITTEL          | Oui                 | Non                            | Non               | Oui<br>(Tabac)              | Non               | Non                                 | Non                                    | Non                                 | Non                                               |
| PSYCHIATRIE                                         |                     |                                |                   |                             |                   |                                     |                                        |                                     |                                                   |

## Principaux éléments de diagnostic

### Epidémiologie en Lorraine

(Une analyse détaillée est présentée en annexe, reprenant les contextes national et régional).

**Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation d'alcool (30/100 000 habitants) est significativement supérieur au taux français (28/100 000).**

La consommation régulière et moyenne d'alcool des Lorrains est proche de celle de l'ensemble des Français ; elle est en baisse continue, y compris chez les jeunes, mais **le constat s'inverse pour les comportements d'ivresse chez les jeunes** (28% des garçons de 17 ans et 16% des filles du même âge en Lorraine déclarent des ivresses répétées).

**Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation de tabac (124/100 000 habitants) est significativement supérieur au taux français (107/100 000).**

D'après le baromètre santé 2005, la consommation quotidienne de tabac concernait 31,7% de la population lorraine, notre région arrivant en seconde position derrière la Haute-Normandie (moyenne nationale : 28,3).

Le cannabis reste la première drogue illicite consommée en Lorraine comme dans les autres régions. Bien qu'en diminution, **cette consommation reste importante, en particulier chez les jeunes de 18-24 ans** : 26% des garçons et 12% des filles déclarent avoir consommé dans l'année.

Pour les autres drogues illicites, les prévalences concernent environ 1% de la population de 18 à 39 ans ; certains sous-groupes présentent une consommation plus élevée : jeunes fréquentant les espaces festifs (amphétamine, cocaïne).

**L'ensemble de la Lorraine enregistre un des taux les plus importants de France pour les interpellations pour usage de drogues illicites.**

Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique selon l'Expertise collective de l'INSERM en 2009. Ces personnes sont estimées en France à environ 800 000 (enquête OFDT), on ne dispose pas de chiffres sur la Lorraine.

### Etat des lieux en Lorraine

Sur le champ médico-social :

La réforme visant à transformer les anciennes structures dédiées à l'alcoologie et celles dédiées aux toxicomanies en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) n'a pas fondamentalement changé le paysage de l'offre en Lorraine : hormis la Meurthe-et-Moselle, où 4 structures se sont regroupées en 2 CSAPA généralistes et 1 structure en Vosges, les nouvelles structures ont gardé leur spécialisation, en s'engageant à adresser les patients à la structure la mieux à même de les accompagner.

Néanmoins, ce dispositif médico-social est en voie de structuration mais reste caractérisé par une hétérogénéité dans le fonctionnement et les missions développées.

Les Centres d'Accueil D'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) en Lorraine sont actuellement présents dans 3 départements (2 à Nancy, 2 à Metz et 1 à Epinal), à l'exception de la Meuse ; ils sont pour certains adossés à des CSAPA (CMSEA, AVSEA) et tous urbains.

Un 5<sup>ème</sup> CAARUD a vu le jour à Epinal (2 fonctionnaient déjà à Nancy et 2 à Metz), ce qui pose le problème de l'accès à ces structures des habitants des zones rurales. Il apparaît que les services rendus par les CAARUD (souvent gérés par des associations auto-support) sont très différents d'un territoire à l'autre.

Le plan addictions a prévu la mise en conformité des CAARUD.

Les structures avec hébergement mériteraient d'être renforcées (notamment au regard des besoins concernant certains publics spécifiques : personnes en situation de précarité, sortants de prison, femmes ayant une conduite addictive avec ou sans enfant).

Sur le champ sanitaire :

- la filière hospitalière :

le niveau 1 de proximité (les établissements relevant du niveau 1 doivent être dotés d'une consultation d'addictologie, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ainsi que de lits de sevrage dédiés dans une unité d'hospitalisation référente non spécialisée en addictologie : les moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé ; par ailleurs chaque établissement doté d'une structure d'urgences doit disposer d'une équipe de liaison et d'une consultation, sur place ou par convention avec un établissement doté). Le champ de compétences des consultations en addictologie a vocation à s'étendre à l'ensemble des conduites addictives, ce qui n'est pas le cas pour toutes les consultations existant en Lorraine à ce jour. En ce qui concerne la mise en place des consultations et des équipes de liaison, le maillage territorial est relativement satisfaisant quantitativement ; pour certains établissements disposant de services d'urgence il reste à garantir l'accès à une équipe de liaison et/ou une consultation.

En revanche, **l'accès aux lits destinés à réaliser des sevrages simples reste difficile par manque de lits ou du fait d'un positionnement difficile de ces lits au sein des services** : ces sevrages réalisés majoritairement dans des services du dispositif général (gastro-entérologie, médecine interne) dépendent fortement de l'implication du chef de service et par conséquent, ne permettent pas une organisation et une professionnalisation des personnels pérennes.

le niveau 2 de recours d'un territoire comprend les structures de court séjour offrant, outre les missions de niveau 1, la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour) et les soins de suite et réadaptation en addictologie ; le plan fixe comme objectif la création d'un service d'addictologie de recours en court séjour pour 500 000 habitants impliquant pour la Lorraine au moins 4 unités ; ces unités doivent faire l'objet d'une reconnaissance par l'ARS sous forme d'avenant au CPOM. Une seule unité de court séjour de recours « soins résidentiels complexes » est actuellement reconnue par l'ARS en Lorraine, ce qui est très insuffisant au regard des objectifs du plan addictions.

Toutefois, au vu des remontées de l'enquête addictologie 2009, plusieurs établissements déclarent une activité de soins résidentiels complexes.

Il existe 2 sites SSR spécialisés en addictologie autorisés dans la région.

le niveau 3 régional : pôle de référence en addictologie, doit assurer en plus des missions de niveau 1 et 2, des missions d'enseignement, et de formation, de recherche, de coordination régionale. Le CHU de Nancy a fait de cette thématique un point fort de son projet médical.

- les réseaux de proximité thématiques en addictologie connaissent de grandes difficultés pour la pérennisation de leur financement. Il est à noter que de nombreux professionnels de santé libéraux ont mis en place une organisation fonctionnelle de type « **réseau informel** », reposant sur la connaissance qu'ils ont les uns des autres, et permettant une meilleure articulation entre les acteurs d'un territoire donné. Le réseau régional LORADDICT assure des activités de coordination et d'expertise.

## Meurthe-et-Moselle

### Synthèse départementale addictologie sur le champ médico-social

L'offre est inégale dans le département, concentrée sur l'agglomération de Nancy, et dans une moindre mesure sur les territoires de Briey et Longwy, très limitée sur les autres TSP.

Sud du département :

- 1 CSAPA généraliste géré par le CHU
- 2 CAARUD : 1 géré par AIDES, 1 par l'AGU
- 14 places d'appartements de coordination thérapeutique

A noter également 20 places de lits halte soins santé.

Nord du département : 1 CSAPA généraliste géré par Alpha Santé, avec 3 sites à Mont-Saint-Martin, Villerupt et Briey.

- Points forts

Une offre médico-sociale CSAPA autorisée depuis peu qui permet une continuité de soins sur les TSP de Briey et Longwy.

- Points à renforcer

Le regroupement des structures médico-sociales CSAPA sur un site unique est une priorité pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients, sur le TSP de Nancy.

Sur les TSP de Lunéville, Toul et Pont-à-Mousson, le développement de consultations avancées ou d'antennes doit être renforcé. Une articulation est à conforter avec les lits de sevrage et de SSR.

Le partenariat avec l'Education Nationale (consultations jeunes consommateurs) et l'administration pénitentiaire (consultations détenus) doit être développé.

### **Synthèse départementale addictologie sur le champ sanitaire**

- Points forts

Le CHU de Nancy a fait de cette thématique un point fort de son projet médical. Sont regroupés au sein du pôle de spécialités médicales : le Centre d'alcoologie comprenant le CSAPA (toujours localisé sur le site Maringer-Villemin-Fournier pour une partie) et le service de Médecine L, le service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, l'Unité de coordination de Tabacologie (au sein du service de pneumologie du CHU de Brabois assurant des activités de consultation et de liaison tabac-cannabis, de prévention et d'enseignement – recherche en tabacologie), et l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT).

Une unité de court séjour de recours « soins résidentiels complexes » reconnue par l'ARS (service de Médecine L au CHU : 18 lits, à orientation alcool et / ou autres dépendances).

Un projet transversal SSR-psychiatrie au CH de St-Nicolas-de-Port, orienté vers la prise en charge des troubles cognitifs secondaires à l'addiction, et incluant à cet effet 10 places d'hospitalisation de jour.

- Points à renforcer :

L'accès aux lits de sevrage simple : en dehors du CHU, seul l'hôpital local de Pompey déclare des lits de sevrage.

## **Meuse**

La Meuse est un département faiblement peuplé dans lequel les professionnels en addictologie, peu nombreux, se connaissent et ont pris l'habitude de travailler ensemble de manière informelle.

### **Synthèse départementale addictologie sur le champ médico-social**

- Points forts :

Le département est bien couvert avec 2 CSAPA : l'un spécialisé alcool, géré par l'ANPAA 55, l'autre spécialisé toxicomanie, Centr'aid géré par le CH de St-Mihiel, avec des sites sur Verdun, Bar-le-Duc et Commercy.



**- Points à renforcer :**

La complémentarité entre les deux CSAPA est à améliorer. Les 2 CSAPA ont toutefois développé des actions partenariales entre eux et avec les partenaires hospitaliers ainsi que les structures d'insertion et d'hébergement dans le cadre d'un réseau informel RESAM.

L'absence de CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues).

L'absence de places en ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) : une étude de besoins est à mener avec le Réseau, les Etablissements et les Associations.

Il faut également prendre en compte les besoins spécifiques liés à la prise en charge des détenus au regard de l'existence des trois Centres Pénitentiaires Meusiens.

**Synthèse départementale sur le versant sanitaire**

**- Points forts**

Le CHS de Fains-Veel (unité de soins « Les Mays ») dispose d'un service de 20 lits spécialisé dans l'accueil de dépendances lourdes et se positionnant donc en 2<sup>e</sup> recours. Le CHS a une direction commune avec le CHG de Bar-le-Duc, ce qui facilite la coordination avec les soins somatiques et l'équipe de liaison en addictologie.

**- Points à renforcer**

Conforter l'offre de sevrage simple.

**Moselle**

**Synthèse départementale addictologie sur le champ médico-social**

**- Points forts :**

Un CSAPA généraliste est géré par le CHS de Jury-les-Metz (« centre Baudelaire » à Metz et Thionville), un CSAPA spécialisé toxicomanie, « les Wads » à Metz, est géré par le CMSEA et un CSAPA spécialisé alcool à Metz, est géré par le CDPA 57 ; les structures médico-sociales du département ont étendu leurs interventions en milieu rural par le biais de nombreuses antennes délocalisées. Il apparaît que les besoins du territoire mosellan sont bien couverts en matière de toxicomanie (à l'exception de deux zones rurales : les arrondissements de Boulay et de Château-Salins, très touchés par des problèmes de dépendance et de consommations de drogues diverses chez les jeunes).

**- Points à renforcer :**

Le constat est moins positif pour la prise en charge des problèmes d'alcool (la mise en place des consultations décentralisées de l'unique CSAPA spécialisé alcool se révèle insuffisante au regard des besoins).

Le CAARUD de Metz géré par AIDES réalise peu d'activité.

**Synthèse départementale sur le versant sanitaire**

**- Points forts :**

Le service de soins en addictologie du CHS de Jury-les-Metz dispose de 13 lits dédiés aux prises en charge simples et complexes pour tous produits, il s'inscrit dans le cadre plus large du Pôle Addictologie de Jury (ex Inter secteur des Pharmacodépendances de la Moselle) comprenant également un CSAPA généraliste « Baudelaire », une unité fonctionnelle de liaison, 4 appartements thérapeutiques et des activités de recherche et de formation.



Le CHS de Sarreguemines : dispose d'une unité hospitalière de 6 lits « l'Etape » initialement spécialisée en toxicomanie, accueillant des dépendances lourdes, et d'une unité alcool « l'Ile » de 18 lits assurant une activité à type de postcure.

Il existe un centre de postcure à Maizeroy (« La Fontenelle ») : établissement de 56 lits, à l'origine spécialisé dans la dépendance alcoolique, développant à présent le traitement des autres dépendances (cannabis, psychotropes, opiacés). Le recrutement des patients se fait à 80% sur la région lorraine et 20% hors région.

Dans un objectif d'aide au maintien de l'abstinence, il a été mis en place des possibilités d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle : séjours de rupture sur 6 jours à la demande du patient en situation de fragilité par rapport à ses consommations, et séjours séquentiels sur 6 mois à l'initiative des partenaires (projet tripartite).

Un réseau en addictologie AMELUCTA existe sur le territoire de Moselle-Est à l'origine dédié à la lutte contre le tabac, recentré à présent sur le tabagisme et les addictions associées : tabac/cannabis chez les plus jeunes, tabac/alcool chez les plus âgés) ; il mène 3 types d'actions : aide individuelle au sevrage, formation des professionnels de santé, information des populations sous forme d'interventions en milieu scolaire, professionnel et social).

L'hôpital militaire Legouest réalise des sevrages alcool (1 à 2 lits).

**- Points à renforcer :**

Le manque de lits identifiés en addictologie au CHR Bonsecours de Metz.

L'activité de consultation alcool de l'équipe de liaison en addictologie messine EHLAM, au détriment de l'activité de liaison.

L'absence d'équipes de liaison dans certains établissements disposant d'accueil d'urgences (Forbach, St-Avold, Sarreguemines).

## Vosges

### Synthèse départementale addictologie sur le champ médico-social

**- Points forts :**

Les CSAPA sont implantés sur chacun des TSP et ont maintenu une prise en charge spécifique « drogue » ou « alcool » (CSAPA alcool à Epinal, géré par la FMS, avec antennes à Remiremont et St-Dié et CSAPA toxicomanie « La Croisée » à Epinal géré par l'AVSEA avec antennes sur Remiremont et St-Dié), hormis le CSAPA de l'Ouest Vosgien à Neufchâteau (géré par l'ANPAA 88, avec permanences sur Mirecourt, Vittel, Darney) développant une activité « généraliste » et travaillant en partenariat avec le Centre Hospitalier. La prise en charge des personnes détenues (maison d'arrêt d'Epinal) est assurée par de multiples intervenants (CSAPA, PJJ, CIDFF, associations diverses).

Consultations jeunes consommateurs sur Epinal, Remiremont et St-Dié (AVSEA) ; un service prévention toxicomanie est développé par l'association AVSEA

La mise en place d'un CAARUD en avril 2010, implanté à Epinal, complète l'offre de prise en charge et devra développer sa vocation départementale.

Implantation d'un CSAPA/CTR « drogue » à Gerbépal (9 places).

**- Points à renforcer :**

La mission généraliste du CSAPA de Neufchâteau est à concrétiser (aspects financiers) – absence de lieux de consultation jeunes consommateurs.

L'articulation entre CSAPA alcool et toxicomanie d'Epinal est à améliorer (il existe toutefois une mutualisation des moyens des CSAPA pour les locaux sur St-Dié).

A noter l'absence d'appartement de coordination thérapeutique sur le territoire de santé et la nécessité d'examiner la mise en œuvre d'une offre correspondante.

## **Synthèse départementale sur le versant sanitaire**

### **- Points forts :**

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Ravenel effectue des sevrages simples (vocation départementale).  
Le Centre Hospitalier d'Epinal dispose d'une équipe de liaison et de consultations en addictologie.  
Le Centre Hospitalier de Neufchâteau et le Centre Hospitalier de Saint-Dié disposent de lits de sevrage simple (service médecine) et d'une unité de consultations d'addictologie. Il existe une équipe de liaison à Neufchâteau.

### **- Points à renforcer :**

L'identification et les modalités d'organisation des services hospitaliers en termes de prise en charge des addictions (lits de sevrage, TSO,...) mériteraient néanmoins d'être mieux repérées et formalisées (CH d'Epinal, CH de St Dié depuis le départ du praticien hospitalier addictologue).

L'absence d'équipe de liaison et consultation addictologie au CH Remiremont.

L'absence d'équipe de liaison au CH de St-Dié (serait en projet ?).

L'absence d'équipe de liaison CH de Vittel.

L'absence de site identifié permettant de réaliser des sevrages complexes.

## **Eléments de cadrage régionaux**

### **La politique de santé**

- **5 axes stratégiques** ont été définis au niveau national, en concordance avec les objectifs de la politique de santé pour les 5 années à venir :

- ⇒ Handicap et vieillissement
- ⇒ Périnatalité et petite enfance
- ⇒ Maladies chroniques
- ⇒ Santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions)
- ⇒ Veille et sécurité sanitaire

- Le CPOM ARS / Ministère fixe 3 priorités nationales :

#### **→ Améliorer l'espérance de vie en bonne santé**

- réduire la mortalité prématurée évitable
- développer la promotion de la santé et la prévention des maladies
- renforcer le dispositif de veille et sécurité sanitaire

#### **→ Promouvoir l'égalité devant la santé :**

- réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- faire vivre les instances de démocratie sanitaire et sociale

#### **→ Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient**

- améliorer la qualité et l'efficacité des soins, de la prévention et des services médico-sociaux
- adapter l'offre aux besoins
- optimiser l'organisation de la PDSA
- maîtriser les dépenses de santé
- développer les parcours de soins ou de vie des personnes âgées ou handicapées

## Le Projet Régional de Santé (PRS)

Il est l'outil de planification et de régulation régionale de l'offre de soins instauré par la loi HPST.

**Le plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** première composante du PRS, fixe des priorités régionales, déclinées en objectifs qui vont structurer la planification de l'offre de soins au sein des 3 schémas suivants : **le Schéma Régional de Prévention, le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale et le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS PRS) qui constituent la 2<sup>ème</sup> composante du PRS.** La thématique addictologie doit être traitée en transversal, couvrant l'ensemble des 3 champs.

### Le PSRS lorrain : 4 priorités

#### → Agir sur les principales causes de mortalité prématurée en Lorraine

(Tumeurs, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, suicide)

- ⇒ Objectif n°1 : développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires
  - Objectif spécifique 1-2 : agir sur les déterminants comportementaux (tabac, alcool...).
  - Objectif spécifique 1-5 : développer l'éducation thérapeutique.
  - Objectif spécifique 1-6 : sensibiliser les acteurs du 1<sup>er</sup> recours à la prévention.
- ⇒ Objectif n°2 : organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne
  - Objectif spécifique 2-1: développer l'information et la formation des usagers.
  - Objectif spécifique 2-2 : diffuser les bonnes pratiques de prise en charge.
  - Objectif spécifique 2-3 : coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours de soins en associant le champ ambulatoire et le champ médico-social.
- ⇒ Objectif n°3 : identifier et organiser des filières graduées de prise en charge

#### → Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec l'ARS

- ⇒ Maintenir et développer l'autonomie des personnes.
  - ⇒ Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente.
- Ces priorités sont déclinées en objectifs stratégiques.

### Les schémas régionaux

#### → Le SROS-PRS

L'élaboration du SROS devra veiller à l'adéquation de l'offre existante aux besoins de la population pour une meilleure qualité des soins dans le respect de l'ONDAM.

A cet effet, les leviers à utiliser dans le cadre hospitalier pourront être :

- ⇒ La poursuite de la recomposition de l'offre hospitalière dans une logique d'efficience médico-économique et de qualité des soins.
- ⇒ Développer les alternatives à l'hospitalisation complète.
- ⇒ Favoriser l'accès aux spécialistes en limitant le déplacement des populations.
- ⇒ Conforter la place des équipes mobiles hospitalières et développer leur intervention hors les murs.
- ⇒ Structurer et fluidifier le parcours de soins du patient dans le cadre de filières de soins graduées et coordonnées

## → Le SROMS :

Les réflexions guidant l'élaboration du SROMS ne sauront se limiter à la seule entrée par type de difficulté rencontrée (addiction..), mais devront combiner plusieurs types de questionnements tels que :

- ⇒ Les périodes de vie marquées par des risques de rupture.
- ⇒ Les moments de fragilité.
- ⇒ La complexité des situations, des réponses requises et des niveaux territoriaux d'intervention correspondants.
- ⇒ Des fonctions attendues du secteur médico-social : dépistage et prévention, orientation, accompagnement, accueil de jour, hébergement...

### Enjeux :

- réduction des inégalités territoriales (proximité++), rééquilibrage en filières de prise en charge.
- accessibilité aux populations socialement défavorisées (impact de la situation sociale sur l'accès aux prises en charge).
- **définition d'une politique réellement régionale.**
- **approche transversale pour les addictions.**
- amélioration de l'efficacité de l'offre existante en conciliant dynamique impulsée par les plans nationaux et la stabilisation de l'ONDAM médico-social.
- nécessité d'une réflexion commune avec l'ensemble des autres acteurs, notamment les Conseils Généraux et les autres services de l'Etat.

## Le volet addictologie (avenant au SROS III/ mars 2008)

### → Constats :

- défaut de repérage précoce et de prise en compte des conduites à risque ou d'abus multiples.
- méconnaissance des facteurs de vulnérabilité et des formes nouvelles de consommation.

#### ↳ d'où un diagnostic fait tardivement

- carence de professionnels formés en addictologie
- dispositif spécialisé : cloisonné, centré sur l'approche par produit, essentiellement tourné vers les soins aux plus dépendants, manquant d'organisation et de moyens, de répartition et d'accessibilité inégale.
- dispositif hospitalier :
  - ⇒ une prise en charge souvent limitée aux complications par défaut de repérage (urgences, maternité) et d'orientation adaptée,
  - ⇒ une mobilisation insuffisante des établissements de santé (manque de consultations et de lits de sevrage),
  - ⇒ une activité addictologique difficilement identifiable et peu valorisée,
  - ⇒ le rôle des services de psychiatrie mal défini,
  - ⇒ des difficultés dans l'accompagnement sur le long terme.

#### ↳ globalement carences portant sur l'articulation et la connaissance réciproque des différents acteurs

### → Objectifs généraux et opérationnels :

- repérer précocement les conduites addictives et les comportements à risque :  
(Définir des acteurs, des lieux et des situations privilégiés de repérage social et médical, évaluer l'importance des contextes et des situations favorisant la consommation, définir des populations cibles à toucher en priorité),
- apporter une compétence addictologique pour tous les acteurs,
- réaffirmer le rôle du médecin généraliste,
- définir la place des établissements de santé.

## Evaluation du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (résultats de l'enquête 2009)

Ce constat national est tout à fait superposable aux observations faites en région Lorraine.

Niveau 1 : le maillage territorial est suffisant quantitativement, **cependant pour plusieurs établissements disposant d'un service d'urgence, il reste à garantir l'accès à une ELSA et/ou une consultation par des conventions à formaliser : la signature de ces conventions doit être une priorité.**

Il est important de veiller à la complémentarité entre les consultations d'addictologie et celles assurées par les CSAPA : lorsqu'un CSAPA est installé dans les murs d'un établissement sanitaire, la création dans cet établissement d'une consultation hospitalière d'addictologie n'est pas envisageable.

Niveau 2 : le maillage territorial est actuellement insuffisant ; des progrès importants doivent être réalisés par les régions en terme de reconnaissance des unités de soins complexes (par avenant au CPOM) ; il est rappelé que **seules les structures de soins complexes reconnues pourront facturer des GHS soins complexes.**

L'articulation des établissements disposant d'un service de soins de recours devra être formalisée, notamment avec ceux ayant une activité de SSR afin de constituer des filières addictologiques complètes.

Niveau 3 : il existe une grande disparité dans les régions qui invite à la réflexion de faire évoluer l'objectif du plan d'un centre de recherche par région vers un centre interrégional.

### Objectifs opérationnels addictologie

Les objectifs opérationnels sont présentés sous forme de fiches, selon trois axes thématiques :

- axe prévention,
- axe structuration de l'offre de santé de premier recours,
- axe trajectoires de prise en charge en addictologie (coordinations).

Chaque fiche « objectif opérationnel » comporte les principaux éléments de diagnostic utiles, et le plan d'action associé.

Les objectifs opérationnels ont fait l'objet d'une réflexion en transversalité, sur les champs de la prévention, du médico-social et du sanitaire (dont le champ ambulatoire) : les mesures constituant les plans d'action peuvent ainsi relever d'un, deux ou même des trois champs.

## Epidémiologie des conduites addictives

### A) Epidémiologie des conduites addictives en France

#### 1) Tabac :

##### a) consommation

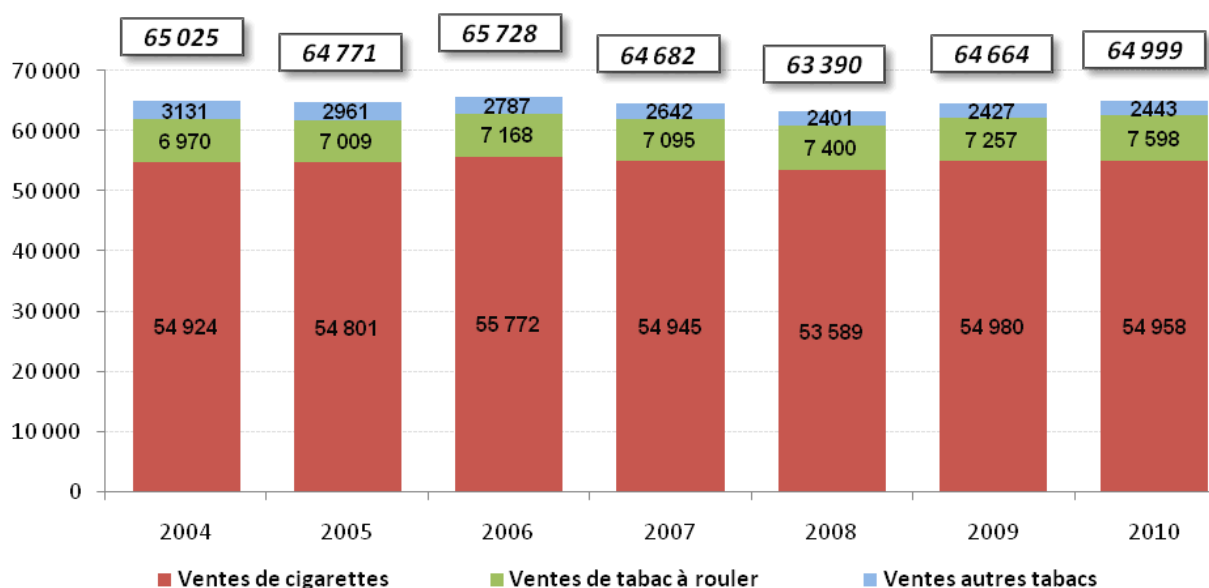
→ les ventes :

- Depuis le recul de 2003-2004 consécutif aux fortes hausses de prix, les ventes de tabac en France se sont relativement stabilisées (malgré 2 hausses successives de prix en novembre 2009 et novembre 2010).

Les ventes de tabac ont légèrement augmenté en 2010 (0,5% par rapport à 2009), **cette évolution est surtout liée à l'augmentation des ventes de tabac à rouler**, celle des cigarettes étant restée quasiment stable.

La tendance à la diminution des ventes provoquée par les augmentations de prix français aurait été contrebalancée par une relocalisation partielle des achats sur le territoire français (hausse significative des prix en Espagne).

**Graphique 1. Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs** (source : Altadis/DGDDI)



- De 2004 à 2007 les achats transfrontaliers équivalent à 1 cigarette sur 5 consommées en France ; une enquête spécifique menée par BVA sur 2009-2010 auprès de 767 fumeurs montre que 22% des acheteurs de tabac se sont approvisionnés dans le bureau de tabac d'un pays limitrophe une ou deux fois dans l'année et que 2,6% l'ont fait tous les jours ou presque ; les acheteurs les plus concernés par ces pratiques sont ceux vivant dans les régions frontalières du Nord, de l'Est et du Sud-Ouest, ayant des revenus moyens et étant dépendants du tabac.

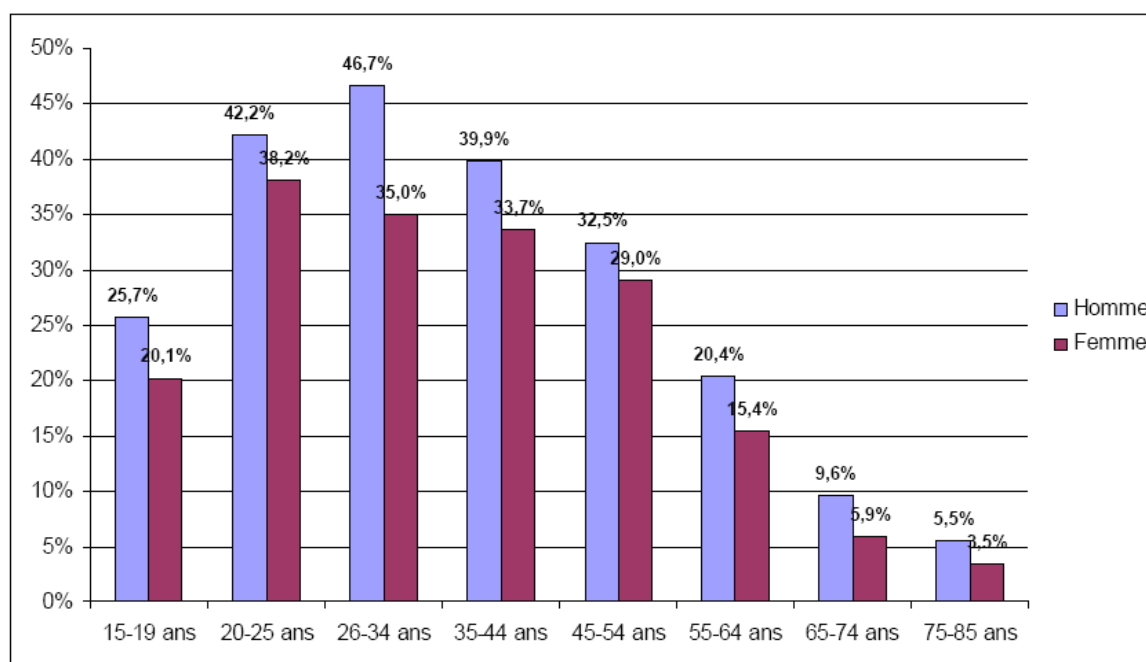
→ la consommation :

- **Près de 34% des Français âgés de 15 à 75 ans sont fumeurs**, soit une proportion en hausse de 2,2 points depuis 2005, selon le Baromètre Santé 2010 : les fumeurs quotidiens représentent 29,1% de la population (contre 27,1% en 2005) avec une augmentation forte chez les femmes (de 23 à 26 %) ; **la hausse constatée entre 2005 et 2010 constitue la 1<sup>re</sup> hausse véritablement significative du tabagisme observée en population générale depuis la loi Evin du 10 janvier 1991**. Selon l'OFDT les 2 hausses successives de prix de 6% des cigarettes de novembre 2009 et novembre 2010 n'ont eu pour effet que de stabiliser les ventes, favorisant au passage la progression du tabac à rouler.

- Selon le Baromètre Santé 2010, l'expérimentation du tabac concerne 81,4% des hommes et 67,4% des femmes ;

-La proportion d'usagers actuels de tabac diminue avec l'âge à partir de 30 ans et surtout au-delà de 50 ans.

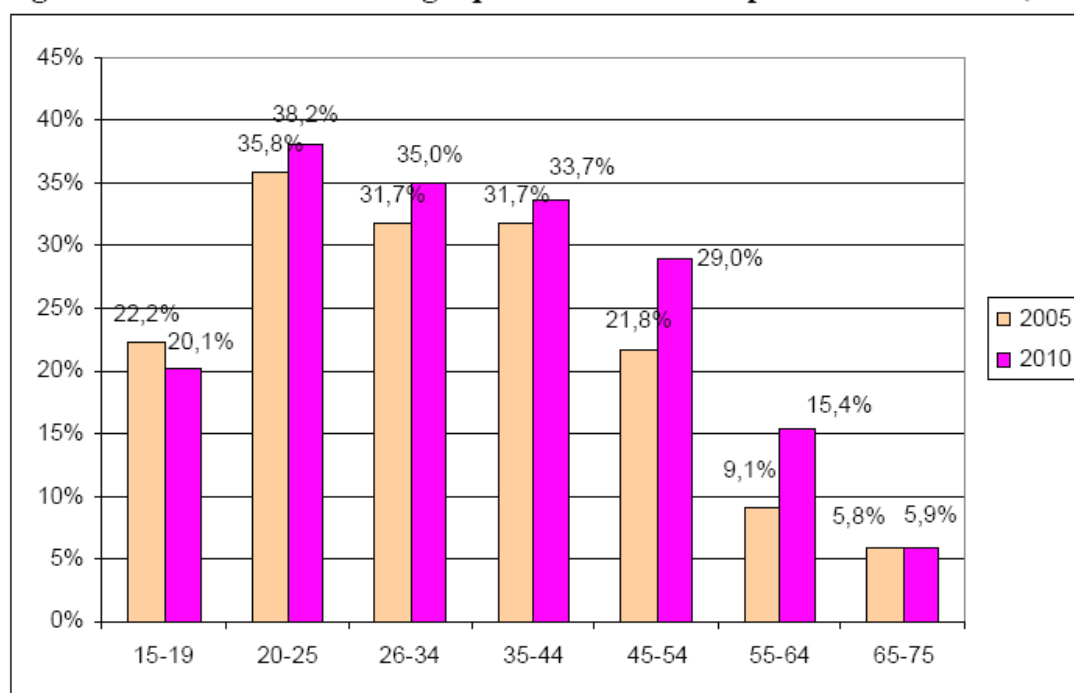
**Figure 1 : Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe**



Source : Baromètre Santé 2010, INPES

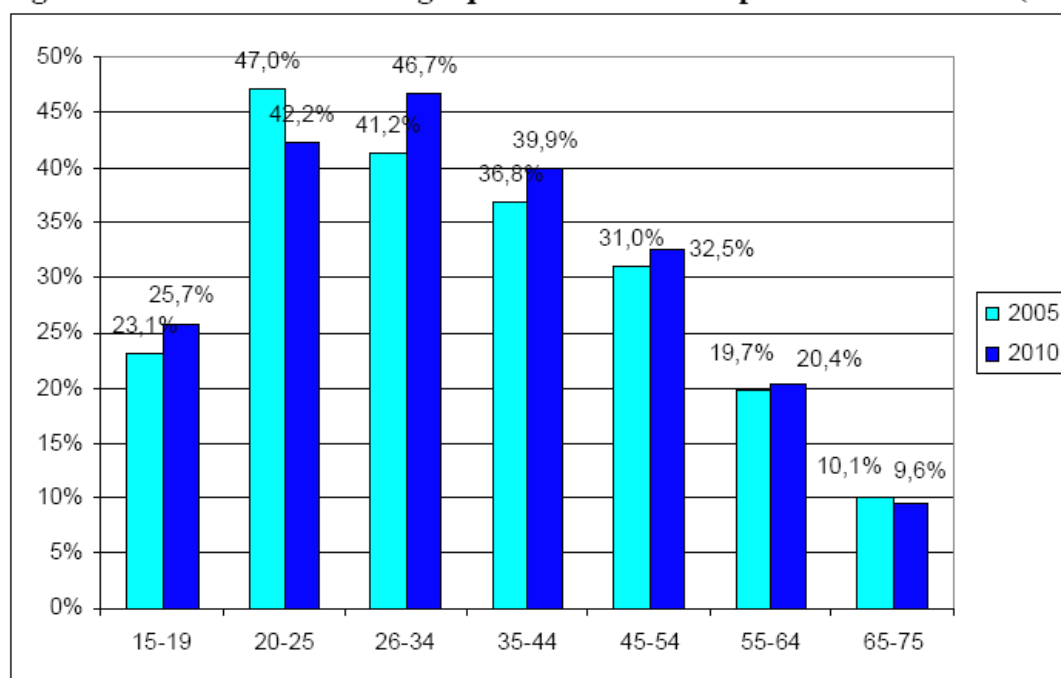
Evolution depuis 2005 parmi les 15-75 ans :

**Figure 2 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans)**



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES

**Figure 3 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans)**



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES



- la prévalence diffère selon l'âge et le sexe : chez les hommes, la hausse concerne principalement les 26-34 ans (+ 5,1 points), tandis que les 20-25 ans présentent une baisse de 4,7 points ; **pour les femmes la hausse est particulièrement forte pour la tranche d'âge 45-64 ans, ce qui pourrait en faire une population à cibler plus particulièrement dans les prochaines campagnes de prévention.**

- **La prévalence du tabagisme quotidien pendant la grossesse concernerait 36% des femmes en début de grossesse, et 22% continuent à fumer lors du dernier trimestre selon l'Association Droits des Non Fumeurs (DNF)** ; des messages de prévention erronés continueraient à circuler notamment dans le milieu médical, à savoir qu'un arrêt brutal du tabac peut générer du stress chez le fœtus.

- les consommations des enfants et adolescents : si avant 14 ans la consommation de tabac reste rare, (à peine 8% des enfants de 11 ans disent avoir déjà fumé une cigarette, et à 13 ans les usages hebdomadaires ne concernent que 5% des jeunes), son usage augmente nettement ensuite : à 15 ans l'expérimentation concerne 55% des adolescents, et l'usage hebdomadaire, 1 adolescent sur 5 (source HBSC 2006).

- les données du baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent indiquer la tendance d'une baisse parmi les filles (20,1%/ 22,2%) et d'une hausse chez les garçons (25,7% / 23,1%) entre 2005 et 2010.

- il est admis aujourd'hui que la précocité de l'expérimentation est un facteur important dans la survenue d'une dépendance ultérieure.

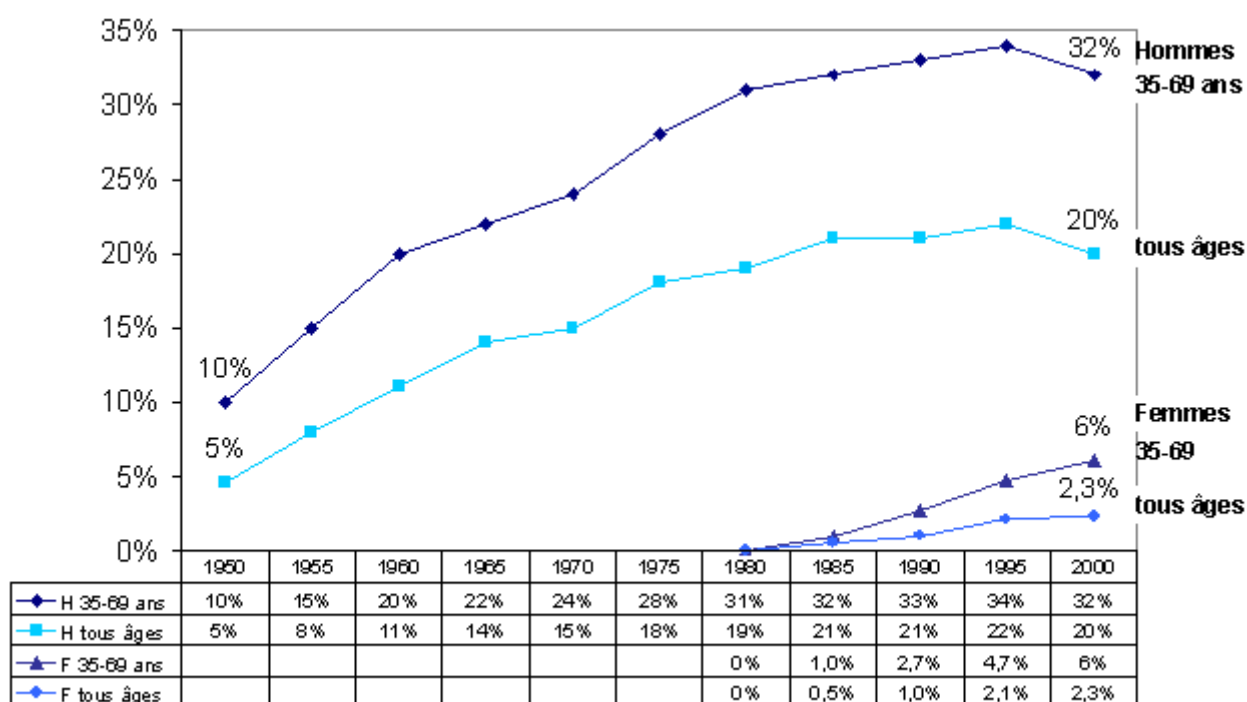
- concernant le statut d'activité, les chômeurs présentent la hausse la plus forte entre 2005 (44,0 % de fumeurs quotidiens) et 2010 (50,8 %,  $p < 0,001$ ), ce qui montre que les efforts à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales en matière de tabagisme restent importants; les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer du fait d'une moindre sensibilité aux messages de prévention et une incapacité à se projeter dans l'avenir liées à leur situation d'instabilité matérielle ( selon le baromètre santé 2010).

#### b) mortalité

- Cause majeure de décès prématurés et évitables en France, on estime que le tabac est aujourd'hui responsable de 60 000 morts chaque année [1] dont la moitié survient entre 35 et 69 ans.

- La mortalité liée au tabac est encore largement masculine. Plus de la moitié des décès a lieu avant 70 ans, le tabac étant responsable d'un tiers de la mortalité des hommes entre 35 et 69 ans. Chez les hommes, la part de la mortalité liée au tabac a commencé à régresser dans les années 1990. Les taux de mortalité ont en fait amorcé une diminution plus tôt (1985 à 1990 selon les pathologies) mais la mortalité générale a également diminué pendant la même période. Cette régression fait suite à la diminution du tabagisme masculin depuis les années 1970, mais aussi aux progrès thérapeutiques. Au contraire, la mortalité tabagique féminine, presque inexistante avant les années 80 s'accroît rapidement.

### Evolution de la part des décès liés au Tabac en France chez les hommes et chez les femmes (1950 - 2000)



Sources : registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU, université of Oxford

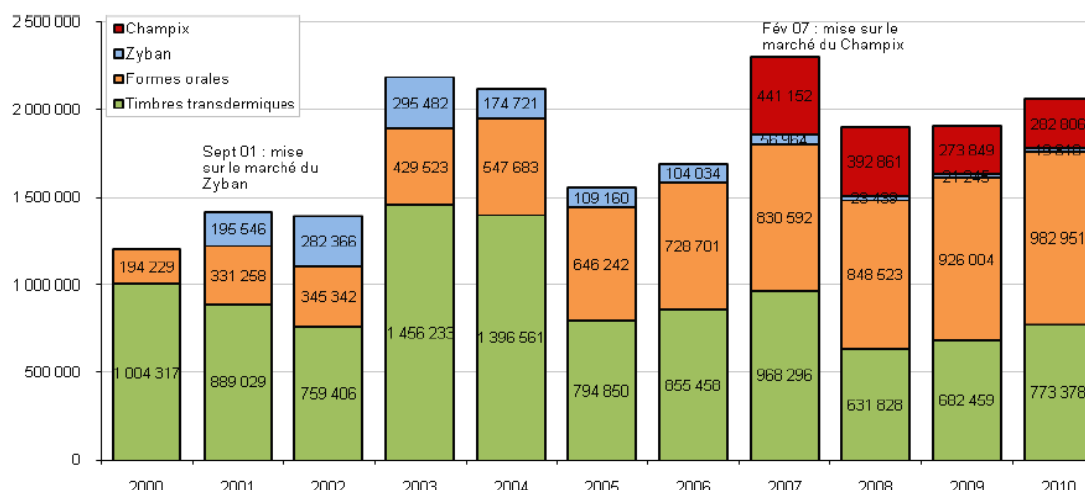
- Les cancers du poumon sont en très grande majorité lié au tabac et les décès constituent donc l'indicateur le plus spécifique de la mortalité consécutive au tabagisme. Pour les hommes, on observe une inflexion progressive dès le milieu des années 1990, alors que la mortalité féminine continue de progresser. Les femmes sont beaucoup moins touchées que les hommes mais l'écart se réduit avec le développement du tabagisme féminin. **Entre 1980 et 2005, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a plus que triplé (passant de 3,6 à 12,6)**, alors celui des hommes a augmenté de 4,5 % seulement. La situation concernant le cancer du poumon chez la femme est donc très préoccupante puisque incidence et mortalité sont en constante augmentation (7 700 décès en 2010 selon l'INVS). Certaines études récentes laissent penser que les femmes seraient plus sensibles aux carcinogènes contenus dans la fumée de tabac.

#### c) données de prise en charge en 2010.

**Selon l'OFDT, les initiatives d'arrêt sont en augmentation** (traitements pour l'arrêt, consultations tabacologiques), ce qui laisse penser à une volonté plus importante des fumeurs de réduire ou arrêter leur consommation.

- Les traitements pour l'arrêt du tabac augmentent sensiblement, particulièrement les timbres transdermiques. **En 2010, le nombre de patients traités est en augmentation de presque 8 % par rapport à 2009**, pour dépasser les 2 millions.

**Graphique 4. Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac, en équivalent "nombre de patients traités"**  
(source : GERS)



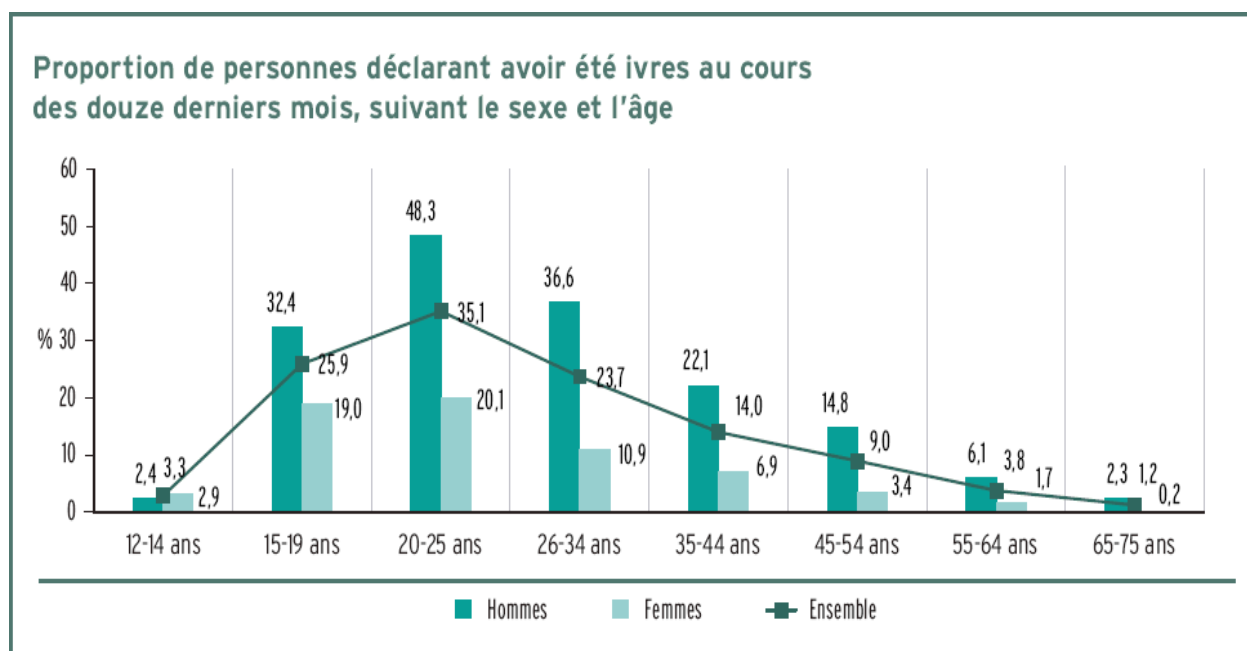
Sur l'ensemble de l'année 2010, les ventes en officines de ville de traitements pour l'arrêt du tabac enregistrent une augmentation sensible par rapport à 2009 : on compte 2 082 056 « patients traités »4 contre 1 930 655 en 2009, soit 7,8 % de plus

- Les sevrages tabagiques effectués avec l'aide d'un professionnel du soin sont les plus nombreux en médecine de ville. Des chiffres remontant à 2003 permettent d'évaluer à environ 84 000 par semaine le nombre de personnes venues consulter un médecin généraliste pour un sevrage tabagique contre 4 000 dans les consultations spécialisées.
- L'analyse de l'activité des consultations tabac objective un nombre de nouveaux patients stable par rapport à 2009, mais un délai d'attente pour un 1<sup>er</sup> RV qui augmente (13,5 jours en moyenne/ 12 jours en 2009.). Pour ces nouveaux patients, l'initiative de la consultation revient à un professionnel de santé dans 56,5% des cas, et au fumeur lui-même dans 38,7% des cas

## 2) Alcool :

### a) consommation :

- **Globalement les usages d'alcool apparaissent en baisse** depuis une décennie (en particulier depuis 2000), mais le niveau global reste élevé.
- En population générale adulte, en 2005, seuls 7% des 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées, 37% en consomment seulement occasionnellement, 35% au moins une fois par semaine mais pas tous les jours, 15% tous les jours.
- **La consommation régulière augmente avec l'âge** : la consommation quotidienne est presque inexistante avant 40 ans (3,4% des 15-39 ans), **mais concerne 16,6% des 40-75 ans.**
- **Les hommes sont nettement plus consommateurs que les femmes** : ils sont 3 fois plus nombreux à déclarer un usage quotidien (23% / 8%) et 41% d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire (mais pas quotidienne) contre 29% des femmes.
- En 2005, 15% des adultes disent avoir connu au moins 1 épisode d'ivresse au cours des derniers mois ; l'ivresse au cours de l'année s'avère 3 fois plus fréquente chez les hommes (22%) que chez les femmes (7%) et décroît significativement avec l'âge, (avec un pic pour la tranche 20-25 ans).



Source Baromètre santé 2005

- Consommation d'alcool et adolescence : si avant 14 ans la consommation d'alcool reste rare, **à 17 ans l'alcool est de très loin la substance psycho-active la plus consommée au cours des 30 derniers jours**; en effet 8 jeunes de cet âge sur 10 (74% des filles et 81% des garçons) en déclarent au moins un usage sur cette période. Près de 3 fois plus de garçons que de filles (18% contre 6%) déclarent un usage régulier (10 consommations au cours du dernier mois). **Environ 6 jeunes de 17 ans sur 10 (60%) déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, plus de la moitié (51%) au cours des douze derniers mois**; là aussi la prédominance est très masculine.

#### ↳ Les usages problématiques :

→ Selon le Baromètre santé 2005, environ 8 % des français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant une consommation chronique risquée d'alcool.

→ **Chez les hommes de plus de 40 ans, 33% ont une consommation à risque ponctuel, 15% ont une consommation régulière excessive**, selon les seuils du questionnaire AUDIT (niveaux supérieurs à ceux des femmes du même âge : 12,9 et 3,2%). Ils restent un public difficile à sensibiliser, ayant tendance à minimiser leur consommation et à en sous-estimer les risques (Baromètre santé INPES)

→ **En ce qui concerne les jeunes, 49% disent avoir bu plus de 5 verres en au moins une occasion au cours des 30 derniers jours**, 2,4% déclarant l'avoir fait au moins 10 fois: comportements correspondant au « binge drinking » anglo-saxon, désignant une alcoolisation ponctuelle clairement supérieure aux recommandations de l'OMS (source OFDT).

#### ↳ L'alcool-dépendance

Dans une compilation [9] de l'ensemble des résultats d'enquêtes menées dans les pays européens (presque uniquement des pays de l'Europe du nord) dans les années 1990 la prévalence moyenne de l'alcool-dépendance sur les douze derniers mois se situe autour de 3%. Mais les résultats sont très variables d'une étude à l'autre (de 0,4% à 14,5% d'alcool-dépendants chez les hommes; de 0,1% à 4,2% chez les femmes). Au sein d'un même pays, les estimations peuvent varier du simple au double, selon les études. Il n'existe pas de certitudes sur le nombre d'alcool-dépendants en France (source OFDT).

b) Morbi-mortalité

- A la phase aiguë, la consommation d'alcool peut être responsable de troubles du comportement, à l'origine d'une multiplication d'erreurs lors de l'exécution de tâches et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques (→ accidents divers, conduites de violence...); au plan chronique la toxicité est majeure pour le foie (cirrhose, hépatocarcinome), le système nerveux périphérique (polynévrite des membres inférieurs, neuropathies optiques) et central (syndrome cérébelleux, troubles des fonctions intellectuelles, psychose alcoolique), et pour les voies aérodigestives supérieures (cancers).
- **La consommation pendant la grossesse expose l'enfant au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (S.A.F)** associant un retard de croissance intra-utérin, une dysmorphie crânio-fœtale, et des anomalies neurologiques (retard de développement intellectuel, troubles du comportement). Ce syndrome souvent sous-diagnostiqué concernerait 5 naissances pour 1000 dans les formes modérées et 1 à 2 naissances pour 1000 dans les formes sévères (pour la période 1986-1990 source BEH 12 septembre 2006).
- L'impact sur la mortalité est difficile à mesurer (facteur direct ou indirect); **l'alcool reste toutefois la 2<sup>e</sup> cause de mortalité évitable en France. Ce niveau de mortalité reste un des plus élevés d'Europe** (surmortalité masculine liée à l'alcool supérieure de 30% à la moyenne européenne). La mortalité est généralement appréciée à partir de 3 pathologies liées totalement ou très majoritairement à la consommation d'alcool (cirrhose, cancers VADS, psychose alcoolique) : selon l'INSERM, en 2002, **environ 22 000 décès peuvent ainsi être attribués à l'alcool, dont environ la moitié par cancers des VADS et 40% par cirrhoses**; si l'on estime la mortalité à partir de l'ensemble des décès où l'alcool pourrait intervenir comme cause associée on trouve des chiffres plus élevés : 37 000 au début des années 2000, **autour de 30 000 en 2007 (dont environ 1200 par accidents de la route) , soit un chiffre en diminution.**
- **80% des décès liés à l'imprégnation alcoolique chronique concernent les hommes** qui en décèdent avant 65 ans.

c) données de prise en charge

- L'impact de la consommation excessive d'alcool peut se mesurer également en nombre de consommateurs d'alcool ayant recours aux soins en raison de leur consommation. Il faut distinguer la prise en charge de la maladie alcoolique elle même (abus et dépendance à l'alcool) de la prise en charge des maladies qui sont la conséquence de la consommation d'alcool. **En 2005, environ 125 000 consommateurs ont été reçus dans le système spécialisé de soins (Centres de cure ambulatoire en alcoologie)** pour des problèmes de consommation d'alcool, dont près de 20% n'ont été vus qu'une fois. Parmi les personnes prises en charge, les deux tiers étaient considérées par le personnel soignant comme alcoolos dépendantes. Le système d'information des hôpitaux (PMSI) enregistrait, **en 2006, 108 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (dont 60% de séjours de moins de 24 heures suite à une ivresse aigue) et 19 000 séjours pour sevrage alcoolique**
- La prise en compte de l'ensemble des pathologies induites par l'alcool conduit à des chiffres de prises en charge sanitaires beaucoup plus élevés. **Le nombre total d'hospitalisations liées aux conséquences sur la santé des problèmes d'alcool a été estimé à 1,3 millions en 2003**

### 3) substances illicites

#### a) données de consommation

→ Selon les résultats du Baromètre Santé 2010, concernant les plus de 18 ans, on peut dresser les constats suivants :

- **stabilisation de la consommation de cannabis : il s'agit du produit illicite de loin le plus consommé en France : environ 1/3 des adultes de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.** En 2010 comme en 2005, la part des personnes ayant consommé dans l'année se situe autour de 8% et ce nombre est de 4% pour ceux qui en ont consommé au cours du mois.

Comme pour les autres drogues illicites, les jeunes générations et les hommes sont davantage concernés par ces usages.

- recul de l'usage d'ecstasy dans l'année : l'expérimentation est de 2,7% en 2010 contre 2% en 2005.
- **hausse de la consommation de cocaïne : la part des 18-64 ans qui a expérimenté la cocaïne a pratiquement augmenté de moitié depuis 2005 (passant de 2,5 à 3,8%) ce qui place la cocaïne au 2<sup>e</sup> rang des substances illicites les plus consommées en France aujourd'hui.** L'usage de cocaïne au cours de l'année se situe pour sa part à 0,9 % des 18-64 ans. Il atteint 2 % chez les moins de 35 ans, ce qui situe la France (d'après les données les plus récentes de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) dans la moyenne européenne, nettement derrière l'Espagne, le Royaume-Uni et l'Italie notamment. L'enquête montre également une légère hausse de l'expérimentation d'héroïne (de 0,9 % en 2005 à 1,2 % en 2010) et de celle des champignons hallucinogènes (de 2,7 % en 2005 à 3,2 % en 2010). Enfin, les poppers voient leur diffusion augmenter, c'est ainsi que 5,3 % des 18-64 ans en ont consommé au cours de leur vie alors qu'ils étaient 3,9 % en 2005.

→ chez les jeunes : à l'exception du cannabis, les usagers de drogues illicites ou de produits détournés sont rares (Tableau 3). Les produits les plus répandus sont les produits à inhaler (colles, solvants, etc.) avec 5 % d'usagers, puis la cocaïne ou le crack (3 %), les amphétamines, les « médicaments pour se droguer » (suivant l'appellation figurant dans le questionnaire), tous aux alentours de 2 %, et enfin l'héroïne et le LSD, sous la barre des 1 %. Une catégorie résiduelle d'« autres produits » a été déclarée par 8% des jeunes, mais son contenu est inconnu.

**Tableau 3 - Niveaux d'usages au cours des douze derniers mois de drogues illicites et de médicaments pour se droguer à 15 ans (%)**

|                             | Garçons | Filles | sex ratio | Ensemble |
|-----------------------------|---------|--------|-----------|----------|
| Produits à inhaler          | 5       | 5      | 0,9 ns    | 5        |
| Cocaïne ou crack            | 3       | 3      | 1,1 ns    | 3        |
| Amphétamines                | 3       | 2      | 1,5 ns    | 2        |
| Médicaments pour se droguer | 1       | 3      | 0,3***    | 2        |
| Ecstasy                     | 1       | 1      | 1,6 ns    | 1        |
| Héroïne                     | 1       | 1      | 1,2 ns    | 1        |
| LSD                         | 1       | 1      | 0,9 ns    | 1        |

Lecture : \*, \*\*, \*\*\* et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT



**Le cannabis reste la 1<sup>re</sup> drogue illicite expérimentée et consommée à 15 ans** ; l'usage régulier de cannabis reste toutefois très en retrait de celui d'alcool au même âge (3% vs 9%). **Son expérimentation** reste très rare entre 11 et 13 ans mais **progresses fortement entre 13 et 15 ans**

|          |        |    |    |        |    |        |         |
|----------|--------|----|----|--------|----|--------|---------|
| Cannabis | 11 ans | 1  | 1  | 2 ns   | 1  |        |         |
|          | 13 ans | 5  | 4  | 1,3 ns | 5  | 4,4*** |         |
|          | 15 ans | 30 | 25 | 1,2 *  | 28 | 5,7*** | 25,0*** |

Lecture : \*, \*\*, \*\*\* et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.

Ratio 1 et 2 : rapport des niveaux entre générations.

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

→ interpellations : le cannabis reste la substance à l'origine du plus grand nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, devant l'héroïne et la cocaïne. **Le nombre d'interpellations liées à l'usage simple reste important (près de 140 000 procédures annuelles)**, ainsi que celui des interpellations pour un usage détourné de médicaments. La réponse pénale apportée aux infractions d'usage prend de plus en plus souvent la forme de mesures alternatives aux poursuites.

#### b) données sanitaires

- **Le nombre de cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990**, baisse confirmée pour l'année 2009 avec moins de 5 % pour la part des Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) dans les nouveaux cas de sida (8 % en 2008).

- **Il semble que la prévalence de l'infection au VHC fléchisse depuis plusieurs années** autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues. Par ailleurs, la part des usagers de drogues ayant pratiqué un test de dépistage continue à croître et on assiste à une diminution du diagnostic tardif de l'hépatite C. Le point important se situe maintenant dans la répétition de ces tests (au moins un par an) et dans l'accroissement de l'accès au traitement.

- un CSST sur 5, en 2002, ne prescrit toujours pas de méthadone.

#### c) mortalité

Les données officielles de la mortalité liée aux usages de substances psychoactives situent la France dans une situation apparemment enviable, avec un nombre de surdoses particulièrement bas comparé aux autres pays d'Europe de l'Ouest. **Au pic de décès enregistrés jusqu'au milieu des années 1990 a succédé une réduction significative de ces surdoses, interprétée comme une conséquence directe d'une politique volontaire de réduction des risques comprenant la diffusion des TSO et la prescription libéralisée de la BHD en particulier.** On observe cependant depuis 2003 une recrudescence de ces surdoses, sensément liée à la disponibilité accrue d'héroïne et de cocaïne, ainsi qu'à l'apparition de nouveaux types d'usagers inconnus des centres de soins ou des structures de première ligne. **Le nombre de décès par surdose augmente encore en 2008**, ce qui vient confirmer la tendance continue à l'accroissement de ces décès depuis 2003. Entre 2006 et 2008, l'accroissement du nombre de surdoses **semble spécifiquement lié à une augmentation du nombre de décès par surdose à l'héroïne mais aussi à la méthadone.**

#### d) données de prise en charge

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2009 dans les centres en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. Comme les années précédentes, leur âge moyen continue de progresser.. Il peut également être noté en 2009 une augmentation limitée de la part des opiacés comme produit posant le plus de problème avec, en contrepartie, une baisse de la part du cannabis. L'utilisation de la voie intraveineuse pour la consommation des opiacés et de la cocaïne est à nouveau en baisse après avoir connu une augmentation en 2008.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés près de 125 000 personnes ont bénéficié de tels remboursements en ville durant le deuxième semestre 2008 avec, spécificité française, **une nette prédominance de la BHD représentant toujours 80 % de l'ensemble**. Si une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement, celle-ci a considérablement diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux traitements de substitution aux opiacés. La part des sujets bénéficiant d'un dosage quotidien moyen de plus de 32 mg/J est ainsi passée de 6 % en 2002 à 1,6 % en 2007 selon une étude récente.

#### 4) addictions comportementales sans substance

- Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique, selon l'Expertise collective de l'INSERM en 2009 ; souvent associé à d'autres comorbidités addictives (alcool, tabac), il a été inclus dans le plan Addictions 2007-2011 et dans la circulaire CSAPA (élargissement des missions des CSAPA à la prise en charge de personnes présentant des addictions sans substances).

- Selon l'OFDT, qui a réalisé une enquête nationale ( dans le cadre de l'enquête 2010 du Baromètre Santé de l'INPES), 0,9% de la population française , (soit 400 000 personnes ), ont un profil de jeu à risque modéré, et **0,4 % (200 000 personnes) sont des joueurs excessifs**. Les joueurs excessifs sont plus souvent des hommes (75,5 %) et ont une moyenne d'âge de 41 ans ; ils se distinguent par leur précarité financière et leur faible niveau d'études. **L'enquête montre un lien fort entre jeu problématique et consommations à risques de produits psycho-actifs.**

- Selon les résultats de la 1<sup>re</sup> étude nationale de prévalence du jeu pathologique ou problématique, menée par l'OFDT et l'INPES, cette prévalence est estimée selon les pays de 0,3 à 3% de la population adulte.

- Pour rappel, considérant que les caractéristiques des jeux en ligne sont de nature à encourager la dépendance, la loi du 12 mai 2010 (relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne), interdit toute offre de jeux à destination de mineurs, même émancipés (à l'exception des loteries pour ces derniers), permet de contrôler le volume de l'offre de jeux disponibles sur le marché, de vérifier la nature et les caractéristiques des jeux offerts afin de lutter contre les addictions et, enfin, elle encadre la publicité en faveur des sites de jeux et paris en ligne. La loi du 12 mai 2010 a également prévu d'affecter le produit d'une partie des prélèvements à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, pour financer des actions de prévention des risques liés à l'addiction au jeu et des études. Les dispositions de la loi du 12 mai 2010 visent à impliquer les opérateurs dans le dispositif de prévention de la dépendance aux jeux en ligne. Les opérateurs doivent faire figurer sur leurs sites des messages de mise en garde. Le décret du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne impose aux opérateurs un ensemble de modérateurs afin d'éviter le jeu impulsif et excessif.

## B) Epidémiologie des conduites addictives en Lorraine

### 1) tabac

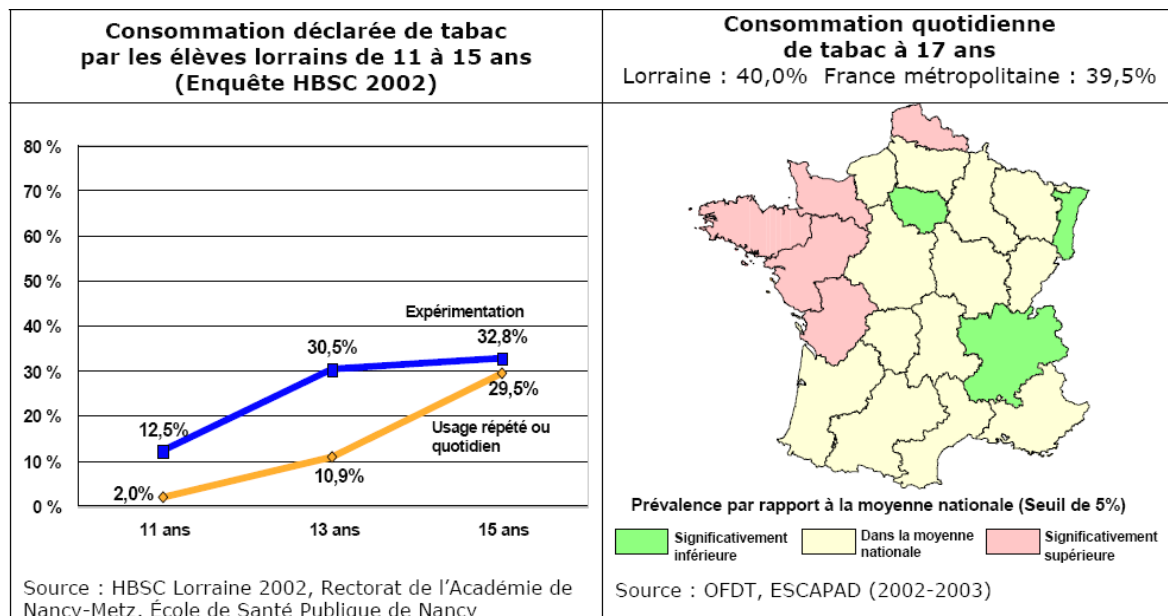
#### a) consommation :

- on note une chute des ventes de cigarettes entre 2002 et 2004 (liée aux fortes augmentations de prix de janvier et octobre 2003), puis une stabilisation depuis 2004 ; ces données doivent toutefois être relativisées car elles ne reflètent qu'imparfaitement la consommation des Lorrains qui peuvent s'approvisionner au Luxembourg où les pratiques tarifaires sont différentes.
- D'après le Baromètre santé 2005, la consommation quotidienne de tabac avait diminué par rapport à 2001 (30,7% à 29,1% de la population lorraine de 15 à 75 ans) contre 26,1% en population française en 2005.  
La Lorraine était placée au 2<sup>e</sup> rang des régions derrière la Haute- Normandie (29,3%)



- Consommations des jeunes en Lorraine :

Avant 14 ans les consommations régulières restent rares, mais l'expérimentation concernait toutefois 30,5% des jeunes de 13 ans en 2002.



En Lorraine, 29% des jeunes de 17 ans déclarent un usage quotidien de tabac (29% des garçons et 28% des filles), ce qui est comparable à la moyenne nationale (étude ESCAPAD 2008). En 2005 la prévalence était de 33%, on enregistre donc une baisse superposable à la tendance nationale.

b) mortalité

En prenant en compte le cumul des décès pour les trois pathologies pour lesquelles le tabac est considéré comme le principal facteur de risque (tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et cardiopathies ischémiques), le nombre de décès imputables au tabac serait de 3 188 décès par an en Lorraine dont 2 126 hommes et 1 062 femmes. **Et, au regard de ce regroupement de pathologies, la Lorraine accuse une surmortalité de 18 % chez les hommes par rapport à la France métropolitaine** (taux comparatif de 208 pour 100 000 en Lorraine contre 176 en France) **et de 17 % pour les femmes** (taux comparatif de 68 pour 100 000 en Lorraine et 58 en France). Ce qui place la Lorraine en deuxième position des régions françaises derrière le Nord Pas-de-Calais.

**Onze TSP sur les vingt présentent un taux de mortalité pour ces trois pathologies significativement plus importants que le taux moyen national chez les hommes** : Longwy (272), Bassin de Briey (259), Pays Barrois (234), Saulnois (228), Bassin houiller (226), Metz (218), Terres de Lorraine (214), Thionville (212), Val de Lorraine (212), Sarreguemines (210), Lunévillois (210). Chez les femmes, la mortalité pour ces causes est trois fois moins importante que chez les hommes. Ce sont les mêmes territoires qui sont les plus concernés.

Certains de ces territoires ont un passé industriel et une partie des décès recensés ici peut aussi être imputée à l'environnement de travail qu'ils ont pu connaître (pour 20 %). Mais on sait aussi, d'après la littérature spécialisée sur ce sujet, qu'il y a souvent un cumul des facteurs de risque (environnement + comportement de consommation).

## 2) alcool

## a) consommation

- La consommation régulière et moyenne des Lorrains est proche de celle de l'ensemble des Français. Comme dans l'ensemble de la France, elle est en baisse continue depuis plusieurs décennies y compris chez les jeunes. Le constat s'inverse pour les comportements d'ivresse chez les jeunes qui deviennent plus fréquents ces dernières années, notamment les pratiques de « binge drinking » : **28% des garçons de 17 ans et 16% des filles du même âge déclarent des ivresses répétées (au moins 3 fois dans le mois) : source ESCAPAD 2008. Ce sont donc les comportements d'alcoolisation aigue qui doivent retenir l'attention chez les jeunes, plus particulièrement lors de rassemblements (festifs ou non).**

Fréquence de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans en 2005

|                                                   | Lorraine |        |          |           | France métropolitaine |
|---------------------------------------------------|----------|--------|----------|-----------|-----------------------|
|                                                   | Hommes   | Femmes | Ensemble | Sex ratio | Ensemble              |
| Expérimentation <sup>+</sup>                      | 96 %     | 92 %   | 94 %     | 1,0 *     | 93 % <sup>ns</sup>    |
| Usage au cours de l'année                         | 92 %     | 82 %   | 87 %     | 1,1 ***   | 86 % <sup>ns</sup>    |
| Usage au cours de la semaine                      | 59 %     | 27 %   | 43 %     | 2,2 ***   | 49 % ***              |
| Usage régulier <sup>+</sup>                       | 30 %     | 8 %    | 19 %     | 3,6 ***   | 22 % *                |
| Usage quotidien                                   | 23 %     | 6 %    | 14 %     | 3,9 ***   | 14 % <sup>ns</sup>    |
| Nombre moyen de verres bus la veille de l'enquête | 2,7      | 1,9    | 2,5      | *         | 2,4 <sup>ns</sup>     |

\* : p&lt;0,05 ; \*\* : p&lt;0,01 ; \*\*\* : p&lt;0,001 ns : non significatif Source : Baromètre santé 2005, INPES

<sup>+</sup>Expérimentation : au moins une fois au cours de la vie

Usage régulier : au moins dix fois au cours du dernier mois

Évolution de la consommation d'alcool à 17 ans

|                  | Lorraine 2008 |                |                    | Lorraine 2005 |                |                    | Lorraine G + F          | Ensemble des autres régions |            |                         |
|------------------|---------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------|
|                  | G             | F <sup>1</sup> | G + F <sup>1</sup> | G             | F <sup>1</sup> | G + F <sup>1</sup> | Évol <sup>1</sup> 05-08 | G + F 2008                  | G + F 2005 | Évol <sup>1</sup> 05-08 |
| Usage régulier   | 10            | 3*             | 7*                 | 17            | 5*             | 11                 | ↘                       | 8,9                         | 12,0       | ↘                       |
| Épisodes répétés | 23            | 10*            | 17*                | 24            | 8*             | 16                 | →                       | 19,7                        | 17,9       | ↗                       |
| Ivresse répétée  | 28            | 16*            | 22*                | 34            | 15*            | 25                 | →                       | 25,6                        | 26,0       | →                       |

Source : OFDT, ESCAPAD 2008, exploitation Lorraine.

Usage régulier : ≥ 10 fois dans le mois

Épisodes répétés (ou *binge drinking*) : 5 verres ou plus en une seule occasion au moins trois fois au cours des 30 derniers jours

Ivresse répétée : déclaration d'avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois

1 : \* indique une différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons (colonnes Filles) en Lorraine et entre ceux observés dans le reste de la Métropole et dans la région (colonne G + F Garçons + Filles). Les flèches descendantes indiquent des variations significatives entre 2005 et 2008 dans la région (ou en métropole). Utilisation du test du Chi-2 au seuil .05

b) données de prise en charge

- pour les jeunes :

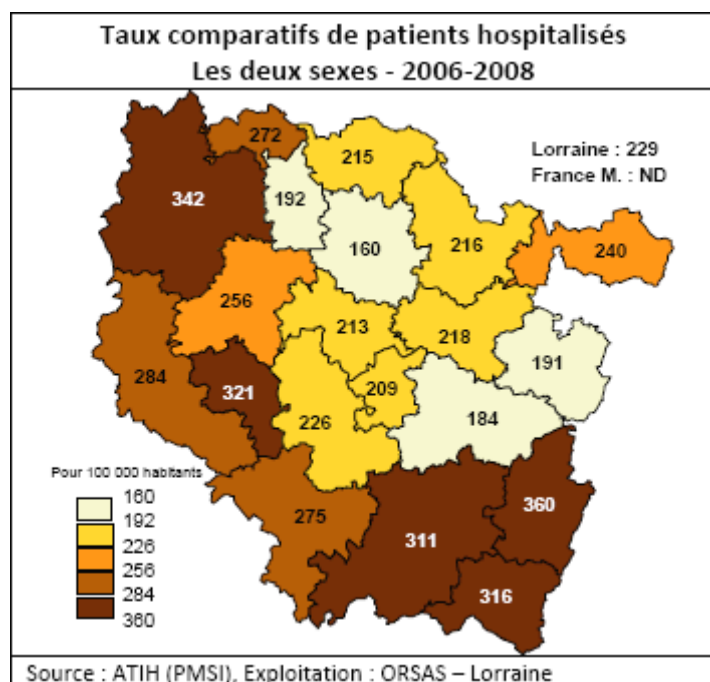
Les données d'activité hospitalière permettent de mieux appréhender les épisodes d'intoxication alcoolique aiguë, autrement dit l'ivresse, qui conduisent à une hospitalisation de très courte durée pour éthylisme aigu. **Ce phénomène caractérise les jeunes de 15 à 19 ans. Pour l'ensemble des Lorrains, on dénombre en effet 318 hospitalisations pour éthylisme aigu pour 100 000 garçons de 15 à 19 ans et 155 pour 100 000 chez les filles. Ces taux par sexe ne sont jamais atteints aux autres âges.**

Les taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool des jeunes de 15 à 24 ans varient de manière très importante par département et par arrondissement. **Ce sont la Meuse et les Vosges qui sont les départements les plus touchés par ce phénomène (territoires ruraux).** Les arrondissements urbanisés sont moins concernés.

- population générale :

| <b>Nombre annuel moyen de patients hospitalisés et de décès<br/>pour l'ensemble des maladies liées à la consommation d'alcool</b><br>(Tumeur des voies aéro-digestives supérieures + Cirrhoses + Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool) |                                 |        |       |                 |        |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|-------|-----------------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                                                                                       | Patients hospitalisés 2006-2008 |        |       | Décès 2005-2007 |        |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | Hommes                          | Femmes | Total | Hommes          | Femmes | Total  |
| Meuse du Nord                                                                                                                                                                                                                                         | 211                             | 70     | 281   | 26              | 6      | 32     |
| Pays Cœur de Lorraine                                                                                                                                                                                                                                 | 46                              | 22     | 69    | 4               | 2      | 6      |
| Pays du Bassin de Briey                                                                                                                                                                                                                               | 120                             | 42     | 161   | 19              | 4      | 23     |
| Territoire de Longwy                                                                                                                                                                                                                                  | 183                             | 63     | 245   | 20              | 10     | 29     |
| Territoire de Thionville                                                                                                                                                                                                                              | 373                             | 154    | 527   | 56              | 18     | 74     |
| Territoire de Metz                                                                                                                                                                                                                                    | 450                             | 174    | 624   | 90              | 26     | 116    |
| Bassin Houiller                                                                                                                                                                                                                                       | 439                             | 155    | 594   | 72              | 21     | 93     |
| Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe                                                                                                                                                                                                                 | 205                             | 65     | 270   | 33              | 6      | 40     |
| Pays du Saulnois                                                                                                                                                                                                                                      | 55                              | 14     | 69    | 7               | 3      | 10     |
| Pays de Sarrebourg                                                                                                                                                                                                                                    | 96                              | 35     | 131   | 16              | 4      | 21     |
| Pays Barrois                                                                                                                                                                                                                                          | 139                             | 62     | 201   | 18              | 7      | 25     |
| Pays du Haut Val de Meuse                                                                                                                                                                                                                             | 56                              | 21     | 76    | 5               | 2      | 7      |
| Pays de l'Ouest Vosgien                                                                                                                                                                                                                               | 125                             | 49     | 174   | 19              | 4      | 23     |
| Pays Terres de Lorraine                                                                                                                                                                                                                               | 166                             | 56     | 222   | 27              | 8      | 35     |
| Pays du Val de Lorraine                                                                                                                                                                                                                               | 163                             | 53     | 215   | 26              | 7      | 33     |
| Territoire de Nancy et de son agglo.                                                                                                                                                                                                                  | 463                             | 174    | 637   | 62              | 20     | 82     |
| Pays Lunévillois                                                                                                                                                                                                                                      | 123                             | 34     | 156   | 23              | 4      | 27     |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges                                                                                                                                                                                                                       | 378                             | 141    | 519   | 47              | 11     | 58     |
| Pays de la Déodatie                                                                                                                                                                                                                                   | 230                             | 87     | 317   | 26              | 8      | 34     |
| Pays de Remiremont et de ses vallées                                                                                                                                                                                                                  | 225                             | 66     | 290   | 25              | 7      | 32     |
| Lorraine Nord                                                                                                                                                                                                                                         | 2 178                           | 793    | 2 971 | 344             | 99     | 443    |
| Lorraine Sud                                                                                                                                                                                                                                          | 2 067                           | 742    | 2 809 | 278             | 78     | 356    |
| Meurthe-et-Moselle                                                                                                                                                                                                                                    | 1 214                           | 418    | 1 633 | 176             | 53     | 229    |
| Meuse                                                                                                                                                                                                                                                 | 454                             | 177    | 631   | 54              | 17     | 71     |
| Moselle                                                                                                                                                                                                                                               | 1 618                           | 597    | 2 215 | 275             | 78     | 353    |
| Vosges                                                                                                                                                                                                                                                | 958                             | 343    | 1 301 | 116             | 30     | 146    |
| Lorraine                                                                                                                                                                                                                                              | 4 245                           | 1 535  | 5 780 | 622             | 177    | 799    |
| France métropolitaine                                                                                                                                                                                                                                 | ND                              | ND     | ND    | 15 466          | 4 373  | 19 839 |

Sources : Patients hospitalisés : ATIH (PMSI), Mortalité : INSERM (CépiDc)



Les territoires les plus concernés sont le pays de Verdun, le pays du Haut Val de Meuse et les 3 territoires de l'est Vosgien.

c) mortalité

- sur la période 2005-2007, en se basant sur les estimations habituelles de décès attribuables à l'alcool, on dénombre 1398 décès/ an dont 1167 pour les hommes, et 221 pour les femmes; cela représente 7% des décès toutes causes confondues. En prenant en compte le cumul des 3 pathologies pour lesquelles l'alcool est le principal facteur de risque (cf. tableau ci-dessus), on enregistre 799 décès en Lorraine par an sur la période 2005-2007, dont 622 hommes et 177 femmes, tous âges confondus

**Le taux comparatif de mortalité lorrain (30 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (28/ 100 000), du fait du taux de mortalité masculine (52/ 100 000 contre 49 en France métropolitaine)**

- les territoires les plus touchés sont la Meuse du Nord, le pays de Sarreguemines- Bitche-Sarralbe et le pays d'Epinal.



- L'ensemble de la Lorraine enregistre un des taux les plus importants de France pour les interpellations pour usage de drogues illicites; **la Moselle est en tête pour les interpellations liées à l'usage de cocaïne.**

- **L'ensemble des départements lorrains sont fortement concernés par l'usage d'héroïne, particulièrement la Meurthe-et Moselle** (taux d'interpellation de 305/100 000 habitants de 20 à 39 ans en 54, 291 en 55, 267 en 88, 113 en 57 contre 47 au niveau national).

b) données de prise en charge

- **La Moselle est le 1er département français pour l'importance du nombre de boîtes de SUBUTEX vendues** (55,7 boîtes pour 100 habitants en 2008, contre 30,5 en 54, 38,3 en 55, 37,4 en 88 et 23,1 en France métropolitaine)

c) mortalité

- **La mortalité par surdose est en baisse importante** depuis l'introduction des traitements de substitution (NB : ce n'est pas le meilleur indicateur pour connaître l'impact sanitaire de la consommation de drogues).

## Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

### Principaux éléments de diagnostic

#### Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral est un déficit brutal d'une fonction cérébrale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire.

Tout AVC comporte :

- une lésion cérébrale responsable du déficit,
- une lésion vasculaire sous-jacente qui est la cause immédiate de l'AVC.

80% des AVC sont **ischémiques** et potentiellement accessibles à la thrombolyse, 20% sont **hémorragiques**.

Le **pronostic** est fonction des troubles initiaux, de la rapidité de la prise en charge, de l'intensité de la rééducation.

Un **cas d'école** : l'AVC est à la fois une pathologie **aigüe** nécessitant une prise en charge en **urgence**, et une pathologie chronique conduisant à une longue fréquentation du système de soins.

#### Méthodologie d'élaboration du volet :

L'AVC a été identifié comme thématique transversale au sein du PRS. Les travaux ont concerné l'ensemble des champs de compétence de l'ARS.

Ainsi un groupe expert composé d'acteurs de la prévention, du champ ambulatoire, du champ hospitalier et médico-social a été constitué.

| Composition du groupe expert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ordres professionnels Kinésithérapeutes<br>Ordres professionnels médecins<br>URPS Pharmaciens<br>URPS Infirmiers<br>URPS Orthophonistes<br>URPS médecins<br>URPS Kinésithérapeutes<br>FNADEPA 54<br>FNADEPA 57<br>FNADEPA 88<br>FNADEPA 55<br>AMCELOL<br>IREPS Lorraine<br>COLMU<br>Assurance Maladie - DRSM<br>MDPH 54<br>MDPH 55<br>MDPH 57<br>MDPH 88 | France Aphasie - Groupe des Aphasiques de Nancy Lorraine<br>Association des pupilles de l'Etat<br>URIOPSS<br>GEPSO<br>France AVC Lorraine<br>FHP<br>FEHAP<br>FHF<br>SSR Belle Isle<br>Service de neurologie CH Epinal<br>UNV CHR Metz<br>UNV CHU<br>UNV Freyming-Merlebach<br>Clinique Louis Pasteur Essey-les-Nancy<br>SAMU 54<br>HAD Lorraine<br>UGECA – SSR Lay-St-Christophe<br>CREAI – antenne Lorraine |
| ARS - Chef de projet schéma médico-social<br>ARS - Chef de projet volet SSR<br>ARS - Chef de projet programme télé-médecine                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



La réflexion a été menée autour du parcours de soins décomposé en 3 axes de travail, en groupes plus restreints :

- ⌚ De l'alerte à l'hôpital :
  - o Prévention-information et recours au 15
  - o Prise en charge pré-hospitalière et thrombolyse
- ⌚ Pendant l'hospitalisation, y compris le SSR :
  - o Accès : organisation de la filière hospitalière autour des UNV
  - o Qualité-sécurité-efficience
- ⌚ A domicile, structure médico-sociale, USLD :
  - o Freins à la prise en charge à domicile ou en institution
  - o Formation des professionnels-place du médecin traitant-Education Thérapeutique.

Les réunions se sont tenues de début mai à fin juin 2011 avec 2<sup>ème</sup> réunion du groupe expert le 5 juillet 2011.

## **II. Contexte réglementaire :**

- ⌚ Objectif 72 de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique  
Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.
- ⌚ Circulaire du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC qui émet des recommandations afin d'améliorer l'organisation de l'ensemble de la filière, de l'alerte à la réinsertion des patients.
- ⌚ Circulaire du 22 mars 2007 relative à la place des unités neurovasculaires(UNV) dans la prise en charge des patients présentant un AVC, qui clarifie le rôle, les missions, l'organisation, le fonctionnement et le financement de l'UNV.
- ⌚ Circulaire du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS  
Orientations nationales :
  - o Améliorer l'accès aux soins :
    - Prendre en charge tout patient suspect ou atteint d'AVC dans une filière organisée au sein de chacun des territoires de santé
  - o Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
    - Conforter la qualité en fiabilisant le bilan initial et le bilan de sortie du patient
  - o Améliorer l'efficience :
    - Augmenter le taux de thrombolyse
    - Améliorer la fluidité
    - Améliorer les pratiques  
Articulation avec la prévention et le médico-social :
  - o Promouvoir et valoriser les actions de prévention
  - o Garantir la participation de l'ensemble des professionnels de la filière
  - o Lien avec le médico-social
- ⌚ Plan AVC 2010-2014 développé autour de 4 axes :
  - o **Axe 1** : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC afin de prévenir les AVC et d'en limiter les séquelles
  - o **Axe 2** : mettre en œuvre les filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés, avec un accent sur la coordination
  - o **Axe 3** : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels
  - o **Axe 4** : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques



### III. Diagnostic détaillé régional et territorial :

#### **Epidémiologie :**

##### Au niveau national :

- ⌚ En termes de morbidité et de mortalité au sein des maladies cardio-neuro-vasculaires l'AVC représente :
  - o la première cause de handicap acquis de l'adulte
  - o la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer)
  - o la troisième cause de mortalité chez l'homme et deuxième cause chez la femme
  - o environ 130 000 nouveaux cas par an
  - o plus de 225 000 personnes classées en ALD « AVC invalidant »
- ⌚ En termes médico-économique et de poids pour le système de santé :
  - o source de handicaps et de séquelles invalidantes
  - o poids financier considérable

##### Au niveau régional :

En lorraine 5800 décès sont dus chaque année aux pathologies cardio-neurovasculaires et représentent 28% des décès lorrains.

- ⌚ La mortalité liée aux pathologies cardio-neurovasculaires a, comme en France entière, diminué de 30 % en 10 ans. Néanmoins le taux comparatif de mortalité reste supérieur au taux français (238 p 100 000 versus 210 p 100 000).
- ⌚ Ces pathologies représentent la première cause de décès chez la femme et deuxième cause des décès en Lorraine tous sexes confondus.
- ⌚ 23,5% des décès liés à une maladie cardio-neurovasculaire sont liés à une maladie vasculaire cérébrale (1363 décès/an)

#### **Diagnostic sur le champ de la prévention :**

##### **Rappel :**

*La prévention regroupe l'ensemble des actions et des mesures visant à éviter le nombre et la gravité des accidents vasculaires cérébraux. Elle se décline selon les modes primaire, secondaire et tertiaire.*

- ⌚ *La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence des AVC dans une population, donc à diminuer le nombre de nouveaux cas. Elle vise à empêcher la survenue d'un premier AVC.*
- ⌚ *La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence de l'AVC donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières manifestations de la maladie ; elle doit viser à améliorer la prise en charge des AIT.*
- ⌚ *La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, donc à réduire le plus possible les incapacités fonctionnelles consécutives à l'AVC, en étendant la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.*
- ⌚ Les actions menées en Lorraine
  - o un **Programme Régional de Réduction des Risques Cardio-Vasculaires (PRRRCV)** financé par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) sur certains territoires lorrains présentant des indicateurs de santé particulièrement défavorables pour les pathologies cardio-neurovasculaires. Ce programme, qui **concerne les** territoires de Pays de Briey, Bassin Houiller, Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe et Pays du Saulnois, propose une réponse aux personnes présentant des facteurs de risque cardio-neurovasculaires en associant des interventions relevant de la promotion de la santé, du dépistage et de l'éducation du patient.

- o des actions d'Information ont été menées :
  - à destination des professionnels médicaux :
    - actions de communication, en lien avec les urgentistes, via les bulletins des ordres professionnels, sur la prise en charge de l'AVC et le recours au 15.
  - à destination des usagers :
    - lors des journées mondiales AVC : information en lien avec France AVC Lorraine
    - lors des journées sur l'hypertension artérielle
    - campagne d'affichage sur l'AVC en Meurthe-et-Moselle : « l'AVC : 3 H pour agir »
    - conférence grand public (mairie de Nancy)
- o en terme d'éducation thérapeutique il n'existe pas de programme ciblé sur la prise en charge des patients ayant présenté un AVC.
- ⌚ Evaluation des besoins selon les conclusions du groupe de travail :
  - o amélioration de l'information des publics aux premier signes d'alerte d'un AVC (AIT y compris)
  - o sensibilisation du public et des professionnels de santé à l'urgence de la prise en charge, le recours au 15
  - o organisation d'une prévention adaptée (Hors éducation thérapeutique abordée dans un autre groupe de travail).

### Diagnostic sur le champ pré-hospitalier et hospitalier : bilan du SROS III

Les objectifs généraux du volet AVC du SROS III concernent l'amélioration de l'accessibilité, la qualité et sécurité des soins et la continuité de la prise en charge. Ainsi, l'accès à la thrombolyse et aux Unités Neuro-Vasculaires sont des éléments majeurs permettant l'amélioration de la prise en charge de ces patients.

1. Organisation de l'offre :
  - a. En urgence :
    - ⌚ La prise en charge des personnes présentant un AVC ou une suspicion d'AVC débute dès la phase pré hospitalière. En Lorraine, une filière d'urgence pré hospitalière dédiée aux patients victimes d'AVC (FUP AVC) a été mise en place depuis mai 2009. Une procédure opérationnelle régionale standardisée de prise en charge des AVC en urgence permet, pour tout patient éligible à la thrombolyse, d'être acheminé dans les délais impartis vers l'UNV la plus proche en capacité de réaliser la thrombolyse.
    - ⌚ L'orientation est réalisée par le centre 15 qui évalue systématiquement l'éligibilité à la thrombolyse, au besoin par contact avec un neurologue d'astreinte. Une fiche de prise en charge et d'éligibilité, commune à tous les centres 15 de la région, a été élaborée dans ce sens.
    - ⌚ Le patient est ensuite acheminé vers l'UNV la plus proche en capacité de réaliser la thrombolyse.
    - ⌚ Il existe en outre une procédure pour les patients AVC arrivant par leurs propres moyens à l'hôpital.
  - b. Le court-séjour :

| En Lorraine | AVC             |                  | AIT             |                  |
|-------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|             | Nbre de séjours | Nbre de patients | Nbre de séjours | Nbre de patients |
| En 2009     | 4094            | 3651             | 1400            | 1334             |
| En 2010     | 4245            | 3758             | 1329            | 1282             |

#### Les unités neuro-vasculaires (UNV)

La nécessité de créer des UNV est un impératif de santé publique. De nombreuses études montrent l'intérêt d'une prise en charge précoce dans des unités neurovasculaires spécialisées quelle que soit la sévérité de l'AVC. Le bénéfice en terme de mortalité et d'autonomie semble significatif en permettant d'éviter un décès ou une dépendance tous les 14 patients admis.

3 UNV existent en Lorraine, situées à Nancy, Metz et Freyming-Merlebach. L'UNV de Nancy est la structure de recours régional. Ces 3 UNV possèdent chacune 8 lits de soins intensifs. Seule l'UNV de Nancy correspond à l'organisation définie dans la circulaire de 2007 (lits de SI et lits dédiés à la prise en charge des AVC). La création de l'UNV de Metz est récente (2009).

Les UNV accueillent en priorité les patients candidats à la thrombolyse. En 2009 :

- 145 thrombolyse ont été effectuées.
- 5494 séjours dont 995 en UNV

Les autres établissements de santé de la région accueillent les patients dès le diagnostic pour les patients ne nécessitant pas de thrombolyse ou ne pouvant être admis en UNV, ou après l'hospitalisation en UNV.

Un établissement, le CH de Bar-le-Duc, effectue des thrombolyse depuis quelques mois, en lien étroit avec le CHU de Nancy. Cette prise en charge est réalisée en présence ou en lien avec un neurologue à temps partagé avec le CHU, qui, lorsqu'il est absent, est relayé par un médecin du CH de Bar-le-duc, titulaire du DIU neurovasculaire. Le lien s'effectue alors à l'aide de la télé-expertise. Pour les patients qui le nécessitent, un transfert au CHU est organisé.

c. En aval du court-séjour :

Le rôle de la MPR (Médecine Physique et Réadaptation) doit s'exercer tout au long de la prise en charge des patients victimes d'un AVC et ce, quel que soit le degré de sévérité. Un bilan initial spécialisé s'avère nécessaire avant d'envisager un transfert vers un service de MPR ou une structure de soins de suite.

- ⌚ Après l'hospitalisation en court séjour, les patients sont adressés, pour ceux qui le nécessitent, en services de soins de suite et de réadaptation. En Lorraine, 12 établissements bénéficient de la mention spécialisée système nerveux. Deux d'entre eux sont spécifiquement identifiés dans la filière UNV du CHU (Vittel et Bainville).
- ⌚ Néanmoins tout SSR non spécialisé doit pouvoir accueillir des patients AVC.
- ⌚ Les personnes en états végétatifs chroniques ou pauci-relationnels sont accueillies au sein de 6 unités en Lorraine pour un total de 41 lits ((CH St-MIHIEL 8 lits, CMS CHARLEVILLE-sous-BOIS 3 lits, H MARANGE-SILVANGE 6 lits, HL 3H SANTE 12 lits, HL BRUYERES 4 lits, HL BUSSANG 8 lits).  
Le volet SSR du SROS III préconise la création d'une 7ème unité sur le territoire de Nancy.
- ⌚ Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) représentent 1194 lits en Lorraine. Elles accueillent les patients poly pathologiques, et qui nécessitent un suivi médical rapproché.

d. La filière de soins :

L'amélioration de la prise en charge des patients présentant un AVC implique la création d'une filière de soins.

Des modalités de collaboration entre les établissements siège d'UNV et certains établissements siège de SSR ont été élaborées, en particulier autour de l'UNV du CHU.

Néanmoins l'organisation de la filière reste à conforter afin, d'améliorer l'articulation UNV/SSR et le retour à domicile. Elle doit permettre de :

- ⌚ Accompagner les personnes au retour à domicile, voire dans leur réinsertion professionnelle
- ⌚ Faciliter l'admission des personnes ne pouvant retourner à domicile vers des structures médico-sociales et accompagner les structures dans la prise en charge du patient.

2. Evaluation des besoins (conclusions du groupe de travail) :

- ⌚ Améliorer l'accès à la thrombolyse, en particulier dans les établissements ne possédant pas d'UNV. L'organisation des transports via les transporteurs privés ou publics, terrestres ou aériens sera une question à aborder.
- ⌚ Améliorer l'accès à l'UNV.
- ⌚ Améliorer l'accès aux structures de soins de suite et de réadaptation.

Les difficultés les plus importantes apparaissent, au sortir du court-séjour, lorsque les patients nécessitent la prise en charge en SSR, et à la sortie du SSR, lorsque le retour à domicile n'est pas possible et que l'accueil en structures médico-sociales s'impose. Pour exemple une coupe effectuée le 11 avril 2011 au centre de rééducation de Lay-St-Christophe identifie 8 patients AVC ne pouvant rentrer à domicile, et en attente d'orientation.

**Diagnostic sur la prise en charge à domicile :**

Les patients qui ont présenté un AVC, doivent bénéficier d'un suivi ambulatoire lors du retour à domicile.

Des structures permettent cette prise en charge.

- ⌚ les structures d'hospitalisation à domicile (cf volet HAD). A signaler qu'il existe en Lorraine une structure spécialisée en rééducation fonctionnelle et que la couverture régionale s'améliore depuis 5 ans, malgré la persistance de zones non couvertes.
- ⌚ les structures d'accompagnement à domicile qui maillent le territoire lorrain :
  - 48 SSIAD pour personnes handicapées : 255 places
  - 84 SSIAD pour personnes âgées : 3771 places
  - 6 SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) : 218 places
  - 61 SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile) pour enfants handicapés : 1429 places
- ⌚ Les professionnels de santé libéraux : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...

Une structure lorraine de 7 places (UEROS : unité expérimentale d'évaluation, de réentraînement et d'évaluation sociale), destinée à favoriser l'insertion sociale et/ou professionnelle des personnes cérébro-lésées, évalue les séquelles, les potentialités des personnes, élabore un programme et assure un accompagnement et une aide à l'orientation.

Concernant les professionnels de santé libéraux, des difficultés, en particulier, sur l'intervention de ces professionnels au domicile des personnes. A noter l'absence d'ergothérapeutes libéraux, des séances de kinésithérapie et d'orthophonie au domicile qui restent peu fréquentes.

En outre la fragilité de la démographie médicale, en particulier neurologique et de médecine physique et réadaptation, rend d'autant plus difficile la prise en charge de ces personnes.

Au total le recours aux professionnels de santé libéraux autour d'un projet de soins coordonné, y compris dans les structures médico-sociales, pose souvent difficulté.

**Diagnostic sur le champ médico-social :**

Certaines personnes, du fait de leur handicap ou de leur dépendance, ne peuvent réintégrer leur domicile et doivent donc bénéficier d'un accueil en structure médico-sociale.

Concernant les personnes en situation de handicap, 5 établissements médico-sociaux prennent en charge des personnes cérébro-lésées :

- MAS, FAM et ESAT (établissement et service d'aide par le travail) (47 places).

Pour les personnes âgées, tout établissement accueillant des personnes âgées dépendantes peut accueillir une personne ayant présenté un AVC.

Les principaux freins à l'admission en structures médico-sociales sont :

- ⌚ les délais d'obtention d'une décision d'orientation par les MDPH et mise en œuvre dans un établissement.
- ⌚ le choix des structures (EHPAD, MAS,...) quant à leur possibilité (qualification de personnel, permanence des équipes...) de mettre en œuvre un projet de soins adapté.

### **Eléments de contexte : la démographie médicale et paramédicale**

La densité lorraine en neurologues (nombre de médecins pour 100000 habitants) est inférieure de 20% à la moyenne nationale constituant un véritable frein à la création d'unités neurovasculaires en Lorraine.

La densité des médecins de médecine physique et réadaptation est supérieure de 20 % à la moyenne nationale (DREES 2010). En effet en Lorraine, berceau de la rééducation fonctionnelle, le nombre de structures et de médecins MPR est plus important qu'au niveau national.

Néanmoins les médecins exerçant actuellement sont pour 57% d'entre eux âgés de plus de 55 ans, laissant présager dans le futur des difficultés démographiques.

Tous les ans des médecins s'inscrivent au diplôme interuniversitaire neurovasculaire afin d'acquérir une véritable compétence dans ce domaine.

Concernant les professionnels de santé paramédicaux :

- ⌚ les kinésithérapeutes présentent une densité inférieure au niveau national
- ⌚ les ergothérapeutes sont salariés pour 95% d'entre eux, et concentrés autour de Metz et Nancy

### **Principales orientations de travail :**

- ⌚ Prévention :
  - o Améliorer la prévention
  - o Améliorer l'information de la population, ainsi que celle des professionnels de santé

Permettre à tout lorrain porteur d'AVC d'intégrer une filière identifiée et coordonnée allant de la phase aigue au retour à domicile :

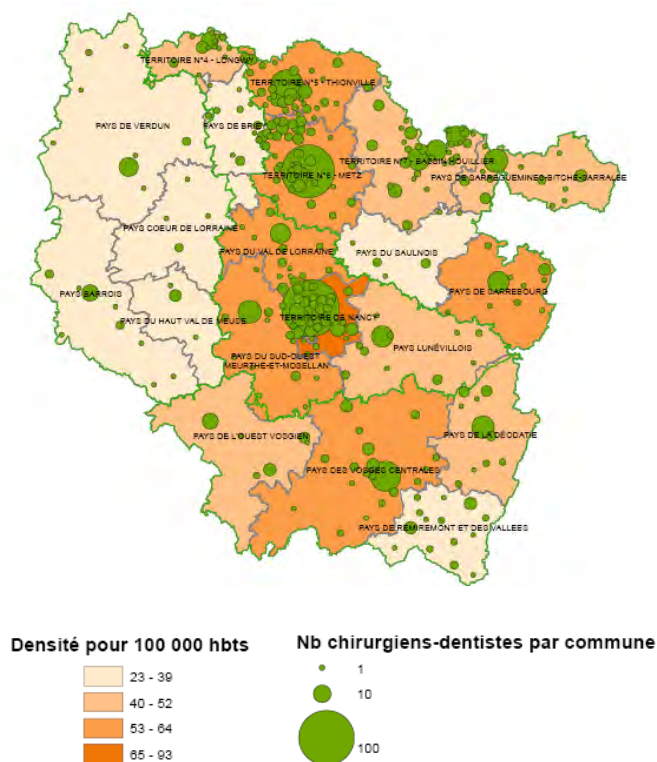
- ⌚ En urgence :
  - Améliorer le recours au 15
  - Réduire les délais entre les 1ers symptômes et la prise en charge adaptée
- ⌚ En hospitalisation :
  - Augmenter le taux de thrombolyse
  - Augmenter le nombre d'UNV dans la région
  - Favoriser l'implication des SSR dès le début de la prise en charge
  - Fluidifier le parcours des patients, en particulier à la sortie du MCO et à la sortie du SSR, vers le domicile ou les structures médico-sociales.
- ⌚ Médico-social
  - Favoriser la prise en charge dans le médico-social (MAS, EHPAD,...) en sortie de SSR
- ⌚ Ambulatoire :
  - Améliorer les pratiques professionnelles (libérale, EHPAD,...)
  - Améliorer la coordination des différents intervenants autour du patient, et la prise en charge des personnes

## Chirurgie dentaire

### Principaux éléments de diagnostic

#### 1. Etat des lieux

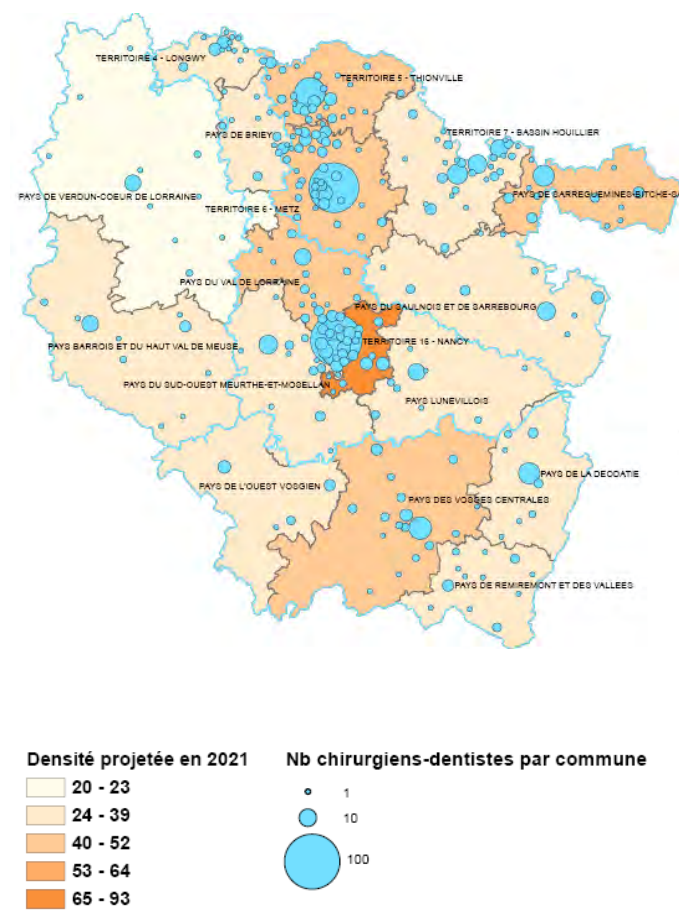
##### L'offre ambulatoire dentaire en 2008



L'offre de soins ambulatoire se situe principalement dans le sillon lorrain. La densité de chirurgiens dentistes est particulièrement faible en Meuse, hormis Bar-le-Duc et Verdun, dans le sud-ouest des Vosges, et dans le Saulnois mosellan. Les prévisions montrent que l'évolution des dix prochaines années renforcera le poids du sillon lorrain au détriment des zones rurales.



## L'offre ambulatoire dentaire en 2021 :



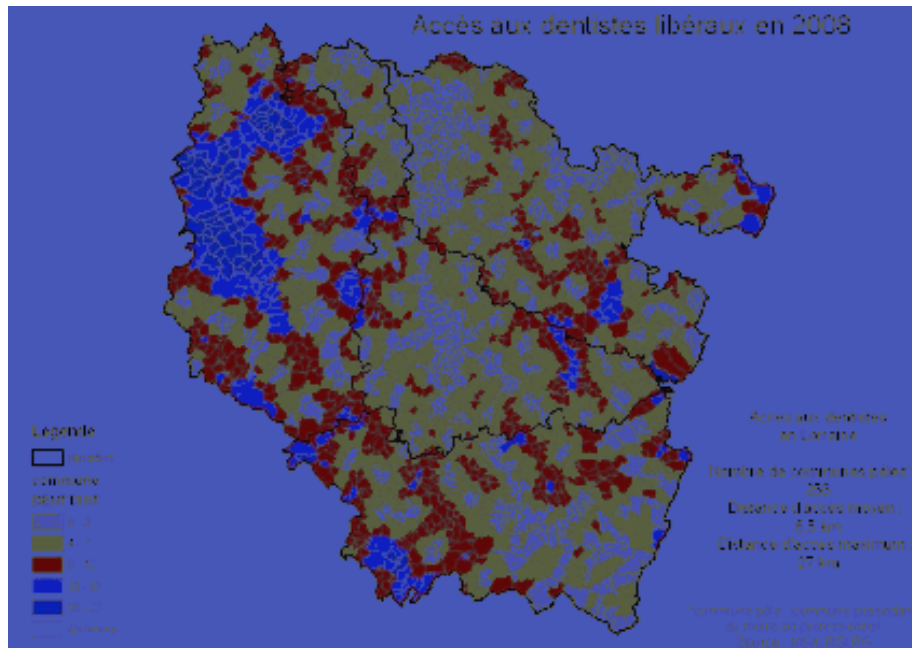
La Meuse est le département le plus fragile. La distance séparant les usagers des cabinets dentaires peut atteindre 27 km (au 31/12/2009 – source ARS ADELI). La densité départementale est de 33,61 pour 100 000 habitants. 13 cantons sont sans chirurgiens dentistes (chiffres CNSD).

Dans les Vosges, la densité moyenne est de 50,3 mais la couverture est bonne avec 94,5% de la population à moins de 10km d'un cabinet dentaire. Il y a un risque de désertification dans le sud du département.

En Moselle, la densité est de 58,4 avec une densité plus faible dans l'Est du département.

En Meurthe-et-Moselle, elle est de 67,7 soit une densité très supérieure à la moyenne nationale (60,7 / 100 000 habitants).

Les distances d'accès aux cabinets libéraux les plus longues se retrouvent dans les zones où la densité en matière d'offre de soins est faible :



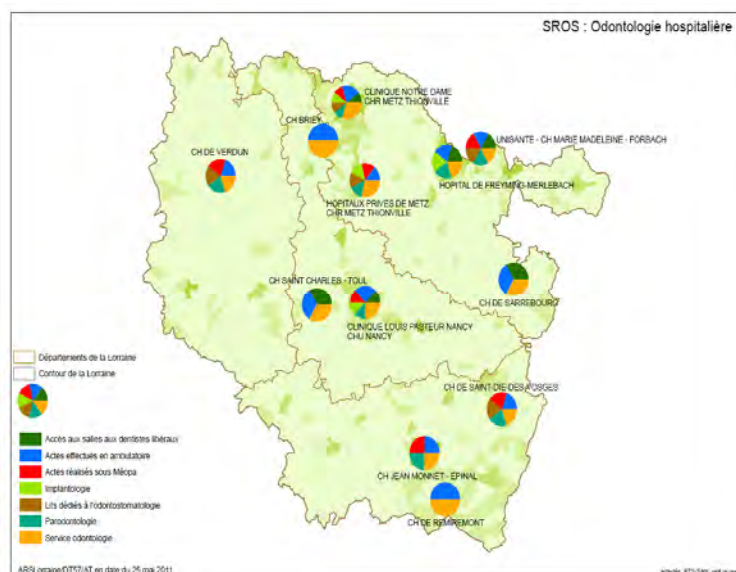
### L'offre hospitalière :

La mission des services hospitaliers consiste à :

- permettre l'accès aux plateaux techniques pour les personnes à risque (accidents infectieux, hémophiles, pathologies cardio-pulmonaires...),
- assurer la permanence des soins pour les situations d'urgence (traumatologie...)
- assurer les soins pour les personnes dont le handicap ou la situation de précarité sont susceptibles d'être une barrière aux soins dans un cabinet libéral

L'offre est présente sur l'ensemble du territoire lorrain. En Meuse, le service d'odontologie de Verdun est en cours de structuration et doit permettre d'améliorer le maillage du territoire et la prise en charge des détenus des centres de détention de Montmédy et Saint-Mihiel.





Les centres de santé sont harmonieusement répartis sur le territoire lorrain avec une concentration sur les zones ex-minières (cf annexe). Ils peuvent être mis à contribution pour les soins destinés aux populations fragiles, précaires, et pour les personnes présentant des conduites addictives, en particulier toxicomanes.

La spécialité orthodontique est couverte par 63 praticiens spécialistes installés dans les agglomérations importantes. Cependant, ces actes sont réalisés également par des omnipraticiens, orthodontistes non spécialistes, exclusifs ou non.

## 2. Prévention

Il est nécessaire de renforcer les mesures de prévention au sein des établissements médico-sociaux ou des personnes fragiles (cf ci-dessous).

Les pharmaciens, qui délivrent de nombreux bains de bouche à des personnes présentant des difficultés dentaires sont un relais qui pourrait être plus efficace, notamment pour l'orientation des personnes précaires. Il est donc nécessaire de développer l'information donnée par les pharmaciens, par la diffusion de supports indiquant aux personnes accueillies la démarche à suivre et les modalités de prise en charge des soins.

## 3. Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Les soins odontologiques sont traités de façon très hétérogène, en fonction de la structure. Un questionnaire auquel ont répondu de nombreuses structures pour personnes handicapées ou personnes âgées montre plusieurs éléments.

Dans de nombreux cas, la réponse apportée à la personne en matière de soins dentaires est jugée insatisfaisante, malgré l'importance que ceux-ci peuvent revêtir. Pour les personnes âgées en particulier, la manque de soins peut participer d'un processus de dénutrition et conduire à d'autres pathologies.

Peu de bilans dentaires semblent avoir lieu à l'entrée des structures, et les actions de prévention ou de dépistage semblent également faire défaut. Les personnes semblent souvent dépendantes de leur entourage familial pour avoir accès aux cabinets libéraux, les établissements étant souvent confrontés à des difficultés pour leurs transports. Par ailleurs, il existe peu de conventions entre les établissements médico-sociaux et les cabinets libéraux.

Enfin parmi les obstacles aux soins, le principal obstacle est d'ordre financier, le second concerne la disponibilité d'un accompagnant et le troisième la disponibilité du chirurgien dentiste.

Tant dans les structures pour personnes âgées que dans celles pour personnes handicapées, l'accent doit être porté sur les actions de prévention, dépistage, et sur les actes simples. En matière de prévention au sein des établissements, il faut rappeler l'importance de l'hygiène de bouche, parfois mal assurée par les établissements. Le brossage des dents méthodique et systématique doit être assuré. L'intervention d'un professionnel ou d'étudiants à la faculté dentaire en stage assurant un dépistage et prodiguant des conseils de brossage peut permettre un accompagnement des établissements.

Les conditions de soins dans les établissements médico-sociaux sont rarement réunies, de sorte que les chirurgiens dentistes ne peuvent, sans le fauteuil et le matériel adéquat prodiguer des soins de qualité.

Afin d'assurer malgré ces différents obstacles des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, il est possible de mettre en place un partenariat visant à faciliter la mise en place d'un diagnostic collectif au sein des établissements puis des soins sur des plages horaires spécifiques au sein des cabinets libéraux.

Les établissements médico-sociaux peuvent faciliter le travail de diagnostic des chirurgiens dentistes en installant les usagers dans la position adéquate (soit sur un fauteuil adéquat permettant une position horizontale de la tête, type fauteuil de coiffeur, soit en position couchée) et avec une lumière satisfaisante. Le travail du chirurgien dentiste est alors grandement facilité, et celui-ci peut facturer chaque diagnostic au prix d'une consultation. Il est également possible d'assurer ce service au moyen de vacations.

L'établissement peut dans un second temps, sur des demi-journées réservées avec le chirurgien dentiste libéral, transporter les usagers le nécessitant dans son cabinet, facilitant ainsi les questions de transport par une prise en charge collective.

Ces partenariats peuvent prendre la forme de conventions. Celles-ci ne doivent pas cependant imposer à l'usager un praticien s'il manifeste sa volonté de recevoir des soins par un autre chirurgien dentiste. Les établissements peuvent ainsi proposer ces conventions à l'ensemble des chirurgiens dentistes libéraux relevant d'un périmètre de proximité de leur établissement à leur appréciation.

Afin d'assurer la prise en charge de la problématique bucco-dentaire dans les établissements, ceux-ci doivent s'assurer qu'un bilan dentaire est réalisé, soit à l'entrée, soit dans les trois mois suivant l'entrée des usagers dans la structure. Ils devront faire figurer cette modalité dans leur règlement de fonctionnement et le contrat de séjour de chaque usager.

#### **4. Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité**

Les problèmes dentaires des personnes en situation de précarité sont flagrants, mais les dispositifs leur permettant d'avoir accès aux soins sont difficiles à mettre en place.

Plusieurs obstacles se cumulent : les difficultés d'organisation (prise de rendez-vous et suivi), l'obstacle financier, les freins éventuels des chirurgiens dentistes qui craignent que la personne ne vienne pas au rendez-vous ou n'assure pas le paiement des soins...

Il est nécessaire d'aller au devant de ces personnes afin d'assurer une prévention et un accompagnement adapté dans leur démarche de soins. Il existe à Metz une action visant à favoriser les soins bucco-dentaires des personnes toxicomanes. Ce type d'action pourrait se développer auprès d'autres publics en difficulté au sein de la région.

Il existe également une PASS dentaire à Metz, dont l'activité doit se développer en direction des populations les plus fragiles. En effet, les usagers de cette PASS sont généralement des personnes connaissant des difficultés administratives, mais sans être pour autant dans des situations de précarité lourdes. Il est donc nécessaire de communiquer auprès des partenaires sociaux sur l'existence et les missions de cette PASS dentaire, afin de répondre aux importants besoins constatés.

La PASS de Bar-Le-Duc délègue par Convention les soins dentaires à la clinique dentaire de la CPAM.

La mise en place d'une PASS dentaire à Nancy doit également être envisagée.

#### **5. Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer**

Les patients ayant des tumeurs à la tête et au cou, ainsi que les patients subissant des chimiothérapies ou radiothérapies doivent bénéficier d'une consultation dentaire en amont du protocole de soin oncologique afin d'établir un plan de soins et de permettre une cicatrisation avant les soins.

Le chirurgien dentiste doit systématiquement être destinataire du compte rendu opératoire.

Les chirurgiens dentistes doivent avoir accès aux informations et être impliqués dans les traitements oncologiques, notamment en participant aux réunions de concertations pluridisciplinaires. Le réseau oncologique peut servir de ressource aux chirurgiens dentistes, sous réserve d'un partage d'information efficace.

En matière de prévention, l'organisation d'une journée de dépistage des tumeurs de la bouche au sein de tous les cabinets, en lien avec Oncolor, pourrait être organisée

#### **6. Prise en charge des détenus**

La prise en charge des soins dentaires des détenus est sous la responsabilité des UCSA, dépendants des services hospitaliers.

Cette prise en charge est complexe, avec une charge de travail importante, notamment dans les maisons d'arrêt, et un sous-effectif notable des aides dentaires ou assistants. La situation est très diverse. Elle se heurte, dans les établissements pénitentiaires isolés ou éloignés des centres urbains, à des difficultés de recrutement de chirurgiens dentistes.

A noter au centre d'Oermingen, dont l'UCSA dépend de Sarreguemines, l'absence de service d'odontologie et la nécessité de faire appel à des vacataires.

#### **7. Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins**

La mission des services hospitaliers consiste à :

- permettre l'accès aux plateaux techniques pour les personnes à risques (accidents infectieux, hémophiles, pathologies cardio-pulmonaires...),
- assurer la permanence des soins pour les situations d'urgence (traumatologie...)

- assurer les soins pour les personnes dont le handicap ou la situation de précarité sont susceptibles d'être une barrière aux soins dans un cabinet libéral

Dans les zones à faible densité de chirurgiens dentistes, il est intéressant de renforcer les complémentarités avec les établissements sanitaires, afin de permettre un appui aux cabinets libéraux et de renforcer le cas échéant l'attractivité du territoire pour ces professionnels.

La mise à disposition des plateaux techniques aux libéraux peut poser des difficultés en matière d'organisation des établissements (seulement la moitié des établissements lorrains assurant des soins odontologiques ouvre actuellement ses portes aux chirurgiens dentistes libéraux).

Cependant cette ouverture peut prendre différentes formes :

- Participation à un planning de soins élaboré en commun
- Accompagnement des chirurgiens dentistes libéraux, notamment ceux dont l'installation est récente par des praticiens hospitaliers sur des soins complexes, afin de favoriser une formation continue des chirurgiens dentistes libéraux.

Les gardes sont organisées sous la responsabilité du Conseil de l'Ordre Départemental. Les départements sont divisés en secteurs, et ces gardes sont effectuées le dimanche matin hormis dans les Vosges où elles sont assurées de 9h à 17h. Le fonctionnement de ces gardes est satisfaisant. Les numéros des praticiens de garde figurent dans la presse et sont remis au centre 15.

Le CHR de Metz-Thionville organise une astreinte 24h/24. Le même fonctionnement doit être mis en place au CHU de Nancy, éventuellement dans des locaux situés au sein de la faculté dentaire.

Enfin, dans le cadre de l'installation de maisons pluridisciplinaires de santé, il est nécessaire de promouvoir les projets prévoyant l'installation de chirurgiens-dentistes dans des zones déficitaires.

## Périnatalité et santé des Enfants et des Adolescents

### Principaux éléments de diagnostic

#### PREAMBULE

Les besoins en soins et les recommandations d'organisation de la prise en charge ont été développés dans chacun des précédents volets « périnatalité » et « pédiatrie » du SROS III, et dans le champ imparti à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces travaux constituent d'ores et déjà un premier socle de réflexions, solide et dense.

Dans le contexte de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) et au regard des missions dévolues aux Agences Régionales de Santé (ARS) qui couvrent le champ sanitaire et médico-social, il convient de développer une approche des problématiques :

- **plus transversale, allant de la conception de l'enfant jusqu'à l'âge de 18 ans,**
- **plus globale, en appréhendant plus largement les dimensions de la prévention, l'accès à la santé et la réduction des inégalités, la qualité et l'efficacité des prises en charge.**

Dans cette logique de transversalité et de territorialité, les travaux tenteront de mieux définir les rôles respectifs des acteurs et leur coordination.

Ce présent état des lieux prend volontairement en compte ce continuum allant de la conception de l'enfant jusqu'à l'âge adulte (18 ans), et comprend quatre parties :

- I. l'épidémiologie,
- II. les principaux éléments dans les déterminants de santé en Lorraine,
- III. l'offre, les activités, les organisations, et un point sur l'état d'avancée des recommandations des volets « périnatalité » et « pédiatrie » du SROS III,
- IV. des données sur la démographie de certains professionnels de santé.

## I. EPIDEMIOLOGIE

Les principales sources utilisées ici sont celles de : l'INSEE, l'état civil et l'INSERM-CépiDc (centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) et notamment celle de 2003 (résultats de l'enquête 2010 non disponibles à ce jour), l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS), les travaux du réseau périnatal lorrain, les précédents volets du SROSIII, les données des certificats de santé, le rapport de mission 2006 du Pr Danielle Sommelet sur « l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent », Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)...

**La surveillance épidémiologique contribue à élaborer et évaluer les interventions visant à améliorer l'état de santé et réduire les inégalités.**

### I.1 EN PERINATALITE

En Lorraine comme en France métropolitaine, l'indice conjoncturel de fécondité augmente depuis 1995, mais moins vite en Lorraine :

- ⌚ sur la période 2000 - 2002 : **1,76** en Lorraine contre **1,88** en France
- ⌚ sur la période 2007 - 2009 : **1,83** en Lorraine contre **1,97** en France

#### I.1.1 Les naissances vivantes

En 2008, on enregistre une augmentation des naissances vivantes en Lorraine moins importante que celle observée en France métropolitaine : 0,6% contre 1,2%. Avec 44,5% des naissances vivantes, la Moselle reste le premier bassin de naissances. Il existe des disparités inter-départementales avec une augmentation de 1,6% en Meurthe-et-Moselle et de 1,3% en Moselle, et **une diminution de 1,4% dans les Vosges et 3,3% en Meuse.**

#### I.1.2 Les indicateurs de mortalité en périnatalité

##### Rappel des définitions :

##### **Taux de mortalité infantile :**

Nombre annuel de décès d'enfants nés vivants et décédés avant 1 an / 1000 naissances vivantes

##### **Taux de mortalité néonatale :**

Nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants et décédés avant le 28<sup>ème</sup> J) pour 1000 naissances vivantes :

Dont le taux de mortalité néonatale précoce : Avant le 7<sup>ème</sup> J

Dont le taux de mortalité néonatale tardive : Entre le 7<sup>ème</sup> J et le 28<sup>ème</sup> J

##### **Taux de mortalité post-natale :**

Nombre annuel de décès d'enfants nés vivants et décédés entre le 28<sup>ème</sup> J et le 365<sup>ème</sup> J / pour 1000 naissances vivantes

##### **Taux de mortalité périnatale :**

Nombre de décès fœtaux et néonataux précoces, à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'au 7<sup>ème</sup> J de vie, pour 1000 naissances totales vivantes ou non

##### **Taux de mortinatalité :**

Nombre annuel de décès fœtaux pour 1000 naissances totales vivantes ou non

**ATTENTION : l'utilisation de ces taux à l'échelle du département constitue un exercice délicat ; en effet dès lors que leur calcul est basé sur de petits effectifs, et plus particulièrement dans les départements de petite taille, les variations d'une année sur l'autre peuvent conduire à des évolutions de taux très importantes.**

■ **Le taux de mortalité infantile : un indicateur qui se rapproche du taux moyen national**

Calcul : taux de mortalité infantile (p 1000 naissances vivantes)

| Années | Meurthe-&-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 5,19              | 4,89  | 6,93    | 6,56   | 6,16     | 5,90   |
| 1998   | 4,87              | 5,68  | 2,87    | 6,35   | 4,30     | 4,61   |
| 2003   | 5,72              | 2,25  | 4,95    | 6,76   | 5,26     | 4,04   |
| 2008   | 3,51              | 3,15  | 3,91    | 3,80   | 3,70     | 3,59   |
| 2009   |                   |       |         |        | 3,80     | 3,80   |

**Taux de mortalité infantile** : Nombre annuel de décès d'enfants nés vivants et décédés avant 1 an / 1000 naissances vivantes

Données décès source INSEE

Le taux a été divisé par 2,5 en 20 ans, en Lorraine comme en France, et cette baisse s'explique principalement par le recul de la mortalité néonatale. Cet indicateur robuste et révélateur du niveau de développement d'un pays et de la qualité de son système de soins, est largement utilisé dans les comparaisons : en 2006, le taux en France se situe à un niveau inférieur à celui de l'Union Européenne (3,8 pour 1000 naissances contre 4,7) positionnant le pays dans la moyenne des 27 pays européens. Sur le territoire national, il existe de fortes disparités et le taux global atteint 8,5 dans les départements d'Outre-Mer.

**En Lorraine, la situation défavorable jusqu'en 2008 tend à se normaliser par rapport au taux moyen national, en 2008 et 2009 (cf annexe VIII).** C'est le département des Vosges qui connaît les taux les plus élevés.

■ **Le taux de mortalité néonatale : un taux fortement lié à la grande prématurité**

Calcul : taux mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)

| Années | Meurthe-&-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 2,59              | 1,33  | 3,88    | 3,72   | 3,25     | 3,17   |
| 1998   | 3,13              | 2,62  | 2,21    | 3,72   | 2,78     | 2,91   |
| 2003   | 4,17              | 0,90  | 3,07    | 5,13   | 3,57     | 2,66   |
| 2008   | 2,34              | 1,35  | 3,25    | 2,61   | 2,70     | 2,42   |

**Taux de mortalité néonatale** : Nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants et décédés avant le 28<sup>ème</sup> J) pour 1000 naissances vivantes

Données décès source INSEE

Calcul : taux mortalité néonatale précoce (pour 1000 naissances vivantes)

| Années | Meurthe-&-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 2,00              | 1,33  | 2,81    | 3,06   | 2,48     | 2,28   |
| 1998   | 2,55              | 2,19  | 1,31    | 2,41   | 1,95     | 2,06   |
| 2003   | 1,91              | 0,90  | 2,48    | 3,50   | 2,33     | 1,84   |
| 2008   | 2,10              | 0,45  | 2,33    | 1,19   | 1,93     | 1,69   |

**Taux de mortalité néonatale précoce** : Avant le 7<sup>ème</sup> J

Données décès source INSEE

Calcul : taux mortalité néonatale tardive (pour 1000 naissances vivantes)

| Années | Meurthe & Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 0,59              | 0,00  | 1,07    | 0,66   | 0,77     | 0,88   |
| 1998   | 0,58              | 0,44  | 0,90    | 1,31   | 0,83     | 0,85   |
| 2003   | 2,26              | 0,00  | 0,60    | 1,63   | 1,24     | 0,82   |
| 2008   | 0,23              | 0,90  | 0,92    | 1,42   | 0,78     | 0,74   |

**Taux de mortalité néonatale tardive** : Entre le 7<sup>ème</sup> J et le 28<sup>ème</sup> J

Données décès source INSEE



Le taux de mortalité néonatale connaît également, comme celui de la mortalité infantile, une baisse régulière. **Les deux tiers de ces décès concernent les prématurés et particulièrement les très grands prématurés (30% nés avant 27 SA).** C'est la raison pour laquelle il est utile de se pencher plus précisément sur les taux de mortalité néonatale précoce et tardive qui prennent en compte les décès survenus en réanimation ou soins intensifs. Plus du tiers des décès a lieu durant les premières 24 heures, et un autre tiers pendant les 6 jours suivants.

En Lorraine, là encore c'est le département des Vosges qui connaît les taux les plus élevés. Néanmoins, l'analyse de ces taux et leur évolution, à l'échelle départementale, doit rester prudente en raison des faibles effectifs.

#### ■ Le taux de mortalité post-néonatale : une diminution plus tardive

Calcul : taux de mortalité post-néonatale (p 1000 naissances vivantes)

| Années | Meurthe-&-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 2,59              | 3,56  | 3,05    | 2,84   | 2,92     | 2,73   |
| 1998   | 1,74              | 3,06  | 0,66    | 2,63   | 1,52     | 1,70   |
| 2003   | 1,55              | 1,35  | 1,88    | 1,63   | 1,69     | 1,38   |
| 2008   | 1,17              | 1,80  | 0,67    | 1,19   | 1,00     | 1,16   |

**Taux de mortalité post natale** : Nombre annuel de décès d'enfants nés vivants et décédés entre le 28<sup>ème</sup> J et le 365<sup>ème</sup> J / pour 1000 naissances vivantes

Données décès source INSEE

Le taux de mortalité post natale connaît une diminution un peu plus tardive qui est expliquée pour environ la moitié des cas par la chute du nombre de décès dus à la mort subite du nourrisson. Cet indicateur permet d'apprécier les conditions de vie et la qualité de l'environnement immédiat du nouveau-né.

#### ■ Les taux de mortalité périnatale et de mortinatalité : une analyse qui devient délicate

Calcul : taux mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)

| Années | Meurthe &-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 6,46              | 5,75  | 7,48    | 9,77   | 7,40     | 7,35   |
| 1998   | 7,15              | 5,23  | 5,88    | 6,75   | 6,37     | 7,01   |
| 2003   | 10,16             | 14,23 | 12,93   | 12,47  | 12,09    | 10,75  |
| 2008   | 13,29             | 9,38  | 11,95   | 11,27  | 12,06    | 12,06  |

**Taux de mortalité périnatale** : Nombre de décès fœtaux et néonataux précoces, à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'au 7<sup>ème</sup> J de vie, pour 1000 naissances totales vivantes ou non

Calcul : taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)

| Années | Meurthe &-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|--------|-------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1994   | 4,46              | 4,42  | 4,68    | 6,73   | 4,94     | 5,08   |
| 1998   | 4,61              | 3,05  | 4,57    | 4,36   | 4,42     | 4,97   |
| 2003   | 8,27              | 13,35 | 10,48   | 9,01   | 9,78     | 8,93   |
| 2008   | 11,21             | 8,93  | 9,65    | 10,10  | 10,15    | 10,39  |

**Taux de mortinatalité** : Nombre annuel de décès fœtaux pour 1000 naissances totales vivantes ou non

Données décès source INSEE

Les taux de mortalité périnatale et de mortinatalité sont en pente croissante depuis 2001 en raison notamment de changements de la réglementation<sup>1</sup> qui sont intervenus en 2001 puis en 2008 sur les enregistrements des enfants à l'état civil : alors qu'avant 2001 il n'existait pas d'enregistrement pour les enfants morts nés avant 28 SA, désormais, depuis 2001, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né-vivant mais non viable peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil. De fait l'analyse de ces taux et leur évolution est rendue très délicate, voir impossible.

<sup>1</sup> Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 et article L.1111-5 du code de la santé publique Article L.1111-4 du code de la santé publique



De plus, le taux de mortalité périnatale était initialement révélateur de la qualité des soins obstétricaux et de réanimation. Il n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période en raison des décès plus tardifs liés aux progrès de la réanimation néonatale. La mortalité néonatale précoce et tardive permet de mieux appréhender d'éventuels effets retardés.

#### ▪ Les principales causes de mortalité avant l'âge de 1 an

| Mortalité avant 1 an<br>(pour 1000 naissances vivantes) | Taux en Lorraine |             | Taux France métropolitaine |             |
|---------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------|-------------|
|                                                         | 1998-2000        | 2005-2007   | 1998-2000                  | 2005-2007   |
| Affections de la période périnatale                     | 2,02             | 2,27        | 1,77                       | 1,80        |
| Symptômes et états morbides mal définis                 | 0,79             | 0,66        | 0,76                       | 0,53        |
| <i>dont mort subite du nourrisson</i>                   | <i>0,50</i>      | <i>0,47</i> | <i>0,46</i>                | <i>0,33</i> |
| Anomalies congénitales                                  | 0,63             | 0,75        | 0,97                       | 0,79        |
| Causes externes de traumatisme et d'empoisonnement      | 0,21             | 0,16        | 0,17                       | 0,10        |
| Autres                                                  | 0,89             | 0,62        | 0,69                       | 0,48        |
| <b>Total</b>                                            | <b>4,77</b>      | <b>4,46</b> | <b>4,38</b>                | <b>3,70</b> |

Source ORSAS Lorraine, d'après INSEE, INSERM CépiDc

Les deux dernières décennies se caractérisent par une baisse sensible de la mortalité après le premier mois de vie qui s'explique en grande partie par la baisse des décès par mort subite du nourrisson.

#### I.1.3 La mortalité maternelle : une situation améliorée

| Effectif des décès maternels, taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, par région, France, 2001-2003 et 2004-2006 (INSERM U93) |            |            |                                                |                   |            |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------------------------------------------|-------------------|------------|-------------------|
|                                                                                                                                                      | Effectifs  |            | Taux corrigés pour 100 000 naissances vivantes |                   |            |                   |
|                                                                                                                                                      | 2001-2003  | 2004-2006  | 2001-2003                                      | IC* 95%           | 2004-2006  | IC* 95%           |
| Alsace                                                                                                                                               | 5          | 5          | 7,4                                            | [2,4-17,2]        | 7,4        | [2,4-17,2]        |
| Bourgogne                                                                                                                                            | 1          | 8          | 1,8                                            | [0,05-10,3]       | 14,6       | [6,3-28,9]        |
| Champagne-Ardenne                                                                                                                                    | 7          | 3          | 14,1                                           | [5,6-29,1]        | 6,1        | [1,3-17,8]        |
| Franche-Comté                                                                                                                                        | 3          | 2          | 7,1                                            | [1,5-20,8]        | 4,6        | [0,6-16,7]        |
| <b>Lorraine</b>                                                                                                                                      | <b>9</b>   | <b>8</b>   | <b>11,1</b>                                    | <b>[5,1-21,1]</b> | <b>9,8</b> | <b>[4,2-19,3]</b> |
| DOMa                                                                                                                                                 | 34         | 29         | 34,9                                           | [24,1-48,7]       | 29,2       | [19,6-42,0]       |
| <b>France</b>                                                                                                                                        | <b>250</b> | <b>213</b> | <b>10,4</b>                                    | <b>[9,2-11,8]</b> | <b>8,7</b> | <b>[7,6-9,9]</b>  |

\* IC indice de confiance

Il s'agit d'un évènement rare. L'objectif relatif à la loi de santé publique du 9 août 2004 est d'atteindre un taux inférieur à 5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2008. La part des décès maternels évitables ou présumés telles est estimée à 50% sur la période (environ 40 décès maternels par an).

Deux études comparatives européennes font apparaître que la situation française pourrait être améliorée notamment en ce qui concerne les **hémorragies du post-partum** qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en partie évitables. Une étude PHRC sur les hémorragies de la délivrance est actuellement conduite dans les 21 maternités de Lorraine.

#### I.1.4 La grossesse et les conduites addictives : des préoccupations fortes

Les données épidémiologiques sur les addictions sont développées dans la thématique « santé mentale » du plan stratégique du PRS.

La consommation de **tabac, y compris le tabagisme familial**, est pourvoyeuse d'un grand nombre de complications dont l'accouchement prématuré et l'hypotrophie. Le repérage et la prise en charge des femmes consommatrices d'**alcool** et des **femmes toxicomanes** constituent de véritables enjeux pour la santé de l'enfant.

Concernant le tabac, l'enquête nationale périnatale 2003 met en évidence sur l'échantillon des femmes en métropole (environ 13000 femmes) que près de 8% des femmes fument plus de 10 **cigarettes** par jour au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse contre 26% avant la grossesse. Très peu d'entre elles reçoivent un substitut nicotinique pendant la grossesse.

Une étude prospective lorraine (thèse) <sup>2</sup> conduite en 2008, intitulée « grossesse et consommation de drogues licites et illicites. Justifications épidémiologiques à une prise en charge durant la grossesse » et portant sur 749 cas suivis dans 4 maternités de la région, montre :

- ① un taux de 1,9% de patientes qui consomment des drogues illicites surtout du cannabis, ce qui paraît bien en-dessous des chiffres de la littérature (10%),
- ② des chiffres difficilement interprétables en matière de consommation d'alcool (information non contrôlable). 7,3% consommeraient moins de 1 verre par jour pendant la grossesse ; elles seraient près de 47% avant la grossesse,
- ③ un taux de femmes fumeuses pendant la grossesse de 27% (40% étaient fumeuses avant la grossesse). Pour 45% de ces femmes fumeuses, la mesure du taux du CO expiré à la naissance (supérieur à 10 ppm) correspond à une situation d'hypoxie importante pour le fœtus.

Malgré plusieurs actions entreprises (mise en place de consultations anti-tabac au sein des établissements de santé, formations, diffusion d'un protocole par le réseau périnatal), des efforts importants restent encore à accomplir, en lien avec les recommandations du Haut Comité de Santé Publique.

### I.1.5 La prématurité : une augmentation surtout liée à la grande prématurité

La **prématurité (< 37 SA)** et notamment **la grande prématurité (< 33 SA)** ont augmenté ces dernières années : les comparaisons européennes (projet Peristat) situent la France en position intermédiaire.

| Source : enquête nationale – EPIPAGE 1 | En 2003 en France                      | En 1998 | En 1995 |
|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|---------|
| Taux de prématurité globale (< 37 SA)* | 6,3% soit près de <b>48000 enfants</b> | 6,2%    | 5,4%    |
| Taux de grande prématurité (< 33 SA)   | 1,9% soit près de <b>9000 enfants</b>  | 1,5%    | 1,3%    |

EPIPAGE : Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels - Prématurité pour les seules naissances vivantes

Entre 1995 et 1998 l'augmentation du taux de prématurité globale s'expliquait essentiellement par l'élévation des naissances gémellaires, ce qui n'est plus le cas entre 1998 et 2003. Ce taux dans la région Est reste élevé : il est de 6,5% en 2003 (cf ENP 2003 Alsace, Franche-Comté Lorraine).

Concernant la grande prématurité (< 33 SA), le taux augmente sensiblement, et notamment celui de la très grande prématurité (< 28 SA). L'introduction de l'item « âge gestationnel » dans le PMSI à compter de 2009 va grandement faciliter le suivi de la prématurité. Selon des projections, la situation lorraine actuelle serait la suivante :

| Terme   | % naissances vivantes | % survivants | France | Lorraine   |
|---------|-----------------------|--------------|--------|------------|
| 22 - 26 | 0,15 – 0,20           | 50           | 800    | <b>27</b>  |
| 27 - 28 | 0,20                  | 80           | 1280   | <b>43</b>  |
| 29 - 30 | 0,25 – 0,30           | 90 – 95      | 2208   | <b>75</b>  |
| 31 - 32 | 0,45 – 0,50           | 95           | 3800   | <b>128</b> |
| 33      | 0,50                  | 98           | 3920   | <b>132</b> |
| 34      | 0,80                  | 99           | 6336   | <b>214</b> |

Estimation 2007 INSERM avec application théorique des taux à la Lorraine

<sup>2</sup> Thèse 2008 Faculté de médecine de Nancy «Grossesse et consommation de drogues licites et illicites – justifications épidémiologiques à une prise en charge durant la grossesse »

Depuis 1997, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a lancé une étude de cohorte chez les enfants grands prématurés (naissance entre 22 et 32 SA ou poids de naissance inférieur à 1500 g), dans neuf régions dont la Lorraine. Celle-ci montre que :

- près de 40% des anciens grands prématurés étudiés, sont porteurs de troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs, à l'âge de 5 ans,
- près du tiers de ceux-ci nécessite encore à l'âge de 5 ans une prise en charge médicale ou paramédicale spécialisée, dont 42% de ceux nés entre 24 et 28 semaines de grossesse.

Une étude de cohorte<sup>3</sup> faite à Nancy, montre que 60% des enfants anciens grands prématurés bénéficiaient encore d'une aide médicale et/ ou d'une assistance éducative, à l'âge de 7 ans. Une majorité d'entre eux (80%) étaient scolarisés dans leur classe d'âge.

**Les déficiences ou handicaps sévères sont environ 10 fois plus fréquents chez les enfants prématurés et en particulier les grands prématurés.**

#### **I.1.6 Les enfants de petits poids de naissance : en augmentation également mais moins marquée**

La région Est (Alsace, Franche-Comté Lorraine) présente un taux d'enfants de **poids inférieur à 2 500 grammes** de **7,5 %** contre une moyenne nationale en Métropole de **7,2 %** (source ENP 2003). Une fois encore, l'introduction de l'item « âge gestationnel » dans le PMSI à compter de 2009 permettra désormais de conduire des analyses prenant en compte l'effet combiné ou pas de la prématurité.

#### **I.1.7 Les situations périnatales à l'origine de handicaps**

La Loi de Santé Publique de 2004 a fixé l'objectif de réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Cela concerne essentiellement :

- la prématurité et particulièrement la grande prématurité et ses complications,
- les retards de croissance intra utérins (RCIU), les infections néonatales, l'alcoolisme maternel, les déficits nutritionnels importants, les accidents neurologiques ou de l'asphyxie périnatale,
- les petits poids de naissance.

**La prévalence des déficits sévères est estimée à environ 1% (soit 8000 cas en France)<sup>4</sup>** et les études sont convergentes pour dire que la **moitié** se situe dans la période périnatale (22 SA jusqu'à 8 jours). Les données de prévalence du handicap dépendent de l'âge de la population étudiée.

**En Lorraine**, un suivi et un accompagnement **d'enfants vulnérables identifiés à la naissance** est en place depuis 2008 (dispositif RAFAEL Réseau d'Accompagnement des FAMILLES en Lorraine). Le réseau périnatal a fixé des critères d'inclusion décrits en annexe I.

#### **I.1.8 Le dépistage sanguin de la trisomie 21 (T21) et du VIH : une meilleure application des recommandations et / ou de la réglementation**

La nouvelle réglementation concernant le dépistage combiné de la trisomie 21, depuis 2009, s'inscrit dans une amélioration des pratiques avec une diminution déjà perçue des amniocentèses inutiles ; elle nécessite cependant de s'assurer des possibilités d'accès à toutes les futures mères à l'offre échographique (en général, délai court pour réaliser les examens).

Le dépistage du VIH est en place.

<sup>3</sup> Clinical Outcome at 7 Years of Age in Former Premature Infants Treated at Birth with Inhaled Nitric Oxide (NO) I Hamon, S Gaga, S Espagne, D Merdarius, C Debruille, JM Hascoet E-PAS 2009:3450.6

<sup>4</sup> Etude INSERM 2004

### I.1 9 Les principales évolutions, entre 1998 et 2003, notées dans les enquêtes nationales périnatales (ENP) :

- Une situation socio démographique des femmes apparemment plus favorable en Lorraine : familles monoparentales (13,2% des familles en Lorraine contre 13,3% en France), âge maternel plus élevé (7,2% des femmes ont 38 ans et plus à la naissance de leur enfant contre 8,9% en France), etc...
- une surveillance prénatale pendant la grossesse accrue pour certains aspects (VIH, T21) et grâce aussi à la qualité de l'échographie,
- la qualité de la prévention dégradée au vu du taux d'absence de consultation avec l'équipe responsable de l'accouchement et de préparation à la naissance,
- des conditions d'accouchement qui ont beaucoup changé : plateaux de prise en charge plus grands et meilleure couverture de péridurale ou rachianesthésie,
- un taux de césarienne en augmentation chez les primipares et les multipares sans antécédent de césarienne,
- des taux de prématurité et d'enfants de poids inférieur à 2500 g qui n'ont pas augmenté de manière significative bien que la grande prématurité augmente,
- des grandes disparités entre les régions dans les comportements tels que la préparation à la naissance ou l'allaitement, et aussi dans les niveaux de risque et fréquence de complications,
- des médecins généralistes surtout impliqués dans la déclaration de grossesse et des sages-femmes peu impliqués dans la surveillance prénatale,
- un nombre de plus en plus élevé de sorties précoces notamment dans les maternités de grande taille. La sortie précoce est définie par la Haute Autorité de Santé par une durée de séjour  $\leq 3$  jours (accouchement par voie basse) ou  $\leq 5$  jours (césarienne).

Les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010 ne sont pas encore diffusés à cette date.

## I.2 EN MATIERE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Dès 1999 la **contraception d'urgence** s'est fortement développée avec l'accessibilité directe en pharmacie sans prescription médicale, puis sa prise en charge par l'assurance maladie à partir de 2001. Son accès pour les mineures a été organisé par la loi du 13 décembre 2000, en permettant que celle-ci leur soit délivrée en pharmacie, de façon gratuite et anonyme. La loi HPST dans ses articles 86, 87, 88 et 89 prévoit un développement de l'accès à la **contraception** selon des modalités précises (sages femmes, infirmières, pharmaciens, services de médecine et prévention des universités impliqués), en garantissant un accompagnement psychologique de l'enfant mineur ou de l'étudiant.

Le **nombre des interruptions volontaires de grossesses (IVG)** reste globalement stable depuis une vingtaine d'années, avec un taux de recours de 14,5 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, et de 11,1 IVG pour 1000 femmes mineures, en 2008 et 2009. Depuis 2006, la hausse du recours à l'IVG pour les femmes les plus jeunes s'est interrompue pour se stabiliser en 2008 et 2009. L'allongement du délai de 10 à 12 semaines de grossesse (soit 14 SA) voté en 2001, le développement de la contraception d'urgence, n'ont pas eu d'impact significatif sur le recours à l'IVG.

**Les modes opératoires de l'IVG** ont évolué : aujourd'hui plus de la moitié des IVG sont médicamenteuses. La plupart se font à l'hôpital. Le recours à une IVG médicamenteuse en médecine de ville est autorisé depuis 2004. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un autre établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 5 semaines de grossesse. Sur le territoire national, cette pratique en ville est très inégalement répartie : cinq régions totalisent 89% des 22 702 IVG réalisées en ville en 2009.

Des efforts restent encore à faire en matière d'information sur la contraception et les propositions de méthodes contraceptives adaptées et compatibles avec le mode de vie des jeunes. La plupart des IVG ont lieu 6 mois après une naissance, ou après une IVG, ou après une fausse couche.

### En région Lorraine

Le recours à l'IVG est plus faible que la moyenne nationale : 12,2 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 14,5 en France métropolitaine en 2009, et 10,2 IVG pour 1000 femmes mineures contre 11,1 :

- C'est un total de 6579 IVG qui a été pratiqué en 2009, dont les deux tiers dans les établissements publics,
- les IVG médicamenteuses atteignent plus de 50% (environ 3300) avec une disparité entre territoires,
- la pratique au cabinet d'un médecin libéral dès lors que celui-ci a passé convention avec un établissement de santé est peu développée : sont comptabilisés 5 médecins et 2 établissements concernés pour un peu plus de 100 IVG en 2006,
- 4% des IVG sont pratiquées après la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse selon une proportion proche du niveau national<sup>5</sup>.

La **qualité des outils statistiques** relatifs à l'IVG doit être améliorée. Les données issues de la SAE, du PMSI, et des bulletins d'interruption volontaires de grossesse, ne permettent pas d'explorer au mieux les tendances d'évolution. Certains aspects restent peu connus : les cas répétés d'IVG chez une même femme, les refus de prise en charge, le nombre d'IVG pratiquées pendant les deux dernières semaines du délai légal.

<sup>5</sup> Enquête STATISS DRASS Lorraine avril 2008

### I.3 CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

**L'état de santé de l'enfant et de l'adolescent conditionne pour une large part les indicateurs sanitaires de la population adulte.**

En Lorraine, les projections démographiques concernant les enfants (0 à 17 inclus) montrent à l'horizon 2021 une tendance globalement à la baisse à l'exception du territoire de Briey et du Sud-Ouest-Mosellan :

| Territoire de proximité            | 2006<br>enfts<br>0 à 1 an | Evolution<br>2006-2021<br>enfts 0 à 1 | 2006<br>enfts<br>2 à 17 ans | Evolution<br>2006-2021<br>enfts 2 à 17<br>ans | 2006<br>enfts<br>0 à 17 ans | Evolution<br>2006-2021<br>enfts<br>0 à 17 ans |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| Pays Verdun et Cœur Lorraine       | 2 565                     | -4,8%                                 | 21 206                      | -2,2%                                         | 23771                       | -2,5%                                         |
| Pays Briey                         | 1 731                     | -3,5%                                 | 14 555                      | 5,3%                                          | 16286                       | 4,3%                                          |
| Territoire N°4 - Longwy            | 2 105                     | -20,1%                                | 15 336                      | 2,3%                                          | 17440                       | -0,4%                                         |
| Territoire N°5 - Thionville        | 5 359                     | -6,9%                                 | 42 903                      | 1,4%                                          | 48261                       | 0,5%                                          |
| Territoire N°6 - Metz              | 8 702                     | -4,4%                                 | 71 509                      | -7,3%                                         | 80211                       | -7,0%                                         |
| Territoire N°7 - Bassin Houillier  | 5 410                     | -15,2%                                | 48 789                      | -13,5%                                        | 54199                       | -13,7%                                        |
| Pays Sarreguemines                 | 2 036                     | -10,5%                                | 18 796                      | -12,0%                                        | 20832                       | -11,8%                                        |
| Pays Saulnois et Pays Sarrebourg   | 2 147                     | -6,1%                                 | 18 641                      | -5,5%                                         | 20788                       | -5,6%                                         |
| Pays Barrois et Pays Val de Meuse  | 2 018                     | -10,5%                                | 17 953                      | -9,2%                                         | 19972                       | -9,3%                                         |
| Pays Ouest Vosgien                 | 1 236                     | -13,7%                                | 11 075                      | -11,7%                                        | 12311                       | -11,9%                                        |
| Pays Sud-Ouest-Meurthe-et-Mosellan | 2 517                     | -0,4%                                 | 20 322                      | 3,9%                                          | 22839                       | 3,4%                                          |
| Pays Val Lorraine                  | 2 175                     | 6,6%                                  | 20 225                      | -5,0%                                         | 22399                       | -3,8%                                         |
| Territoire N°16 - Nancy            | 6 361                     | 2,9%                                  | 51 961                      | -10,8%                                        | 58322                       | -9,3%                                         |
| Pays Lunévillois                   | 1 966                     | -2,7%                                 | 16 232                      | 1,2%                                          | 18198                       | 0,8%                                          |
| Pays Vosges Centrales              | 3 505                     | -6,4%                                 | 31 006                      | -9,6%                                         | 34511                       | -9,3%                                         |
| Pays Déodat                        | 1 898                     | -3,3%                                 | 16 872                      | -4,1%                                         | 18770                       | -4,1%                                         |
| Pays Remiremont                    | 1 693                     | -13,3%                                | 16 164                      | -13,8%                                        | 17857                       | -13,7%                                        |
| <b>Région Lorraine</b>             | <b>53 422</b>             | <b>-5,9%</b>                          | <b>453 545</b>              | <b>-6,2%</b>                                  | <b>506967</b>               | <b>-6,2%</b>                                  |
| Département de Meurthe-et-Moselle* | 16 855                    | -1,3%                                 | 138 631                     | -3,2%                                         | 155485                      | -3,0%                                         |
| Département de Meuse*              | 4 583                     | -7,3%                                 | 39 159                      | -5,4%                                         | 43742                       | -5,6%                                         |
| Département de Moselle             | 23 653                    | -8,1%                                 | 200 637                     | -7,2%                                         | 224291                      | -7,3%                                         |
| Département des Vosges*            | 8 331                     | -8,2%                                 | 75 118                      | -9,6%                                         | 83448                       | -9,4%                                         |
| <b>Région Lorraine</b>             | <b>53 422</b>             | <b>-5,9%</b>                          | <b>453 545</b>              | <b>-6,2%</b>                                  | <b>506967</b>               | <b>-6,2%</b>                                  |

#### I.3.1 Avant l'âge de 1 an

**Le taux de mortalité infantile** en Lorraine se rapproche du taux moyen national en 2008 et 2009, après avoir connu une situation défavorable.

En ville, les **visites obligatoires et les actes de prévention** sont faits par les médecins généralistes et les pédiatres ; ils représentent la moitié des consultations, suivis par les pathologies respiratoires (plus du tiers). Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) participent également à ce suivi.

Les prescriptions de séjours hospitaliers sont principalement motivés par des pathologies périnatales (37%) et respiratoires (13%).

### I.3.2 Après l'âge de 1 an

a) Le **taux de mortalité** diminue fortement et de façon variable selon les tranches d'âge<sup>6</sup> :

- ⌚ 0,25 pour 1 000 entre 1 et 4 ans
- 0,13 pour 1 000 entre 5 et 9 ans
- puis 0,48 pour 1 000 entre 15 et 19 ans
- 0,69 pour 1 000 entre 20 et 24 ans

A l'adolescence, c'est surtout la mortalité masculine qui augmente du fait essentiellement de l'augmentation à ces âges des morts violentes qui représentent près des trois quarts des décès masculins entre 15 et 24 ans. Après les accidents de la route, le suicide reste la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, surtout chez les jeunes hommes. Ce sont environ 600 à 800 jeunes de 15 à 24 ans qui meurent chaque année en France par suicide.

b) **En dehors des examens de prévention, les pathologies respiratoires** représentent 42% des consultations de 1 à 14 ans, suivies par les maladies infectieuses, les maladies de la peau, les problèmes ophtalmologiques et les symptômes « flous » ou mal définis.

c) **En dehors du champ de la santé mentale, les maladies chroniques** qui représentent les **causes** les plus fréquentes d'admission en Affection Longue Durée (**ALD**), avant 15 ans, sont les suivantes :

*Ce chapitre est développé dans la thématique « maladies chroniques » du plan stratégique du PRS*

- 📖 Les cardiopathies et affections cardio-vasculaires congénitales (11 %).
- 📖 Pour les filles, la scoliose structurale qui représente environ 11 % des admissions en ALD, contre seulement 1 % chez les garçons.
- 📖 Les formes graves des affections neuromusculaires (8 %),
- 📖 Les tumeurs malignes, leucémies et tumeurs du système nerveux central sont moins fréquentes (6 % des ALD), mais sont à l'origine de 20 % des décès chez les 1-14 ans.
- 📖 Le diabète traité par injection d'insuline (5 %).

#### d) L'obésité et le surpoids :

*Ce chapitre est développé dans la thématique « maladies chroniques » du plan stratégique du PRS*

Les conséquences de l'excès de poids sur la santé sont désormais bien connues, et les pathologies associées sont notamment le diabète, l'asthme, l'arthrite et les maladies cardio-vasculaires. L'environnement social (espace urbain, taille de la famille...) apparaît aussi comme un déterminant majeur. Par ailleurs, la France se situe parmi les pays où le niveau d'activité physique rapporté serait le plus bas.

**Les taux d'obésité des enfants lorrains<sup>7</sup> sont sensiblement identiques à ceux de l'ensemble des enfants français dans les enquêtes en milieu scolaire :**

| Populations d'enfants                | Sources                    | Taux d'obésité      | Taux de surcharge pondérale |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Enfants de grande section maternelle | Enquête 2005 - 2006        | <b>IMC* &gt; 30</b> | <b>IMC* entre 25 et 30</b>  |
|                                      | sur le territoire national | 3,1%                | 9%                          |
|                                      | <b>en Lorraine</b>         | 3,1%                | 10,9%                       |
| Enfants en CM2                       | Enquête 2001 - 2002        | 4%                  | 16%                         |
| Enfants de 11-15 ans                 | HBSC                       | 3,3%                | 12,4%                       |

*Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg/taille au carré en mètre – A noter qu'il n'est pas nécessairement adapté à l'âge.*

<sup>6</sup> BMS INSEE N°2 février 2004

<sup>7</sup> « L'obésité des enfants en Lorraine : surtout au nord et à l'est » Statist'Infos DRASS de Lorraine



Toutefois il existe des **différences importantes infrarégionales** avec une problématique plus marquée dans :

- les milieux défavorisés ou en situation de pauvreté,
- en Moselle où l'obésité est la plus répandue, tant chez les filles que chez les garçons ; c'est aussi dans ce territoire où se retrouve la surmortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire,
- dans le territoire de Remiremont, limitrophe de l'Alsace.

En Lorraine, près de 10% des étudiants de première année présentent une insuffisance pondérale et près de 16% sont concernés par un excès de poids<sup>8</sup>.

Les enjeux de la prévention sont importants pour éviter la survenue de nombreuses maladies. La Haute Autorité de Santé a publié récemment des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

#### **e) Les déficiences :**

*Ce chapitre est développé dans la thématique « handicap et vieillissement » du plan stratégique du PRS.*

A ce jour, il est difficile de connaître les réels besoins en matière de handicap pour différentes raisons et notamment le **caractère morcelé des données** et l'absence d'un accès et d'une exploitation organisés.

Quelles que soient les définitions considérées et les méthodologies employées, la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une prévalence globale des déficiences sévères autour de 1% chez l'enfant de 5 à 7 ans<sup>9</sup>. Actuellement, 9 enfants sur 1000 seraient porteurs de déficiences graves parfois cumulées chez le même enfant. Elles se répartissent de la façon suivante :

- 3 enfants pour 1000 pour les déficiences motrices et près de 2 pour les paralysies cérébrales,
- entre 0,2 et 1,3 pour les déficiences visuelles et auditives,
- entre 1,5 et 3,5 pour les déficiences intellectuelles,
- entre 0,7 et 1,3 pour le poly-handicap selon l'importance du retard mental.

Chez les grands prématurés (< 33 SA), les premières études rapporteraient une prévalence de 8% des paralysies cérébrales à 2 ans, et de 15% de retards mentaux modérés ou sévères.

La prise en charge de ces déficiences pose notamment la question :

- du devenir des enfants nés très prématurément (9000 naissances annuelles avant 33 semaines en France),
- des délais de repérage y compris pour les enfants nés près du terme, qui doivent être les plus courts possibles,
- de la coordination, inscrite dans la durée, des équipes et des structures spécialisées médicales (neuro-pédiatrie, pneumo-pédiatres, IRR, médecins, PMI...) et médico-sociales (PMI, CAMPS, SESSAD, EP, IME...), y compris au-delà de 6 ans.

Les déficiences telles que les troubles cognitifs et de l'apprentissage sont souvent génératrices d'échec scolaire et donc de difficultés sociales. Elles doivent être repérées au plus tôt. Pour les troubles spécifiques du langage, des centres ressources multidisciplinaires, rattachés à des équipes hospitalo-universitaires, ont été mis en place.

<sup>8</sup> « Surpoids et obésité chez les étudiants de 1<sup>ère</sup> année de l'enseignement supérieur en Lorraine » Année 2005 – Université, CIRIL, ORSAS et Conseil Régional

<sup>9</sup> Déficiences et handicap d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Editions INSERM, 2004.



#### **f) Les addictions chez les jeunes**

Ce chapitre est développé dans la thématique « santé mentale » du plan stratégique du PRS.

Ces chiffres clés sont issus de l'enquête HBSC<sup>10</sup> réalisée en Lorraine, en 2007, « santé et modes de vie des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans », à partir d'un échantillon représentatif de 2970 élèves :

- ⌚ consommation d'alcool : elle est significativement plus fréquente chez les élèves des territoires regroupés de [Lunéville - Saulnois - Sarrebourg] et de [Meuse du Sud - Toul], qu'ailleurs,
- ⌚ consommation répétée ou quotidienne de tabac : elle est proportionnellement plus fréquente chez les élèves du territoire regroupé du [Lunévillois - Saulnois - Sarrebourg] : 15% contre 8,7% pour l'échantillon régional,
- ⌚ consommation de cannabis : sa fréquence chez les élèves de 15 ans, au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours, ne présente pas de différences significatives entre les territoires. Toutefois l'analyse doit être prudente car les effectifs sont petits (780 élèves ont 15 ans dans l'échantillon).

#### **g) La santé mentale**

Ce chapitre est développé dans la thématique « santé mentale » du plan stratégique du PRS.

En France, les troubles de la santé mentale représentent la principale cause d'ALD avant l'âge de 18 ans (29 % de l'ensemble des ALD). Ils concernent principalement : l'autisme, les autres troubles du développement, l'hyperactivité, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), les troubles des conduites, la schizophrénie et les troubles bipolaires débutants.

Concernant plus spécifiquement l'autisme et Troubles Envahissants du Développement (TED), des centres de ressources ont été mis en place dans les régions : en Lorraine, il est implanté à Nancy. L'autisme est un trouble sévère et précoce du développement, affectant les capacités de communication, le langage, les interactions et les relations sociales.

Une étude réalisée en Lorraine sur les « troubles du comportement des enfants et prise en charge médico-sociale, y compris à domicile »<sup>11</sup> conclut à la **nécessité impérieuse d'améliorer le système d'observation** en raison de grandes disparités selon les sources, et l'intérêt de proposer de nouvelles formes de prise en charge en s'appuyant sur l'offre existante.

Un autre constat plus en marge est celui de la violence avérée qui concerne quelques adolescents réputés « violents et ingérables » : il n'est pas aisé de trouver des solutions satisfaisantes tant pour ces adolescents que pour les professionnels qui s'en occupent.

Par ailleurs, ce sont 5 à 8% des jeunes de 15 à 24 ans qui font une tentative de suicide. Une prochaine enquête européenne qui associe onze pays dont la France (Nancy représente la France) tentera d'élaborer des outils efficaces et scientifiquement validés pour un meilleur dépistage.

Selon l'étude menée par la fondation pour la recherche et la prévention en santé mentale auprès de 1217 étudiants âgés de 18 à 25 ans, en juin 2010, près de 10% de ces étudiants présentent des indices de souffrance avec un fort risque de morbidité psychique, sans avoir eu recours à un professionnel pour plus de la moitié d'entre eux.

Ces diverses situations impliquent un grand nombre d'acteurs y compris dans le repérage et le dépistage (médecins généralistes, pédiatres, généticiens, CAMSP, PMI, Education nationale, Université...).

<sup>10</sup> Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2007 en Lorraine

<sup>11</sup> « Troubles du comportement des enfants et prise en charge médico-sociale, y compris à domicile » Plate forme régionale de coordination de l'observation sanitaire et sociale en Lorraine

## h) L'enfant en danger

L'enfance maltraitée a été déclarée en France « grande cause nationale » à la suite de la journée nationale des droits de l'enfant en 1996. Les maltraitements sont représentés par des violences physiques, sexuelles, des carences graves, des violences psychologiques.

La notion d'enfant en danger, plus adaptée, s'est substituée à celle d'enfant maltraité. Il y a :

- l'enfant maltraité, victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychique,
- l'enfant en risque qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité,
- l'enfant en souffrance, au demeurant aimé, soigné, mais qui souffre de ses conditions d'existence qui fragilisent ou menacent son développement et son épanouissement personnel.

Le dispositif de l'enfant en danger compte notamment les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les professionnels de la Protection Maternelle Infantile et de l'Education Nationale qui ont un rôle essentiel dans le repérage de ces problématiques. Ceux-ci sont les interlocuteurs privilégiés du pédopsychiatre. Les structures des urgences sont aussi des lieux importants pour le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance.

Depuis 10 ans, l'analyse de l'évolution<sup>12</sup> montre une progression du nombre des enfants en risque, de la négligence parentale chez les nourrissons et des suspicions de sévices sexuels. De plus, l'apparition de mineurs auteurs de maltraitance et notamment d'abus sexuels est préoccupante et nécessite une adaptation des réponses sociales et judiciaires afin de préparer les victimes et les maltraitants à leur vie d'adulte responsable et sociale.

Selon l'ONED, le nombre d'enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'au moins une mesure serait au 31/12/2006 de 265 913 sur la France, soit 1,88% des moins de 18 ans.

### Proportion d'enfants et de jeunes bénéficiant d'une mesure d'accueil au 31/12/2006

|                    | Mineurs | Jeunes majeurs |
|--------------------|---------|----------------|
| France entière     | 0,9%    | 0,8%           |
| Lorraine           | 0,9%    | 0,5%           |
| Meurthe-et-Moselle | 1,0%    | 0,5%           |
| Meuse              | 1,4%    | 1,0%           |
| Moselle            | 0,8%    | 0,5%           |
| Vosges             | 0,7%    | 0,4%           |

Source DREES, de la DPJJ, de l'INSEE

On observe que les mauvais traitements physiques et psychologiques concernent principalement les mineurs de 9 à 15 ans, et les violences sexuelles plutôt les enfants âgés de 3 à 6 ans.

D'après le SNATEM (« allô enfance maltraitée » ou 119) en 2009, le nombre moyen de transmissions pour 100 000 mineurs est de : 184 en Meurthe et Moselle, 31 en Meuse, 50 dans les Vosges et 166 en Moselle. Il est noté une augmentation de 50% du nombre de transmissions dans les départements ce qui totalise à 9235 transmissions soit 30% des appels traités (effet de la loi du 5 mars 2007).

<sup>12</sup> Thèse doctorat en médecine 2008 « Synthèse de la maltraitance infantile en France – Expérience de l'unité de prise en charge des enfants victimes de maltraitance à l'hôpital de Nancy »

### **I.3.3 Quelques chiffres clés, en Lorraine, issus de l'enquête HBSC 2007 réalisée en milieu scolaire sur un échantillon représentatif des élèves de 11, 13 et 15 ans (2970 élèves au total)**

- Plus de 15% des élèves vivent dans un foyer monoparental,
- Une grande majorité des jeunes trouve à qui parler dans leur entourage familial et amical,
- Environ 50% éprouvent au moins une plainte fonctionnelle par semaine, et 36% une plainte psychologique,
- Les élèves en surpoids représentent 13%, les garçons étant davantage concernés,
- A 15 ans, 47,2% des garçons et 40% des filles ont déjà connu un épisode d'ivresse,
- A 15 ans, 15% des filles et garçons déclarent fumer quotidiennement,
- A 15 ans, 30,8% des filles et 34,5% des garçons disent avoir eu des rapports sexuels,
- Les élèves sont 67% à avoir du plaisir à être ensemble tous âges confondus,
- 40% des jeunes disent avoir été brimés à l'école de façon occasionnelle (31%) ou répétée (9%) au cours des deux derniers mois, et près de 22% avoir été victimes de violences à l'intérieur de l'école.

## **II. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DANS LES DETERMINANTS DE SANTE EN LORRAINE**

La santé est très influencée par le milieu social et ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé. Les fondements essentiels de la santé de l'adulte s'établissent dans la petite enfance.

Sont repris ici des éléments d'une analyse réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) sur l'état de santé des Lorrains, qui fera l'objet d'un chapitre complet et à part entière dans le plan stratégique du projet régional de santé.

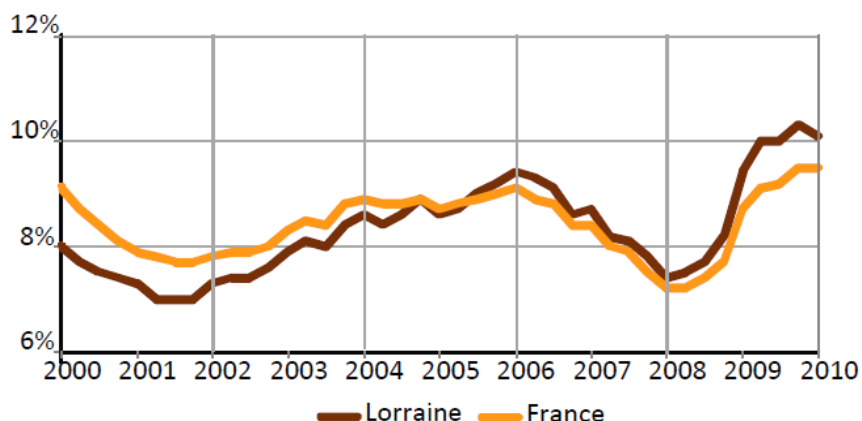
### **Une évolution démographique marquée par une décroissance à un horizon proche :**

- La population lorraine est particulièrement concentrée sur le sillon mosellan,
- Elle augmente moins vite que la population française, entre 1999 et 2007 : + 0,16% par an contre +0,68% par an pour l'ensemble de la France métropolitaine,
- La fécondité est plus élevée à la campagne qu'en ville,
- Une mutation de la situation socio-économique se poursuit : le nombre d'emploi diminue en Lorraine mais le nombre d'emploi frontalier augmente.

### **Les populations socialement fragilisées :**

**Le chômage** augmente plus rapidement que dans le reste de la France : au deuxième trimestre 2010, le taux de chômage en Lorraine atteint 9,9% de la population active contre 9,3% dans l'ensemble de la France métropolitaine. Les taux les plus élevés sont observés dans le Bassin Houiller et en Déodatie (11,7% chacun). Ils sont les plus faibles dans le Pays de Sarrebourg (7,7%), le Val de Lorraine (7,6%), les Terres de Lorraine (7,5%) et le Saulnois (7,2%).

## Évolution du taux de chômage (données CVS)



Source : INSEE

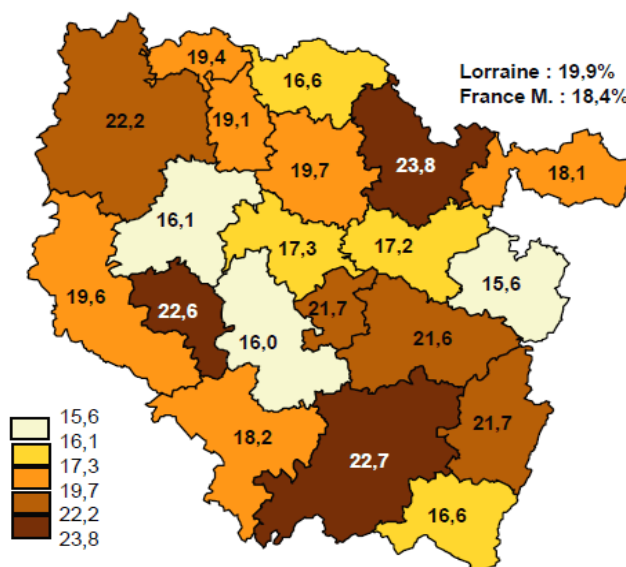
**La précarité économique** dépend en grande partie de la situation économique de la région. Elle a une influence sur l'état de santé de la population dans la mesure où elle peut éloigner les personnes du système de soins, conduire à vivre dans des conditions pouvant nuire à la santé (habitat dégradé, mauvaise alimentation,...) ou favoriser des comportements à risque.

Les situations de précarité économique sont aussi fréquentes en Lorraine que dans le reste de la France :

- La proportion de ménage à bas revenus est supérieure à la moyenne française (19,9% contre 18,4%),

## Taux de ménages à bas revenus au 31 décembre 2009

Ménages à bas revenus allocataires auprès de la CAF pour 100 ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans

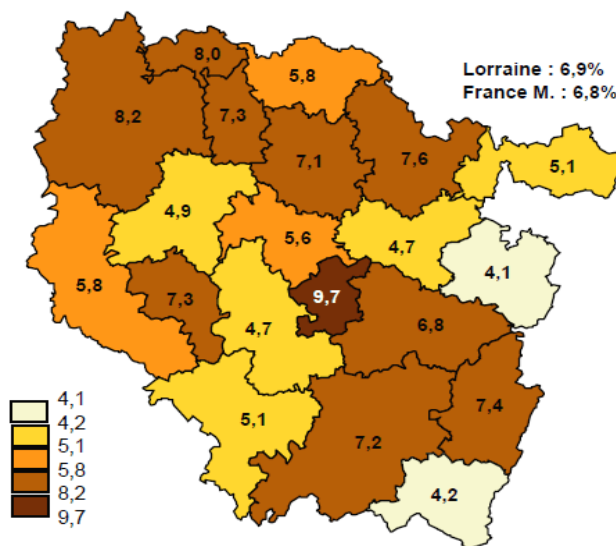


Sources : Ménages à bas revenu : CAF 54, 55, 57 et 88 et CNAF

Les ménages à bas revenu disposent de revenus inférieurs à 60% du revenu médian français par unité de consommation. Près d'un ménage dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans sur cinq en Lorraine (19,9%) dispose de bas revenus. Cette proportion est plus élevée dans le Haut Val de Meuse (22,6%), le Pays d'Epinal – Coeur des Vosges (22,7%) et surtout dans le Bassin Houiller (23,8%). Les proportions sont plus faibles dans le Coeur de Lorraine (16,1%), les Terres de Lorraine (16,0%) et le Pays de Sarrebourg (15,6%).

- La proportion de bénéficiaires de minima sociaux est très proche de la moyenne française,
- les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) socle sans majoration (prestation comparable au RMI) représentent 6,9% des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans en Lorraine contre 6,8% en France métropolitaine.

**Bénéficiaires du RSA socle (seul ou avec activité)  
sans majoration pour 100 ménages dont la personne  
de référence est âgée de 20 à 59 ans**



Un niveau de précarité économique plus important peut être observé à partir des bénéficiaires du RSA socle sans majoration, qui représentent 6,9% des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans en Lorraine. Ils sont particulièrement nombreux dans le territoire de Nancy et de son agglomération (9,7%) et leur proportion est plus faible dans le Pays de Remiremont et de ses vallées (4,2%) et dans le Pays de Sarrebourg (4,1%).

#### **Les naissances domiciliées et la proportion de mère de moins de 18 ans :**

La proportion de jeunes mères de moins de 18 ans en Lorraine (0,40%) est en dessous du taux moyen national (0,44%) ; il existe de grandes disparités entre territoires et les taux sont les plus élevés dans les territoires de Meuse du Nord (0,73%) et du Pays d'Epinal (0,64%).

Nombre annuel moyen de naissances en 2007-2009 et proportions en fonction de l'âge de la mère

|                                       | Nombre<br>annuel<br>moy | Âge de la mère  |                |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|
|                                       |                         | Moins de 18 ans | 38 ans ou plus |
| Meuse du Nord                         | 959                     | 0,73%           | 6,78%          |
| Pays Cœur de Lorraine                 | 304                     | 0,55%           | 6,36%          |
| Pays du Bassin de Briey               | 876                     | 0,30%           | 7,99%          |
| Territoire de Longwy                  | 924                     | 0,22%           | 7,76%          |
| Territoire de Thionville              | 2 698                   | 0,25%           | 6,94%          |
| Territoire de Metz                    | 4 403                   | 0,34%           | 7,94%          |
| Bassin Houiller                       | 2 769                   | 0,41%           | 5,99%          |
| Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe | 996                     | 0,44%           | 6,23%          |
| Pays du Saulnois                      | 378                     | 0,53%           | 7,59%          |
| Pays de Sarrebourg                    | 700                     | 0,14%           | 7,48%          |
| Pays Barrois                          | 660                     | 0,25%           | 7,77%          |
| Pays du Haut Val de Meuse             | 308                     | 0,43%           | 5,62%          |
| Pays de l'Ouest Vosgien               | 610                     | 0,49%           | 6,28%          |
| Pays Terres de Lorraine               | 1 190                   | 0,28%           | 7,06%          |
| Pays du Val de Lorraine               | 1 145                   | 0,12%           | 7,40%          |
| Territoire de Nancy et de son agglom. | 3 383                   | 0,56%           | 7,87%          |
| Pays Lunévillois                      | 983                     | 0,47%           | 6,41%          |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges       | 1 815                   | 0,64%           | 6,72%          |
| Pays de la Déodat                     | 953                     | 0,56%           | 7,28%          |
| Pays de Remiremont et de ses vallées  | 883                     | 0,34%           | 6,87%          |
| Lorraine Nord                         | 15 006                  | 0,36%           | 7,14%          |
| Lorraine Sud                          | 11 931                  | 0,46%           | 7,18%          |
| Meurthe-et-Moselle                    | 8 513                   | 0,39%           | 7,49%          |
| Meuse                                 | 2 219                   | 0,53%           | 6,94%          |
| Moselle                               | 11 943                  | 0,34%           | 7,08%          |
| Vosges                                | 4 262                   | 0,54%           | 6,83%          |
| Lorraine                              | 26 937                  | 0,40%           | 7,16%          |
| France métropolitaine                 | 790 676                 | 0,44%           | 8,94%          |

Source : INSEE (Recensement), Exploitation : ORSAS – Lorraine

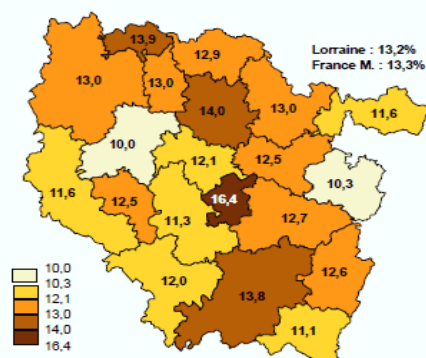
Les nombres de naissances domiciliées n'incluent que les enfants nés vivants et sont comptés ici au domicile de la mère (et non au lieu d'enregistrement de naissances).

De la même façon, la proportion de femmes de 38 ans ou plus en Lorraine (7,16%) est en-dessous du taux moyen national (8,94%). On trouve les taux les plus élevés dans les territoires de Briey (7,99%), Nancy et son agglomération (7,87%), Longwy (7,76%) et le Pays du Barrois (7,77%).

### Les familles monoparentales sont plus fréquentes en ville qu'à la campagne :

Les familles monoparentales représentent près d'une famille sur 8 en Lorraine (13,2%). Cette proportion est équivalente à la moyenne française (13,3%) et est en augmentation par rapport à 1999 où elle était égale à 11,5%. Elles sont plus fréquentes dans les grandes agglomérations, et représentent 14,0% des familles dans le territoire de Metz et 16,4% des familles du territoire de Nancy et de son agglomération. Elles sont plus rares dans les territoires à dominante rurale tels que le Pays de Sarrebourg (10,3%) et le Cœur de Lorraine (10,0%).

Proportion de familles monoparentales en 2007



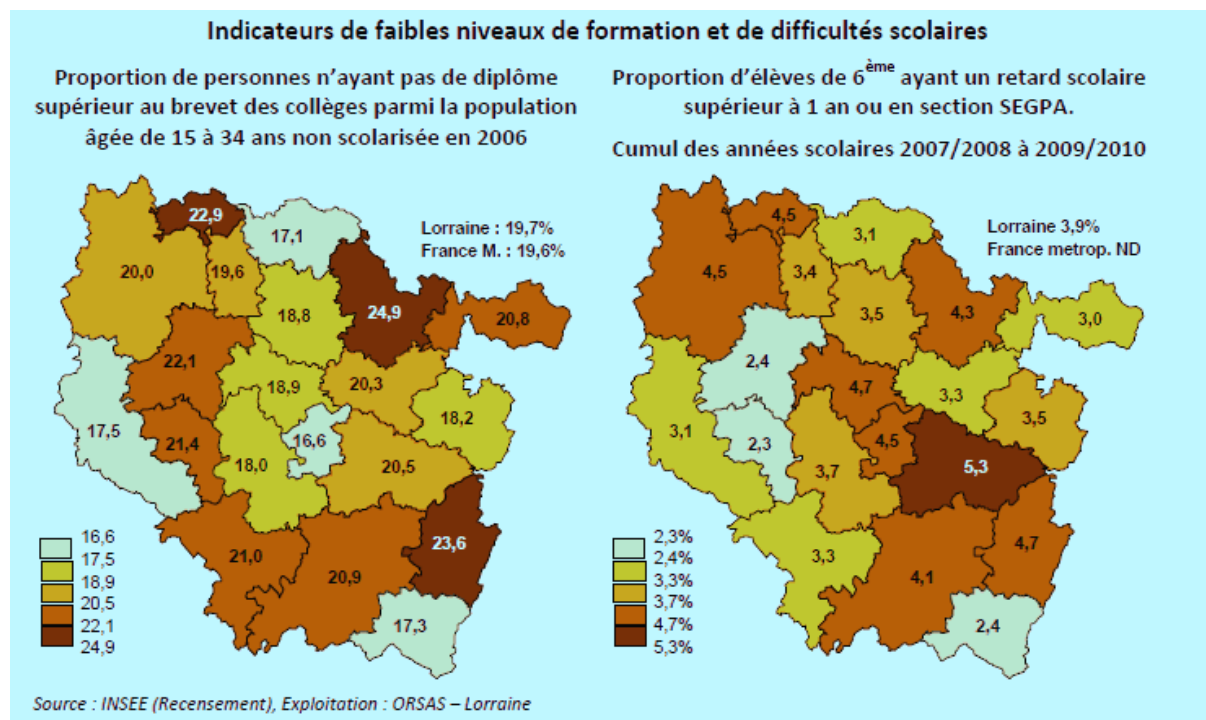
Source : INSEE (Recensement), Exploitation : ORSAS – Lorraine



## Le niveau d'étude et les enfants ayant un retard scolaire supérieur :

L'état de santé de la population dépend de plusieurs facteurs tels que la qualité du système de soins, les comportements à risque ou les situations de précarité. Ces dernières ne sont pas seulement économiques. Elles peuvent être aussi liées à un faible niveau de formation, à l'âge ou à la solitude.

Près d'un Lorrain sur cinq n'a pas de diplôme supérieur au brevet des collèges (19,7%), entre 15 et 34 ans, parmi la population non scolarisée et cette proportion est équivalente à la moyenne française (19,6%). Les taux les plus élevés se rencontrent dans les territoires où la population ouvrière est nombreuse. Il s'agit du territoire de Longwy (22,9%), de la Déodatie (23,6%) et surtout du Bassin Houiller (24,9%)



Les enfants ayant un retard scolaire supérieur à un an ou en section SEGPA à l'entrée en 6ème sont en grande difficulté scolaire et risquent de terminer leur scolarité sans obtenir de diplôme.

Ils représentent 3,9% des enfants entrant en 6ème et cette proportion est plus élevée dans le Val de Lorraine et la Déodatie (4,7% chacun) et atteint 5,3% dans le Lunévillois. Les proportions les plus faibles sont observées dans le Pays de Remiremont et de ses vallées et du Coeur de Lorraine (2,4% chacun) et du Haut Val de Meuse (2,3%). Le territoire de Longwy, le Bassin Houiller et la Déodatie cumulent à la fois une forte proportion de personnes ayant de faibles diplômes et une forte proportion d'enfants en difficulté scolaire.

### III. OFFRE, ACTIVITES, ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le plan périnatal 2005 - 2007 a impulsé des évolutions dans trois domaines :

- ⌚ la modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement,
- ⌚ l'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant,
- ⌚ l'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance.

Le vaste champ de la thématique « périnatalité, enfants, adolescents » est par définition transversal et implique de **très nombreux acteurs**, notamment ceux situés en proximité qui ont un rôle majeur (liste non exhaustive) :

- les services de différentes institutions : les centres de Planification Familiale, la Protection Maternelle Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) gérés par les Conseils Généraux, les services de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)...
- les professionnels de santé : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, néonatalogistes, généticiens, pédopsychiatres, puéricultrices, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues...
- les établissements de santé et structures extra-hospitalières : maternités y compris les unités de néonatalogie (soins intensifs, réanimation), structures de médecine d'urgence, services de pédiatrie, services de chirurgie infantile, les secteurs de pédopsychiatrie et les centres médico psychologiques (CMP)...
- le réseau régional périnatal lorrain,
- les structures médico-sociales : les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD), les Instituts Médico-Educatifs IME, les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP)...
- des structures spécifiques (liste non exhaustive) :
  - o les réseaux locaux,
  - o les maisons des adolescents,
  - o le Centre de Ressource de l'Autisme (CRA) et les quatre Unités de Diagnostic et d'Evaluation (UDE) localisées à Metz, Fains-Veel (desserte Toulinois et Sud Meusien), Epinal, Forbach,
  - o les centres de référence et de compétences des maladies rares,
  - o le Centre Lorrain d'Apprentissage des troubles du langage (CLAP).

**Leur coordination est un enjeu primordial.**

#### III.1 LES PRINCIPAUX ACTEURS DE PROXIMITE

##### III.1.1 Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Ils développent des missions d'information, de consultation ou de conseil familial. Ils sont gérés par les Conseils Généraux. Ils sont au nombre de : 8 en Meurthe-et-Moselle, 4 en Meuse, 6 à 7 en Moselle et 5 à 7 dans les Vosges.

##### III.1.2 Les sages-femmes libérales (cf tableau)

Elles assurent une mission de suivi à domicile en pré et post accouchements, particulièrement utiles pour les grossesses pathologiques et les retours précoces. Elles interviennent notamment dans des structures d'Hospitalisation A Domicile (HAD) qui ont pris une orientation de « prises en charge périnatales ».



### III.1.3 L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Six HAD polyvalentes assurent en Lorraine des prises en charge en périnatalité : Gérardmer, Nancy, Joeuf, Verdun, Thionville, Bitche. Cette activité doit prioritairement être centrée sur des activités de l'ante partum et du post-partum pathologiques pour lesquelles la Haute Autorité de Santé vient de publier tout récemment (avril 2011) des recommandations. L'enquête de l'IGAS sur l'HAD, publiée en 2010, met en évidence un écart entre la charge en soins réalisée et celle préconisée par la circulaire DHOS du 04 février 2004 au regard de ces indications en ante et post-partum pathologiques.

### III.1.4 Les Centres Périnataux de Proximité (CPP)

Ils sont au nombre de 4 en Lorraine : Pont à Mousson, Gérardmer, Commercy, Bitche. Leur mission est d'assurer des consultations pré et post natales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveaux nés et des consultations de planification familiale. Leur activité fait l'objet d'un examen annuel dans le cadre du financement MIG (Mission d'Intérêt Général).

### III.1.5. La prise en charge de l'enfant en proximité

a) Les **médecins généralistes et les pédiatres** (libéraux, hospitaliers ou mixtes) assurent de fait les activités de pédiatrie ambulatoire. De façon schématisée<sup>13</sup> :

- o les enfants de moins de 2 ans sont suivis par des pédiatres dans plus de la moitié des cas,
- o Les pédiatres suivent régulièrement 20% des enfants de plus de 2 ans,
- o Les adolescents qui consultent peu, le font essentiellement auprès des médecins généralistes dans 70% des cas et ne représentent que 2% des actes de pédiatres.

Cet état de fait est également plus marqué dans les zones rurales pour lesquelles l'offre de soins spécialisée est réduite.

La Protection Maternelle Infantile (PMI) et la Santé Scolaire participent à ce suivi : suivi par la PMI de 0 à 6 ans, examen à 3-4 ans, et examens en milieu scolaire (6<sup>ème</sup> année, CM2 et si nécessaire classe de 3<sup>ème</sup>).

Le nombre moyen de consultations par an et par enfant est estimé à :

- 12 pour les enfants de moins de 2 ans (généraliste ou spécialiste),
- 7 pour les enfants entre 2 et 25 ans.

L'enfant de 0 à 6 ans bénéficie de 20 consultations de prévention.

Comme cela a été vu plus haut (cf p10), les enfants identifiés à la naissance « enfants vulnérables » par le dispositif RAFAEL, reçoivent une prise en charge de proximité par des équipes pluridisciplinaires.

La couverture médicale qui regroupe les médecins généralistes et les pédiatres est disparate selon les départements. La Meuse connaît une situation fragile : on y compte 4,01 médecins (médecins généralistes + pédiatres libéraux et salariés) pour 1000 enfants de 0 à 17 ans contre 5,29 en moyenne sur la région.

Nombre de médecins pour 1000 enfants entre 0 et 17 ans, selon les départements en Lorraine :

| Départ. | Enfants < 2 ans | Enfants entre 2 et 17 ans | Enfants de 0 à 17 ans | Total Péd. (lib. et salariés) 01/2009 | Total MG lib. 01/2009 | Total pédiatres (lib. et salariés) et MG 01/2009 | Nb de péd. et MG pour 1000 enfants de 0 à 17 ans |
|---------|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 54      | 16855           | 138631                    | 155485                | 120                                   | 877                   | 997                                              | 6,41                                             |
| 55      | 4583            | 39159                     | 43742                 | 8                                     | 167                   | 175                                              | 4,01                                             |
| 57      | 23653           | 200637                    | 224291                | 96                                    | 1009                  | 1105                                             | 4,93                                             |
| 88      | 8331            | 75118                     | 83448                 | 29                                    | 375                   | 404                                              | 4,84                                             |
| Région  | 53422           | 453545                    | 506967                | 254                                   | 2428                  | 2682                                             | 5,29                                             |

Enfants : source INSEE et recensement 2006

Pédiatres : source ADELI au 1/01/2009

MG : médecins généralistes source ADELI redressé au 1/01/2009

Selon déclaration ADELI psychiatre avec une compétence en pédo-psychiatrie ou spécialistes en pédo-psychiatrie

<sup>13</sup> Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent - Pr Sommelet

La permanence pédiatrique est assurée par les médecins généralistes et les pédiatres de ville, et en cas d'une nécessité de recours, notamment la nuit, par les urgences.

#### **b) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les pédopsychiatres**

*Ce chapitre est développé dans la thématique «santé mentale» du plan stratégique du PRS.*

Le rôle des CMP est essentiel au sein des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et notamment de ceux qui sont dédiés plus spécifiquement à la première enfance.

**C'est en Moselle et dans les Vosges que la situation des pédopsychiatres est la plus défavorable** : respectivement 0,15 et 0,16 contre 0,19 pédopsychiatre pour 1000 enfants de 0 à 17 ans : en Meurthe-et-Moselle 40 pédopsychiatres, en Meuse 9, en Moselle 33 et dans les Vosges 13 (cf tableau p 32).

#### **c) Les structures médico-sociales**

*Ce chapitre est développé dans la thématique « handicap et vieillissement » du plan stratégique du PRS*

- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) participent au dépistage en particulier des troubles du développement et des apprentissages, et contribuent au diagnostic et à la prise en charge pluridisciplinaire du handicap. Ils assurent des prises en charge, ils orientent les enfants vers les structures adaptées ou les professionnels libéraux. Ils ont aussi un rôle de guidance auprès des familles. On compte au total 13 sites (y compris les antennes) répartis de la façon suivante : Longwy, Thionville, Saint-Avold, Verdun, Metz avec une antenne à Sarrebourg qui sera installée en 2011, Bar-le-Duc, Nancy, Lunéville, Epinal avec des antennes à Remiremont, Saint-Dié et Vitte. Ils ont tous signé une convention avec le réseau RAFAEL dans laquelle ils s'engagent à recevoir les enfants dans un délai de moins de un mois,
- Les Centres Médico-Psycho Pédagogiques (CMPP), aux frontières du médico-social et de la santé mentale, accueillent les enfants et les adolescents, en général de 0 à 20 ans, présentant des troubles psycho-affectifs, réactionnels, [névrotiques](#), [psychomoteurs](#), [orthophoniques](#), des difficultés d'apprentissage, ou de comportement, ainsi que des troubles du développement. Ils assurent une fonction d'accueil, d'écoute et de soins auprès des enfants et de leur famille, sous forme de consultation ambulatoire. On compte au total 17 sites (y compris les antennes),
- Les autres structures médico-sociales (cf travaux PRS handicap et vieillissement ») : SESSAD, IME, EEP...

#### **d) La pédiatrie communautaire**

C'est dans la petite enfance qu'il est essentiel que soient dépistées, repérées et prises en charge en termes de soins préventifs des pathologies telles que les troubles du développement psychomoteur et des apprentissages, l'autisme, la maltraitance, l'obésité, la petite taille... ; de même le risque de handicap doit être identifié au plus tôt et pris en charge. Dans ce domaine, des acteurs de proximité ont un rôle pivot : la PMI, la santé scolaire....

##### **🕒 Les services de la Protection Maternelle Infantile (PMI)**

Les services de la PMI sont gérés par les Conseils Généraux, accessibles sans aucune condition et maillés sur le territoire. Ils constituent des acteurs clés par leurs actions. Ils organisent :

- 🕒 des consultations pré et post natales,
- 🕒 des actions de prévention médico-sociale auprès des femmes enceintes,
- 🕒 des actions de planification familiale et d'éducation familiale (CPEF),
- 🕒 ainsi que des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans,
- 🕒 Ils accompagnent aussi des familles et des enfants susceptibles de développer un handicap et peuvent notamment orienter vers les CAMSP.

Leur champ d'action est celui des soins préventifs pour une prise en charge globale de l'enfant et des parents, à l'appui d'équipes pluridisciplinaires implantées en proximité dans chaque département. Leur articulation avec les services de pédiatrie et de gynéco-obstétrique, avec les médecins généralistes et les structures médico-sociales, à l'échelle du territoire, est essentielle.

L'analyse de la totalité des déclarations de grossesse (envoi exhaustif à la PMI) permet à ces services d'intervenir en amont chez les femmes qui présentent a priori des critères de vulnérabilité. En moyenne 10% des femmes enceintes bénéficient d'un suivi préventif y compris des interventions à domicile.

L'analyse des certificats du 8<sup>ème</sup> jour et le bilan de santé systématique chez les enfants âgés de 4 - 5 ans (en lien avec les parents) contribuent aux actions de dépistage et de repérage.

Ces dernières années, les programmes d'actions ont porté sur : le dépistage et l'accompagnement du sevrage tabagique, la promotion de l'allaitement maternel, la prévention et le dépistage des troubles du langage, l'hygiène bucco-dentaire, la prévention de l'obésité, ....

#### Tableau des effectifs en PMI

(Selon statistiques ministérielles 2009 ; les ETP sont uniquement ceux en régie directe)

|                            | Naissances<br>(en 2009) | Habitants<br>de 15 à 50<br>ans<br>(source<br>insee) | Nb de ½<br>journées de<br>consult.<br>infantiles<br>annuelles | Nb de ½ journées<br>de consultations de<br>planification et/ou<br>prénatale annuelle | ETP<br>médecins | Heures de<br>vacations<br>médicales | ETP<br>sages-<br>femmes | ETP<br>infirmières et<br>puéricultrices |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Moselle                    | 11800                   | 498929                                              | 1917                                                          | 780                                                                                  | 11.7            | 2760                                | 12.7                    | 103.2                                   |
| Meuse                      | 2 273                   | 100 695                                             | 250                                                           | 57                                                                                   | 2.70            | 130                                 | 4.10                    | 16.10                                   |
| Vosges                     | 4364                    |                                                     | 727                                                           | 221                                                                                  | 14.1            | 0                                   | 7.2                     | 23.7                                    |
| Meurthe-<br>et-<br>Moselle | 8355                    | 362709                                              | 1656                                                          | 1843                                                                                 | 24              | 1751                                | 20                      | 68                                      |

#### Autres missions PMI

|                        | VAD sages-femmes et nombre de<br>femmes vues au moins 1 fois | VAD puéricultrices et nombre<br>d'enfants vus au moins 1 fois | Nombre d'enfants vus en bilan<br>en école maternelle |
|------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Meurthe-et-<br>Moselle | 7137 pour 2922 femmes                                        | 16251 pour 6381 enfants                                       | 8016                                                 |
| Meuse                  | 1769 pour 1608 femmes                                        | 5289 pour 3096 enfants                                        | 1893                                                 |
| Moselle                | 5 253 pour 2 915 femmes                                      | 19 286 pour<br>9 839 enfants                                  | 10 437                                               |
| Vosges                 | 2419 VAD pour 802 femmes                                     | 7460 VAD pour 3736 enfants                                    | 3867                                                 |

VAD : visite à domicile

#### 🕒 La santé scolaire :

En continuité avec le service de PMI, la promotion de la santé en faveur des élèves participe aux activités de "pédiatrie communautaire". La promotion de la santé des élèves est inscrite comme condition de réussite dans le projet académique 2010-2013. Les médecins et infirmier(es) de l'Education Nationale travaillent en collaboration au sein de la mission. Les activités menées dans le cadre de la mission sont en cohérence avec l'acquisition de compétences que les élèves doivent acquérir.

Les missions de la promotion de la santé en faveur des élèves se déclinent en 6 grands axes :

1. Bilans de santé pour tous les élèves. Au cours de la 6<sup>ème</sup> année, examen infirmier en CE2, 6<sup>ème</sup> et seconde.
2. Examens ciblés pour les élèves à besoins particuliers (élèves handicapés - malades chroniques - troubles du comportement, souffrance psychique, retard scolaire...).
3. Interventions en urgence : protection de l'enfance, urgences sanitaires, prophylaxie des maladies contagieuses, contraception d'urgence, événements graves impactant la communauté scolaire etc...
4. Education à la santé : médecins et infirmier(es) de l'Education Nationale sont les conseillers techniques des chefs d'établissement et de leur équipe pour la mise en place de programmes d'éducation à la santé, de prévention, et de promotion de la santé dans le cadre des CESC - Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté - répondant aux besoins locaux.

5. Formation et information de tous les personnels dans une démarche de santé publique et communautaire.
6. Veille sanitaire et recueil épidémiologique.

Les examens médicaux prioritaires sont à destination :

- des jeunes de moins de 18 ans travaillant en atelier sur machines dangereuses
- des élèves porteurs de maladies chroniques nécessitant un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) pour préciser les conditions d'adaptation de la scolarité, les conditions de prises de traitement et le protocole d'urgence à mettre en œuvre si nécessaire
- des élèves handicapés (adaptation de la scolarité - aménagement d'examen...) en lien avec l'équipe de suivi de la MDPH, le médecin traitant, les spécialistes...
- des jeunes présentant des signes de souffrance psychique et de conduites à risque
- le bilan de santé de la 6ème année réalisé pour les enfants de grande section maternelle a pour objectif de dépister précocement les troubles de la santé pouvant interférer sur les apprentissages (sensoriels - comportementaux - psychomoteurs - langagiers...). Ce bilan est réalisé par les infirmières et les médecins, en lien avec les enseignants (repérage) et les parents. Les enfants dépistés sont orientés via les parents et les médecins traitants vers les structures adaptées (orthophonistes, Centres de Référence, CMP, ophtalmologiste...)

Les actions de prévention et d'éducation à la santé prioritaires au niveau national et académique sont les suivantes :

- la prévention du suicide et des conduites à risque (addictions - violence...)
- l'éducation à la sexualité et au respect de l'autre
- l'éducation nutritionnelle et la lutte contre l'obésité
- le secourisme pour l'éducation à la citoyenneté

En matière de prévention et d'éducation à la santé au niveau local l'accent est mis en particulier sur :

- la nutrition : malles nutritionnelles élaborées dans le cadre du programme académique "Boire, Manger, Bouger" - Programme Pralimap dans les lycées
- la prévention du suicide et des conduites à risque (projet SEYLE de recherche et d'action de dimension européenne dans 20 lycées)
- le secourisme : formation des élèves de 4ème de collège au PCS1 (Prévention Secours Civique de niveau 1)
- l'éducation à la sexualité et au respect de l'autre

Les services de santé et social du Rectorat ont participé à l'enquête régionale HBSC (Health Behaviour in school-aged children) 2007 sur les comportements de santé et les modes de vie de jeunes de 11 -13 - 15 ans, en lien avec l'Ecole de Santé Publique et l'ORSAS. Les résultats viennent d'être publiés et permettent une comparaison avec la même enquête régionale réalisée en 2002.

Effectifs des personnels médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education Nationale affectés auprès des élèves :

|       | Assistants de service social<br>Postes | Conseillers techniques de service social<br>Postes | Infirmières<br>Postes | Médecins                                               |            |      |
|-------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|------------|------|
|       |                                        |                                                    |                       | Médecins<br>Postes de<br>titulaires et<br>contractuels | Vacataires |      |
|       |                                        |                                                    |                       |                                                        | Personnes  | ETP  |
| 54    | 22                                     | 4                                                  | 92                    | 13                                                     | 4          | 1,95 |
| 55    | 7                                      | 0                                                  | 28                    | 4                                                      | 1          | 0,50 |
| 57    | 37                                     | 4                                                  | 132                   | 20                                                     | 8          | 3,00 |
| 88    | 14                                     | 1                                                  | 60                    | 8                                                      | 1          | 0,58 |
| Total | 80                                     | 9                                                  | 312                   | 45                                                     | 14         | 6,00 |

Source : Rectorat Metz-Nancy, 2010

Commentaires :

- pour les assistantes de service social – taux d'occupation 100%
- les postes d'infirmier(ères) sont occupés à près de 89% (temps partiel, postes vacants), pourcentage variable en fonction des départements et des années,
- les médecins de l'Education Nationale sont titulaires pour la majorité (41), contractuels (4) ou vacataires (14 actuellement). Il y a actuellement 4 postes vacants en Lorraine : 2 dans les Vosges, 1 en Meurthe-et-Moselle, 1 en Moselle. Cette situation est fluctuante d'une année à l'autre,
- ne sont pas inclus dans ce tableau les postes : conseiller technique de service social, médecin(s), infirmier(ères) conseillers techniques auprès de chaque inspecteur d'Académie et du recteur soit 15 postes.

### III.2 LES MATERNITES ET LES SMUR

Selon l'enquête nationale périnatale de 2003, **la déclaration de grossesse** est faite par des gynéco-obstétriciens dans 74% des cas, par les médecins généralistes dans 24%, et par des sages-femmes dans un peu plus de 1% des cas.

Pour le reste de la surveillance, les personnes consultées sont majoritairement des gynéco-obstétriciens ; les sages-femmes (de maternité, libérales ou de PMI) représentent environ 30%.

#### III.2.1 Les maternités en Lorraine (cf annexe I)

Les maternités sont **au nombre de 20** au 01/07/2011 (22 sites et 2 SIH en 2006), réparties de la façon suivante selon le type d'autorisation et par département :

| Département        | Obstétrique (type I) | Obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (type II A) | Obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (type II B) | Obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (type III) | Total     |
|--------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Vosges             | 3                    | 1                                                            | 1                                                            |                                                                                      | 5         |
| Meurthe-et-Moselle | 4                    |                                                              | 1                                                            | 1                                                                                    | 6         |
| Meuse              |                      | 2                                                            |                                                              |                                                                                      | 2         |
| Moselle            | 3                    |                                                              | 4                                                            |                                                                                      | 7         |
| <b>Région</b>      | <b>10</b>            | <b>3</b>                                                     | <b>6</b>                                                     | <b>1</b>                                                                             | <b>20</b> |

En 2010, près de 95% des maternités ont acquis la conformité (contre 70% en 2006). Le réseau périnatal a réactualisé la convention type qui lie le type III avec les autres maternités : à ce jour, 18 établissements sur 20 l'ont signée.

Trois de ces 20 maternités ont une activité proche de 500 accouchements par an : Sarrebourg (Moselle), Lunéville (Meurthe-et-Moselle) et Neufchâteau (Vosges).

#### III.2.2 Les Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) spécialisées :

- **1 SMUR régional néonatal** géré par la Maternité Régionale (en moyenne 250 transferts allers, 250 transferts retours et 150 inter-hospitaliers). Il est adossé à 4 SMUR relais (Epinal, Metz, Forbach, Thionville), qui ont formalisé un partenariat pour deux d'entre eux.
- **1 SMUR régional pédiatrique de recours** géré par le CHU (en moyenne 130 transferts allers), fonctionnant encore à ce jour avec des moyens dissociés du SMUR néonatal.

Il existe une coordination avec le SAMU.

Chaque maternité reçoit annuellement la liste de transferts qui ont été réalisés vers le type III avec le détail des motifs, et le devenir des patientes et des enfants. Les données de transferts sont discutées au sein de la commission « transferts ». Lorsqu'un dysfonctionnement est mis en évidence lors d'un transfert, un signalement est réalisé. A ce jour, peu de signalements sont transmis ; le dispositif est en montée en charge.

#### III.2.3 Les évolutions dans la réorganisation de l'offre :

Le **CHR et la maternité Sainte-Croix** ont fusionné. Les activités d'obstétrique et de néonatalogie sont regroupées actuellement sur un site unique, celui de Sainte-Croix, en attendant le déménagement complet du CHR sur le site de Mercy et la constitution physique d'un pôle unique mère-enfant sur ce site (déménagement prévu en 2012).

**Hospitalor à Saint-Avold** a cessé son activité de gynéco-obstétrique et d'hospitalisation en pédiatrie le 1<sup>er</sup> juillet 2011. Une implantation d'activité en gynéco-obstétrique existe à la clinique de Saint-Avold.

Par ailleurs, du fait de l'éclatement des activités entre le **CHU et la Maternité Régionale**, l'organisation des filières de soins pour la mère et l'enfant ne sont pas optimales en raison de l'éloignement. Un renforcement de la coordination entre les plateaux techniques est à mettre en place.

Enfin, les **sites d'Epinal et de Remiremont** font l'objet de travaux pour définir des axes de coopération y compris en périnatalité.

#### **III.2.4 Les principales données d'activités sur les maternités et transferts, entre 2005 et 2007 :**

Source Rapport « Suivi des indicateurs 2005 2007 » Réseau périnatal lorrain

- le nombre d'accouchements en 2007 est de **26617**. Le nombre d'accouchements concernant des femmes domiciliées hors Lorraine est à peu près équivalent au nombre d'accouchements hors région de femmes domiciliées en Lorraine.
- les évolutions entre 2001 et 2007
  - o le taux moyen régional de césarienne continue d'augmenter : de 18,8% à 20,4%,
  - o le taux moyen régional de péridurale sur accouchements par voie basse (AVB) aussi : de 59,1% à 67,2%,
  - o le taux moyen régional d'épisiotomie sur AVB a continué de baisser : de 41,3% à 21,3%,
  - o la DMS régionale a continué de baisser : de 6,1 j à 5,4 j pour l'ensemble des séjours,
  - o la part régionale des sorties dites précoces a augmenté : de 6 à 11%,
  - o le nombre des enfants de moins de 1250 g pris en charge en-dehors de la maternité type III est en légère augmentation.
- les transferts materno fœtaux vers le type III sont **aux environs de 300 par an** :
  - o le terme de la grossesse lors de l'appel était dans : 53% des cas compris entre 22 et 29 SA, 37% des cas compris entre 30 et 34 SA,
  - o les principaux motifs de transferts sont stables entre les années,
  - o les retransferts avant accouchements, spécificité d'un fonctionnement en réseau, sont stables et s'effectuent le plus souvent vers la maternité d'origine,
  - o le % total de décès (y compris morts-nés) est toujours très élevé : en 2007, 15% des enfants nés en type III après transfert in utero,
  - o la durée moyenne de séjour en type III des enfants nés après transfert in utero, calculée uniquement pour les enfants nés vivants, reste stable : environ 31 jours,
  - o les sorties par transfert sont fréquentes (64% des sorties des enfants en 2007) : elles se font le plus souvent vers les types II,
  - o les transferts vers le CHU représentent 12,7% des destinations des transferts en 2007.
- les transferts néonataux vers le type III **aux environs de 250 par an** :
  - o il s'agit de transferts initiaux ou dits de retour ou pour la réalisation d'un geste technique,
  - o en 2007, sur les 237 transferts : 194 concernent le niveau III, 41 le CHU, 2 d'autres établissements,
  - o les demandes de transferts et les transferts vers le type III ont augmenté depuis 2002,
  - o en 2004, une augmentation de la part des nouveaux nés de 22 SA à 29 SA avaient été noté. Il existe une légère amélioration de cet indicateur sur la période 2005-2007 mais la question de l'évitabilité de tout ou partie de ces transferts post-nataux de très grands prématurés reste posée.

Remarque : l'amélioration des pratiques doit aussi pouvoir s'appuyer sur les données de transferts autres que ceux réalisés vers le niveau III, et aussi sur le dispositif de signalement.



### III.3 LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE ET LE DIAGNOSTIC PRENATAL

Cf volet SROS

#### III.4 LES ETABLISSEMENTS PRATIQUANT LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Source SAE et travaux mission d'inspection 2009

- **26 établissements de santé** réalisent des IVG en Lorraine dont 7 cliniques (27%), auxquels on ajoute un centre de santé,
- on compte **6562 IVG** en 2009 dont 249 pratiquées les 13èmes et 14èmes SA. Près d'1/5 des IVG ont été réalisées dans des cliniques,
- la prise en charge des IVG entre 12 et 14 SA n'est pas réalisée dans toutes les structures,
- un peu plus de la moitié (**50,5%**) a été pratiquée selon un **mode médicamenteux**,
- en dehors de Nancy et Remiremont, il n'y a pas de **convention avec des médecins de ville** pour la pratique de l'IVG médicamenteuse : le délai à respecter plus court (pas au-delà de la 5<sup>ème</sup> SA en ville contre 7<sup>ème</sup> SA à l'hôpital), le temps investi et le niveau de valorisation sont autant de facteurs qui expliquent le peu d'intérêt pour cette modalité,
- une **réorganisation de l'activité** a été réalisée entre la **Maternité Régionale et la MGEN à Nancy** pour un arrêt définitif de l'activité IVG sur le site du CHU fin 2010,
- les données d'activités SAE sur les sites de Toul et Verdun font apparaître un accès aux deux pratiques, instrumentales et médicamenteuses, mais avec des écarts entre l'une et l'autre pratique plus grands qu'ailleurs (plus d'IVG instrumentale à Toul, plus d'IVG médicamenteuse à Verdun).

#### III.5 LE RESEAU PERINATAL LORRAIN : OU EN EST-ON ?

Le Réseau régional Périnatal Lorrain (RPL), agréé depuis 2001, a évolué en réseau de santé défini par le décret du 17 mai 2002 « qui organise autour du patient une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue associant Ville – Hôpital ».

Les **principaux objectifs** :

1. améliorer la santé des mères et des nouveaux nés,
2. donner les moyens d'une communication forte entre les établissements et les professionnels de santé,
3. assurer le fonctionnement du réseau par les professionnels eux-mêmes,
4. coordonner le suivi des enfants vulnérables.

**Les adhérents** : toutes les maternités de la région, 3 maternités de la région Champagne-Ardenne, 4 CPP et une quarantaine de professionnels et 90 échographistes. Sont également partenaires : les services de la PMI des 4 départements, le Conseil Régional de Lorraine, le GCS Télésanté, le réseau LORADDICT (réseau lorrain d'alcoologie), l'ANPAA (antenne de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie).

**Son fonctionnement** est basé sur 6 commissions « transferts », « anesthésie réanimation », « soins » « formation, information, dossier partagé », « évaluation », « RAFAEL ».

**Ses principales actions réalisées ou en cours** :

- la diffusion de protocoles de bonnes pratiques : guide de l'allaitement, protocoles sur les transferts materno-fœtaux, les transferts néonataux, guide de régulation des transferts à destination des SAMU, protocole sur la maturation fœtale par corticothérapie anténatale. Sont en cours de rédaction des protocoles sur : la prise en charge des enfants mort-nés, la menace d'accouchement prématuré, la rupture prématurée des membranes avant 37SA, l'hémorragie du post-partum,

- la signature de conventions avec 90 échographistes et 7 laboratoires pour le dépistage de la trisomie 21,
- des évaluations sur : la faisabilité de l'entretien prénatal individuel, la prise en charge des femmes enceintes tabagiques....
- depuis 2008, la mise en place du dispositif dénommé « RAFAEL » Réseau d'Accompagnement des Familles en Lorraine qui assure le suivi d'enfants repérés vulnérables à la sortie vers le domicile, sur la base de critères d'inclusion (cf annexe VII). Ce suivi est réalisé jusqu'à l'âge de 8 ans. Tous les CAMSP ont signé une convention avec le réseau. Près de 90 médecins ont reçu une formation initiale dont 24 médecins de PMI et une dizaine d'internes de spécialités (cf annexe I). La cohorte est de l'ordre de 900 enfants suivis en 2010,
- la réalisation d'outils pour faciliter et suivre les entretiens prénatals individuels (procédure, fiche de transmission triplicante à glisser dans le carnet de maternité),
- la réalisation de visites sur site dans l'ensemble des maternités pour échanger sur les indicateurs, et aborder le cas échéant les difficultés rencontrées,
- l'animation du site internet,
- les réflexions sur le dossier partagé périnatal,
- des formations : suivi des enfants vulnérables, vaccination en périnatalité...
- le suivi d'indicateurs épidémiologiques et portant sur les transferts,
- la participation aux enquêtes épidémiologiques nationales (mortalité maternelle, grands prématurés, ...),
- plus récemment, la révision des conventions entre les établissements de santé.

**Les points d'amélioration identifiés lors d'une évaluation externe réalisée par le CNEH en 2009 :**

- ⊙ un fonctionnement inégal des commissions avec un manque de formalisation,
- ⊙ un manque d'évaluation des formations,
- ⊙ une étude plus complète à entreprendre sur le caractère adapté ou non du lieu de naissance au regard des risques fœto-maternels et néonataux.

### III.6 LES ACTIONS DE PREVENTION EN PERIODE PERINATALE

Elles impliquent de nombreux acteurs et leur bilan de fait est difficile et complexe à réaliser. Plusieurs remarques peuvent être faites :

- **la contraception** : les efforts réalisés en matière d'information sur la contraception et de propositions de méthodes contraceptives adaptées et compatibles avec le mode de vie des jeunes restent un enjeu.
- **l'entretien prénatal individuel du 4<sup>ème</sup> mois<sup>14</sup>**, systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes constitue un temps important pour le repérage des situations à risques : c'est l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère. A ce jour, il est difficile de connaître la montée en charge du dispositif : des outils ont été mis en place par le réseau (procédure, fiche de transmission avec feuillet anonymisé destiné au réseau) mais le taux de retour d'information anonymisé vers le réseau ne permet pas une évaluation. Un chiffrage à partir de plusieurs sources (CPAM, PMI, établissements de santé) est en cours.
- **la promotion de l'allaitement maternel** : les actions combinées des acteurs permettent de maintenir un bon niveau d'information des femmes.
- **le suivi de la grossesse en proximité et les actions de prévention et d'accompagnement** : les « communautés périnatales » préconisées dans le plan périnatal 2005-2007 sont en voie de développement : même s'il n'existe pas de formalisation du partenariat entre les acteurs locaux de la ville, la PMI, et l'hôpital y compris la pédopsychiatrie, ceux-ci travaillent déjà ensemble sur un certain nombre de territoires pour garantir le meilleur accès aux soins et améliorer la qualité de la prise en charge. Une meilleure connaissance de ces coordinations locales serait utile.

<sup>14</sup> Mesure du plan périnatal 2005-2007



- **les conduites addictives** : le chantier reste ouvert et les besoins sont importants notamment en alcoologie.

### III.7 LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU VOLET PERINATALITE : OU EN EST ON ?

Le développement des communautés périnatales de proximité existe sur la base de fonctionnements en réseau locaux informels. Il n'existe pas de données à ce jour pour établir un diagnostic précis de ce fonctionnement.

Les prises en charge des IVG entre 12 et 14 SA ne se font pas dans tous les établissements pratiquant les IVG.

L'harmonisation des pratiques et les protocoles de prises en charge diffusés par le réseau : 3 référentiels ont été diffusés, 4 sont en cours d'écriture.

L'évaluation des transferts justifie de préciser les conditions de coopération entre le SMUR néonatal et les SMUR relais, et d'évaluer le protocole de coopération entre les SMUR néonatal et pédiatrique et les SAMU. Actuellement, l'évaluation ne porte que sur les transferts vers le niveau III et le CHU. Elle doit pouvoir aussi porter sur les transferts entre niveaux I/II, et le dispositif de signalement devenir un outil au service des pratiques. Une connaissance exhaustive des transferts est indispensable.

Egal accès à la péridurale : 9 maternités sur 21 ont, en 2009, un taux de péridurales inférieur à 60% des accouchements (hors césariennes – source SAE).

Préparation de la sortie de la maternité et anticipation des relais locaux, et les sorties précoces : l'entretien prénatal individuel et les staffs médico sociaux font partie des outils ; ils sont inégalement pratiqués sur le territoire. L'organisation des sorties précoces n'est pas toujours formalisée : elle doit pouvoir être améliorée.

L'organisation du suivi des enfants à risques repérés à la sortie de la maternité est en place depuis 2008 (Réseau d'Accompagnement des Familles En Lorraine RAFAEL).

Les conventions entre les maternités et le niveau III sont en cours de révision avec l'inclusion en annexe de recommandations type pour l'organisation des transferts.

La couverture des besoins par la psychiatrie de liaison existe sans que des données puissent établir un diagnostic précis. Avec le plan périnatal, la couverture en psychologue s'est considérablement améliorée.

L'accès au diagnostic anténatal est organisé : un partenariat avec le CPDP est en place.

Des liens existent avec d'autres réseaux : la commission d'addictologie du réseau reprend les travaux en lien avec les réseaux d'addictologie, fin 2010.

L'entretien périnatal individuel du 4<sup>ème</sup> mois : le taux de retour d'information dans le cadre du dispositif mis en place par le réseau périnatal ne permet d'évaluer à ce jour quantitativement ni qualitativement la mise en œuvre et les effets de la mesure.

Des actions auprès des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour améliorer la prise en charge des situations de précarité, et des actions de sensibilisation auprès de la Médecine du Travail, restent à faire.

Il existe une maison de la naissance en expérimentation, gérée exclusivement par des sages-femmes libérales, implantée sur le site du Centre Hospitalier de Remiremont, à proximité immédiate du bloc obstétrical, depuis 2009.

Outils télémédecine et GCS Télésanté : l'accès à la web conférence est en place. L'annuaire des ressources sur les territoires de santé reste un projet qui doit trouver une issue en lien avec le GCS. L'habilitation des médecins et la gestion de l'identification des patients restent des freins au développement de certains outils.

Indicateurs : ils sont périodiquement publiés tous les 2 à 3 ans, et des consignes de codage aux médecins DIM sont régulièrement diffusées.

### III.8 LES FILIERES PEDIATRIQUES ET LA CHIRURGIE INFANTILE

La distribution de la population des enfants suit celle de la population générale, avec une forte densité au niveau de l'axe médian (Thionville, Metz, Nancy, Vosges Centrales) et du Bassin Houiller.

| Répartition de la population pédiatrique lorraine année 2006 | 54     | 55     | 57      | 88     | Lorraine | France métropolitaine |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------|---------|--------|----------|-----------------------|
| Population générale                                          | 725302 | 193696 | 1036721 | 379975 | 2335684  | 61771000              |
| Enfants jusqu'à 1 an                                         | 16855  | 4583   | 23653   | 8331   | 53422    |                       |
| Enfants de 2 à 17 ans                                        | 138631 | 39159  | 200637  | 75118  | 453545   |                       |
| Naissances/an                                                | 8743   | 2294   | 12114   | 4416   | 27567    | 784538                |

Source INSEE projections de population

#### III.8.1 Les urgences

Parmi les 22 structures de médecine d'urgence, 5 ne disposent pas d'unité de pédiatrie : CH Toul, CH Pont-à-Mousson, Polyclinique de Gentilly, CH de Vittel, Alpha Santé (site d'Hayange).

L'hôpital de Toul, seul doté d'une maternité parmi ces 5 établissements de santé, dispose de pédiatres susceptibles d'intervenir en consultation.

#### III.8.2 La réanimation et la surveillance continue

Il existe un plateau de réanimation médico-chirurgical pédiatrique implanté au CHU de Nancy (20 lits), auquel sont adossés des lits de surveillance continue. Ce plateau assure le recours pédiatrique de toute la région, et celui en néonatalogie de type III pour des enfants de moins de 28 jours relevant du plateau technique médico-chirurgical de l'hôpital d'enfants.

#### III.8.3 Les filières pédiatriques médicales

Le **recours à l'hospitalisation** chez l'enfant de 0 à 17 ans représente **10,1% du total des séjours** hospitaliers en 2009 (source base régionale PMSI 2009 – cf annexe V) :

- 11,4% des séjours classés en chirurgie
- 9,4% des séjours classés en médecine

Trois établissements présentent un recours de plus de 20% tout confondu : CH de Forbach, Hospitalor Saint Avold et CH de Remiremont.

Le taux des **séjours de 0 jour classés en chirurgie** est de **33%** du total des séjours (exclues les séances).

Les journées sont réparties en de nombreuses Catégories Majeures de Diagnostic (**CMD**) :

- « affections de l'appareil respiratoire » (14,1%),
- « affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » (13,6%),
- « affections du tube digestif » (13,1%),
- « affections du système nerveux » (8,4%),
- « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif » (7,6%).

La filière cardiologique : le CHU dispose d'un environnement technique élevé (cathétérisme, réanimation). Des cardio-pédiatres libéraux interviennent dans plusieurs structures pédiatriques privées et publique (H2M et Clinique Claude Bernard à Metz, Maternité Régionale) en particulier pour la période néonatale. L'autorisation de chirurgie cardiaque infantile accordée au seul site de Strasbourg (cf SIOS Grand Est<sup>15</sup>) sera soumise à une visite sur site pour avis sur la conformité.

L'hémato-oncologie pédiatrique :

Le CHU est autorisé à l'activité de traitement des cancers chez les enfants et adolescents selon les modalités : chirurgie, chimiothérapie. Le Centre de Lutte Contre le Cancer prend en charge les traitements par radiothérapie externe.

Les deux établissements adhèrent au réseau ONCOLOR. Une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique se met en place ; elle doit d'une part justifier d'une expertise en oncologie pédiatrique et d'autre part mettre en œuvre les 3 missions suivantes :

- ⌚ Mise en œuvre de la concertation pluridisciplinaire interrégionale
- ⌚ Identification et mise en place des filières de prise en charge
- ⌚ Contribution à la recherche clinique au sein de l'interrégion

Des activités de pointe ou de sur-spécialités relèvent d'une organisation interrégionale (cf SIOS, maladies rares) :

- ⌚ Les activités pédiatriques faisant référence au SIOS de l'interrégion Est :
  - o En Lorraine : la neurochirurgie, les greffes de rein, les greffes de cellules hématopoïétiques, le traitement des grands brûlés, la neuro-radiologie interventionnelle (vingtaine de cas par an)
  - o Hors Lorraine : la chirurgie cardiaque pédiatrique et la greffe de foie à Strasbourg
- ⌚ La prise en charge des maladies rares : les centres de référence labellisés maillés sur le territoire national et les centres de compétence en proximité (cf annexe VI)

Le diabète : tous les services de pédiatrie reçoivent les diabètes insulino-dépendants inauguraux et les situations de décompensation. Selon la gravité, ils sont transférés au CHU centre de recours, et dans une moindre mesure dans le Bassin Houillier. Trop d'enfants (< 4 ans) seraient encore pris en charge par des diabétologues pour adultes, du fait d'un déficit de l'offre de soins pédiatrique ; le temps médical spécialisé consacré à l'activité au CHU de Nancy (0,5 ETP) peut conduire à orienter les enfants, notamment les plus jeunes, vers le CHU de Reims, ce qui complique la vie des familles. A partir de l'adolescence, la prise en charge s'effectue en concertation avec les services de diabétologie d'adultes pour organiser le passage de l'adolescence à l'âge adulte.

Comme pour d'autres activités, l'éducation thérapeutique chez l'enfant diabétique constitue un temps fort de la prise en charge, tant auprès de l'enfant que des familles.

Endocrinologie : la prise en charge relève principalement de consultations externes, rarement de l'hospitalisation complète programmée (ex : pathologie des surrénales) ; l'hospitalisation de jour est souvent prescrite pour la réalisation de tests dynamiques. Seuls, deux sites disposent d'une compétence spécifique en endocrinologie : Bassin Houillier et Nancy (CHU). Des consultations avancées sont réalisées par le CHU sur les sites de Remiremont-Epinal et de Metz-Thionville. L'accueil prochain au CHR d'un pédiatre, qualifié dans cette sur spécialité, sur la base d'un poste partagé CHR-CHU, constitue une avancée significative.

Gastro-entérologie : le CHU et le CHR sont les deux seuls sites qui disposent d'une activité pédiatrique spécialisée en gastro-entérologie. Deux praticiens du CHR participent à l'activité du CHU à hauteur de 2 vacations, dans le cadre d'une convention. Pour la pratique d'endoscopies chez les plus jeunes enfants, il est toujours fait recours à l'Hôpital d'Enfants du CHU. La garantie d'une offre pérenne en ce domaine doit être assurée (formation de pédiatres).

<sup>15</sup> Schéma Interrégional de l'organisation des Soins (SIOS) – Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine et Alsace

Maladies rares : leurs prises en charge, multidisciplinaires, sont organisées sur la base de centres de référence labellisés et maillés sur le territoire national selon les groupes de maladies rares, et de centres de compétence pour un suivi de proximité (cf liste annexe VI). La prise en charge de ces enfants doit prévoir une phase transitionnelle avant le passage à l'âge adulte.

En Lorraine, le regroupement de compétences pédiatriques sur un même site afin de pouvoir offrir un réel recours régional, sans pour autant démunir les structures non universitaires, est une difficulté compte tenu des difficultés démographiques pédiatriques actuelles.

Néphrologie : cette sur spécialité est uniquement assurée par l'Hôpital d'Enfants du CHU. Celui-ci dispose de 4 postes d'hémodialyse et d'une équipe caractérisée par sa double compétence en pédiatrie et en néphrologie. Les médecins sont tous titulaires du DIU de néphrologie pédiatrique. L'activité de dialyse, fluctuante, s'est significativement abaissée au cours des 10 dernières années et 4 postes suffisent actuellement. Elle est néanmoins dépendante des temps d'attente de greffe qui se sont rallongés ces dernières années du fait d'exigences plus grandes sur le plan immunologique. La réanimation pédiatrique polyvalente du CHU assure la prise en charge des situations aiguës néphrologiques. L'équipe entretient d'étroites relations avec l'équipe de néphrologie adulte notamment dans la gestion du suivi, lorsque l'enfant atteint l'âge adulte.

Neurologie : de nombreuses pathologies font appel à des compétences en neuro-pédiatrie : les troubles du développement, et aussi de nombreuses spécialités compte tenu des diverses pathologies ayant une expression neurologique (tumeurs, pathologies inflammatoires, maladies génétiques, maladies métaboliques...).

En Lorraine, cinq sites disposent au moins d'un neuro-pédiatre : CHR site de Metz et site de Thionville, le CHU de Nancy, la Maternité Régionale et le Bassin Houillier. Le CHU développe une activité de recours (développement de l'enregistrement continu EEG pour les malades accueillis en réanimation, suivi EEG et neuro-développement des nouveaux nés, suivi des anciens prématurés à la Maternité Régionale) autour d'une équipe de neuro-pédiatrie structurée (2,3 ETP) et à l'appui de généticiens cliniques. Il répond aux besoins du centre de référence consacré aux maladies métaboliques qui souvent associées à des troubles neurologiques, à ceux du Centre Régional de ressources de l'Autisme. Il anime un réseau informel lorrain et entretient d'étroites relations avec les collègues des régions voisines.

A terme, le regroupement de la neurochirurgie pédiatrique sur le site de l'Hôpital d'Enfants permettra de conforter cette situation de recours.

La sur spécialité connaît de très nombreux partenaires : CAMSP, maternité, pédopsychiatre, services de PMI, structures de réadaptation, établissements médico-sociaux, ...

Il existe par ailleurs en Lorraine :

- un Centre de prise en charge des troubles du Langage et des APprentissages (CLAP), implanté au CHU, avec lequel un certain nombre de structures ont signé une convention : Institut des Jeunes sourds de la Malgrange, centre de Flavigny...
- un centre spécifique dédié à la prise en charge des épilepsies rebelles (le COCEE) géré par l'OHS et implanté à Flavigny. Le CHU met à disposition un plateau technique d'électrophysiologie spécifiquement pédiatrique, en lien avec le responsable du service neurologie adulte.

L'obésité : le dépistage et la prise en charge de l'obésité et de la surcharge pondérale concernent l'ensemble des acteurs de la prévention et des soins en pédiatrie<sup>16</sup> : PMI, santé scolaire, médecins généralistes et pédiatres, réseaux ville – hôpital (Saint-Avold, Epinal, Nancy). Une dynamique régionale a été mise en œuvre dans le cadre du PNNS et de sa déclinaison régionale. Par ailleurs, des organisations intéressantes ont été mises en place au niveau local (réseaux de ville « nutrition obésité » à Epinal et Metz) qui pourraient être élargies ou relayées sur d'autres territoires pour la prise en charge des anomalies du poids.

<sup>16</sup> Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, ANAES septembre 2003

Pneumologie infantile et allergologie : les affections respiratoires (pneumopathies communautaires, bronchiolites, asthme, maladies neuromusculaires, mucoviscidose) conduisent à un grand nombre d'hospitalisations en pédiatrie.

Trois sites disposent de compétences en pneumo-pédiatrie : le CHR, le CH de Forbach, et le CHU. Ce dernier bénéficie d'un partenariat étroit avec le seul service d'explorations fonctionnelles spécifiques de la région permettant de réaliser des explorations de qualité pour des très petits enfants. Une coopération existe avec le service de néonatalogie de la Maternité Régionale.

Les pneumo-pédiatres participent à l'activité du centre des maladies neuromusculaires (cf annexe IV) qui prend en charge des enfants dont le devenir est fortement marqué par des problèmes respiratoires, et à celle du Centre Régional de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose.

En ce qui concerne l'endoscopie bronchique, tous les services font appel au secteur d'adultes pour les enfants les plus âgés, et aux pneumo-pédiatres de la région pour les plus jeunes (moins de 10 ans).

Concernant plus spécifiquement l'allergologie, six services de pédiatrie font état d'une compétence : Forbach, Sarreguemines, Remiremont, Thionville, Metz et Nancy.

Comme pour d'autres activités, l'éducation thérapeutique chez l'enfant porteur de ces pathologies respiratoires et/ou allergiques constitue un temps fort de la prise en charge, tant auprès de l'enfant que des familles.

Les maisons des adolescents existent dans trois départements et sont implantées à : Jury-les-Metz (Moselle), Nancy (Meurthe-et-Moselle) et Verdun (Meuse). Il existe un projet dans les Vosges. Ce sont des lieux d'écoute et de parole qui permettent aux adolescents d'exprimer leur mal-être et leurs angoisses. Elles ont des missions d'accueil, d'information, d'écoute et d'orientation vers les professionnels. Leur fonctionnement en réseau nécessite de nombreux partenariats.

#### **III.8.4 La chirurgie de l'enfant, chirurgie ORL et l'anesthésie chez l'enfant**

*Données chiffrées : source PMSI 2009 (cf annexe V)*

En Lorraine, les séjours classés en chirurgie chez les enfants de 0 à 7 ans représentent 11,4% des séjours totaux classés en chirurgie, tout âge confondu (adultes et enfants). Ils s'élèvent à 24815 séjours répartis selon les tranches d'âge :

- ⌚ 1152 séjours pour les enfants de moins de 1 an (4,6%),
- ⌚ 5035 séjours pour les enfants de 1 à 3 ans (20,3%),
- ⌚ 18628 séjours de 4 à 17 ans (75,1%).

Les séjours classés en chirurgie dans la CM ORL sont au nombre de 9159 soit 37% du total des séjours chirurgicaux de l'enfant. Ceux classés en ophtalmologie sont au nombre de 912.

**Dans la tranche d'âge 1 à 17**, des interventions chirurgicales sont pratiquées par des chirurgiens non spécialisés en chirurgie infantile, dans un grand nombre d'établissements, y compris dans des établissements qui ne comportent pas de service de pédiatrie. Les interventions chez les enfants de 1 et 2 ans portent principalement sur la chirurgie ORL et la chirurgie génitale.

**Chez les enfants de moins de 1 an**, la prise en compte de la sécurité anesthésique est structurante et a pour conséquence de limiter les sites où sont réalisées les anesthésies, activité ORL exclue. En principe, l'activité chez les enfants de moins de 1 an ainsi que l'activité de recours et / ou exigeant une multidisciplinarité relèvent de chirurgiens pédiatres spécialisés. Ici les séjours classés en chirurgie chez ces enfants sont réalisés essentiellement sur 2 sites :

- ⌚ 457 séjours au CHU qui s'inscrivent dans la plupart des catégories de diagnostic,
- ⌚ 199 séjours dans les Hôpitaux Privés de Metz qui s'inscrivent essentiellement dans les pathologies digestives, urologiques et orthopédiques.

Les séjours classés en chirurgie ORL ou ophtalmologie, chez les enfants de moins de 1 an, sont principalement réalisés au CHU (environ 60) et à moindre degré à la clinique Claude Bernard (environ 10).

#### L'organisation des prises en charge :

1. concernant les prises en charge des enfants de moins de 1 an, ou nécessitant des compétences de recours et/ou exigeant une multidisciplinarité, il existe actuellement un site au CHU, et un site à l'hôpital Belle Isle sur lequel il n'existe pas de permanence des soins 365 jours sur 365. Les chirurgiens infantiles spécialisés et médecins anesthésistes expérimentés dans la prise en charge du très jeune enfant sont en faible nombre, dans la région. Une organisation mutualisée entre les deux sites est à construire pour assurer cette permanence et pérenniser l'offre de recours.
2. concernant les autres prises en charge, chez les enfants plus âgés : les recommandations issues du volet pédiatrique du SROS III et portant sur la mise en œuvre de protocoles partagés entre le chirurgien (non spécialisé en chirurgie de l'enfant), le médecin anesthésiste réanimateur et le pédiatre, n'ont pas été mises en œuvre à ce jour.

#### III.8.5 Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) avec mention transversale « enfants »

La structuration de l'offre à partir des décrets est récente. L'offre SSR avec la mention transversale « enfants », et qui permet des prises en charge en hospitalisation complète, est localisée dans le territoire Lorraine Sud. Dans le territoire Lorraine Nord, sont maillés des services SSR avec la mention transversale « enfants » qui permettent des prises en charge en hospitalisation de jour. Des partenariats étroits, entre les deux types de modalités de prise en charge, doivent être développés. Deux de ces services autorisés ont en plus une mention spécialisée. La répartition est la suivante :

En Lorraine Sud :

- ⌚ Le CRE de Flavigny (Meurthe-et-Moselle) : mentions spécialisées « appareil locomoteur », « système nerveux », « grands brûlés »,
- ⌚ La Combe à Senones (Vosges) : mention spécialisée « affections digestives, métaboliques, endocriniennes »,
- ⌚ COCEE (OHS) à Flavigny (Meurthe-et-Moselle),
- ⌚ Rives du Château à Blamont (Meurthe-et-Moselle),
- ⌚ Le CH de Vittel : inscription dans la filière « affections métaboliques, endocriniennes » (sans mention spécialisée).

En Lorraine Nord (Moselle) :

- ⌚ Hôpitaux Privés de Metz (site Belle-Isle),
- ⌚ CHR Metz,
- ⌚ Le Hohberg à Sarreguemines,
- ⌚ Le centre d'Abreschviller.

Les compétences des médecins en médecine physique et de réadaptation formés aux problématiques spécifiques de l'enfant, et leurs équipes, jouent un rôle essentiel dans la prise en charge notamment des handicaps neuro-locomoteurs de l'enfant.

#### III.9 LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU VOLET PEDIATRIE : OU EN EST ON

La formalisation d'une filière pédiatrique dans les établissements de santé qui reçoivent des enfants n'a pas fait l'objet d'une évaluation précise à ce jour. Lors des visites de conformité de médecine d'urgence, des organisations très variées ont été relevées.

La permanence pédiatrique reste à ce jour basée : le jour, sur les interventions possibles en urgence du médecin généraliste ou les consultations chez le pédiatre, la nuit ou les jours fériés sur le dispositif de permanence des soins ou l'accueil dans les services des urgences.



Les transports pédiatriques sont assurés, selon l'âge et la situation médicale, soit par le SMUR spécialisé pédiatrique qui se déplace avec une équipe qui médicalise le transfert (notamment transports secondaires), soit par le SMUR adultes. Les conditions de coopération entre les SAMU et le SMUR pédiatrique de recours restent à préciser.

Le plateau de réanimation pédiatrique médico-chirurgicale localisée au CHU est doté d'une unité de surveillance continue depuis 2010.

Concernant le dépistage et la prise en charge précoce du handicap ou des déficiences, les formations reçues par les professionnels (pédiatres, autres...) dans le cadre de la mise en place du dispositif RAFAEL, vont probablement contribuer à améliorer le repérage chez l'enfant plus âgé.

Le recours régional et interrégional de sur-spécialités auquel participe le CHU de Nancy a été pour une part structuré via le SIOS, les labellisations de centre de ressources et centres de références. La lisibilité sur l'ensemble des filières hyper spécialisées peut être améliorée.

Les filières de chirurgie de l'enfant, ORL et d'anesthésie : la généralisation de protocoles partagés entre le chirurgien (non spécialisé en chirurgie pédiatrique), le médecin anesthésiste réanimateur et le pédiatre, préconisée dans le SROS III pour améliorer la prise en charge de l'enfant, n'est pas accomplie dans la région. De plus, l'organisation mutualisée entre les deux seuls sites, Nancy et Metz, qui était préconisée dans le SROS III pour pérenniser une offre chirurgicale spécialisée pour l'enfant de moins de 1 an, n'est pas construite à ce jour.

La Commission Régionale de l'Organisation des Soins des Enfants et des Adolescents (CROSEA) n'est pas mise en place. La question des mesures nécessaires à une collaboration plus efficace entre acteurs des champs sanitaire, médico-social, social et scolaire dans le domaine de la prévention et des dépistages, reste posée.

La formation : les médecins généralistes et pédiatres assurent les soins de premiers recours y compris avant 2 ans. Le rôle des premiers est prépondérant dans les zones rurales.

Dans l'objectif d'élargir l'accès à des compétences pédiatriques, ont été créés : un module optionnel de pédiatrie dans le cadre du 2<sup>ème</sup> cycle de médecine générale, un 2<sup>ème</sup> module de formation sur l'enfant et l'adolescent pour le 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale sous la forme de séminaires (l'un consacré aux nourrissons et la petite enfance, l'autre à l'adolescence), un DIU santé enfant.

#### IV. DONNEES SUR LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

##### Une offre de soins ambulatoires avec des disparités territoriales - Une offre médicale concentrée sur Metz et Nancy

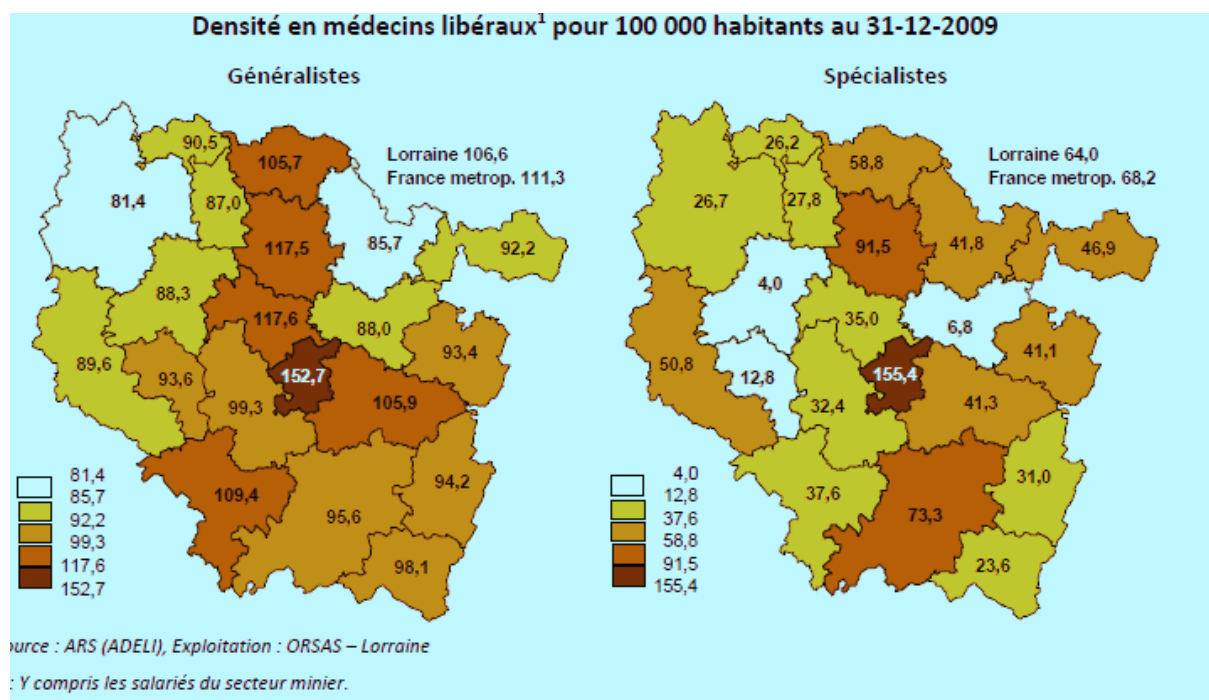
Source ORSAS

Les densités en médecins libéraux en Lorraine sont inférieures à la moyenne française. Au 31 décembre 2009, en incluant les médecins du secteur minier, on comptait 106,6 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en Lorraine contre 111,3 pour 100 000 en France métropolitaine et 64,0 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants en Lorraine contre 68,2 pour 100 000 en France métropolitaine.

Les densités en médecins libéraux sont plus fortes en ville qu'à la campagne. Cette inégalité est beaucoup plus importante chez les médecins spécialistes que chez les médecins généralistes.

Les densités en médecins généralistes sont plus faibles dans les territoires à dominante rurale tels que la Meuse du Nord (81,4 pour 100 000), le Coeur de Lorraine (Saint-Mihiel, 88,3 pour 100 000) et le Saulnois (88,0 pour 100 000). Les densités sont également faibles dans les territoires ayant un passé minier, bien qu'on ait intégré les médecins salariés du secteur minier. On compte 85,7 médecins pour 100 000 habitants dans le Bassin Houiller et 87,0 pour 100 000 dans le Bassin de Briey.

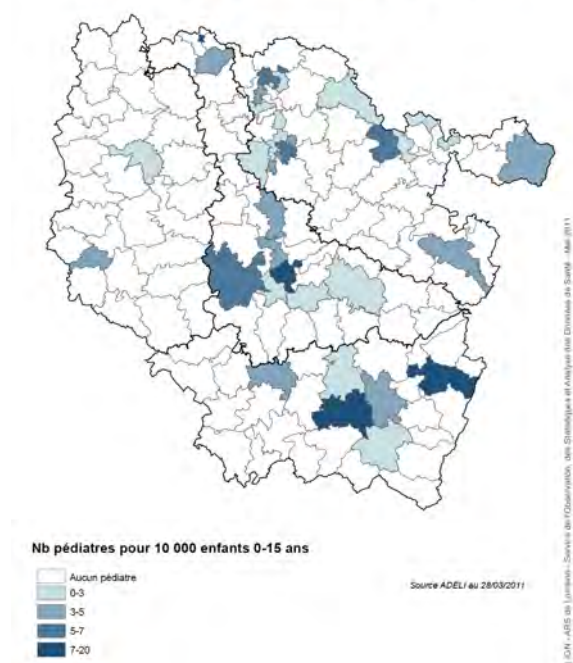
La répartition très inégale des médecins généralistes libéraux sur le territoire lorrain est particulièrement visible à l'échelle des cantons.





Les pédiatres sont concentrés principalement sur le sillon lorrain Thionville – Metz – Nancy – Epinal. Une enquête en cours individuelle par établissement viendra compléter ces données agrégées.

**Nombre de pédiatres libéraux  
par canton  
pour 10 000 enfants de 0 à 15 ans**



Les tableaux ci-dessus décrivent les effectifs médicaux concernés en premiers recours et les sages-femmes ainsi que des effectifs de puéricultrices, et leur répartition.

Il s'agit d'une photographie à un instant T.

La démographie médicale des principaux acteurs dans la prise en charge des enfants, médecins généralistes et pédiatres, est une préoccupation. S'y ajoute l'âge moyen de ces professionnels qui assombrit la situation dans les toutes prochaines années.

**Au 01/01/2008** Source ADELI

|             | Gynéco obstétriciens (GO) |          |        | Pédiatres |          |        | Médecins généralistes(1) |          |        |
|-------------|---------------------------|----------|--------|-----------|----------|--------|--------------------------|----------|--------|
| Nb médecins | 172                       | Lorraine | France | 252       | Lorraine | France | 3607                     | Lorraine | France |
| Dont        |                           | En %     | En %   |           | En %     |        |                          |          |        |
| Libéraux    | 83                        | 48,2%    | 59,2%  | 101       | 40,1%    | 41,7%  | 2428                     | 67,3%    | 67,3%  |
| Femmes      | 52                        | 30,4%    | 37,8%  | 134       | 53,1%    | 60,5%  | 1295                     | 35,9%    | 35,3%  |
| 55 ans et + | 70                        | 40,6%    | 41,8%  | 105       | 41,7%    | 40,9%  | 994                      | 27,6%    | 35,3%  |

(1) y compris les médecins à exercice particulier

**Au 01/01/2008** Source ADELI

| Densité pour 100 000 habitants | GO Lorraine (2) | GO France (2) | Pédiatres Lorraine (3) | Pédiatres France (3) | Médecins généralistes Lorraine (4) | Médecins généralistes France (4) |
|--------------------------------|-----------------|---------------|------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Libéraux                       | 15,0            | 22,4          | 21,2                   | 23,0                 | 103,8                              | 114,3                            |
| Salariés                       | 16,1            | 15,4          | 31,6                   | 32,2                 | 50,4                               | 55,5                             |
| Total                          | 31,1            | 37,9          | 52,8                   | 55,2                 | 154,2                              | 169,9                            |

(2) densité rapportée à la population des femmes de 15 à 49 ans

(3) densité rapportée à la population des jeunes de 0 à 16 ans

(4) densité rapportée à la population générale

**La situation au 01/11/2010 du nombre des internes inscrits en DES de pédiatrie en Lorraine est la suivante :**

45 internes sont inscrits répartis comme suit :

- 10 internes en 4<sup>ème</sup> année
- 12 internes en 3<sup>ème</sup> année
- 11 internes en 2<sup>ème</sup> année
- 12 internes en 1<sup>ère</sup> année

Pour la période 2010-2014, il est prévu de former 58 internes.

Densité de médecins généralistes et de pédiatres pour 1000 enfants, par territoire de proximité

| N° TSP             | TSP                                | 2006<br>enfants 0<br>à 1 an | 2006<br>enfants 2<br>à 17 ans | 2006<br>enfants 0<br>à 17 ans | Evolution<br>2006-2021<br>enfants 0<br>à 17 ans | Nb Médecins<br>Généralistes<br>moins de 55<br>ans | Nb Médecins<br>Généralistes<br>55 ans et<br>plus | Total<br>Médecins<br>Généralist<br>es | Nb<br>Pédiatres<br>Totaux<br><55 ans | Nb<br>Pédiatres<br>Totaux 55<br>ans et + | Pédiatres<br>Total | Nb de MG et<br>pédiatres pour<br>1000 enfants 0<br>à 17 ans en<br>2006 |
|--------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1+2                | Pays Verdun et Cœur Lorraine       | 2 565                       | 21 206                        | 23771                         | -2,50%                                          | 36                                                | 42                                               | 78                                    | 2                                    | 3                                        | 5                  | 3,49                                                                   |
| 3                  | Pays Briey                         | 1 731                       | 14 555                        | 16286                         | 4,30%                                           | 28                                                | 25                                               | 53                                    | 3                                    | 2                                        | 5                  | 3,58                                                                   |
| 4                  | Territoire N°4 - Longwy            | 2 105                       | 15 336                        | 17440                         | -0,40%                                          | 30                                                | 28                                               | 58                                    | 1                                    | 5                                        | 6                  | 3,68                                                                   |
| 5                  | Territoire N°5 - Thionville        | 5 359                       | 42 903                        | 48261                         | 0,50%                                           | 120                                               | 79                                               | 199                                   | 15                                   | 7                                        | 22                 | 4,58                                                                   |
| 6                  | Territoire N°6 - Metz              | 8 702                       | 71 509                        | 80211                         | -7,00%                                          | 212                                               | 141                                              | 353                                   | 20                                   | 22                                       | 43                 | 4,93                                                                   |
| 7                  | Territoire N°7 - Bassin Houillier  | 5 410                       | 48 789                        | 54199                         | -13,70%                                         | 89                                                | 66                                               | 155                                   | 13                                   | 6                                        | 19                 | 3,22                                                                   |
| 8                  | Pays Sarreguemines                 | 2 036                       | 18 796                        | 20832                         | -11,80%                                         | 31                                                | 40                                               | 71                                    | 3                                    | 3                                        | 7                  | 3,73                                                                   |
| 9+10               | Pays Saulnois et Pays Sarrebourg   | 2 147                       | 18 641                        | 20788                         | -5,60%                                          | 32                                                | 38                                               | 70                                    | 2                                    | 3                                        | 6                  | 3,64                                                                   |
| 11+12              | Pays Barrois et Pays Val de Meuse  | 2 018                       | 17 953                        | 19972                         | -9,30%                                          | 35                                                | 38                                               | 73                                    | 2                                    | 1                                        | 3                  | 3,81                                                                   |
| 13                 | Pays Ouest Vosgien                 | 1 236                       | 11 075                        | 12311                         | -11,90%                                         | 29                                                | 27                                               | 56                                    | 0                                    | 2                                        | 2                  | 4,71                                                                   |
| 14                 | Pays Sud Ouest Meurthe et Mosellan | 2 517                       | 20 322                        | 22839                         | 3,40%                                           | 51                                                | 32                                               | 83                                    | 2                                    | 1                                        | 3                  | 3,77                                                                   |
| 15                 | Pays Val Lorraine                  | 2 175                       | 20 225                        | 22399                         | -3,80%                                          | 61                                                | 32                                               | 93                                    |                                      | 2                                        | 2                  | 4,24                                                                   |
| 16                 | Territoire N°16 - Nancy            | 6 361                       | 51 961                        | 58322                         | -9,30%                                          | 258                                               | 126                                              | 384                                   | 68                                   | 33                                       | 100                | 8,31                                                                   |
| 17                 | Pays Lunévillois                   | 1 966                       | 16 232                        | 18198                         | 0,80%                                           | 47                                                | 23                                               | 70                                    | 1                                    | 2                                        | 3                  | 4,02                                                                   |
| 18                 | Pays Vosges Centrales              | 3 505                       | 31 006                        | 34511                         | -9,30%                                          | 62                                                | 64                                               | 126                                   | 7                                    | 8                                        | 15                 | 4,1                                                                    |
| 19                 | Pays Déodat                        | 1 898                       | 16 872                        | 18770                         | -4,10%                                          | 41                                                | 26                                               | 67                                    | 3                                    | 3                                        | 6                  | 3,9                                                                    |
| 20                 | Pays Remiremont                    | 1 693                       | 16 164                        | 17857                         | -13,70%                                         | 36                                                | 38                                               | 74                                    | 1                                    | 4                                        | 5                  | 4,43                                                                   |
| Total              | Région Lorraine                    | 53 422                      | 453 545                       | 506967                        | -6,20%                                          | 1 198                                             | 865                                              | 2 063                                 | 145                                  | 109                                      | 254                | 4,57                                                                   |
| <b>Département</b> |                                    |                             |                               |                               |                                                 |                                                   |                                                  |                                       |                                      |                                          |                    |                                                                        |
| 54                 | Meurthe-et-Moselle*                | 16 855                      | 138 631                       | 155485                        | -3,00%                                          | 475                                               | 266                                              | 741                                   | 75                                   | 45                                       | 120                | 5,54                                                                   |
| 55                 | Meuse*                             | 4 583                       | 39 159                        | 43742                         | -5,60%                                          | 71                                                | 80                                               | 151                                   | 4                                    | 4                                        | 8                  | 3,64                                                                   |
| 57                 | Moselle                            | 23 653                      | 200 637                       | 224291                        | -7,30%                                          | 484                                               | 364                                              | 848                                   | 54                                   | 42                                       | 96                 | 4,21                                                                   |
| 88                 | Vosges*                            | 8 331                       | 75 118                        | 83448                         | -9,40%                                          | 168                                               | 155                                              | 323                                   | 11                                   | 17                                       | 29                 | 4,22                                                                   |
| Total              | Région Lorraine                    | 53 422                      | 453 545                       | 506967                        | -6,20%                                          | 1 198                                             | 865                                              | 2 063                                 | 145                                  | 109                                      | 254                | 4,57                                                                   |

Source : INSEE - projection de population

Source ADELI 2009

départementales.

Pour la Meurthe-et-Moselle, il s'agit du regroupement des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Nancy

Pour la Meuse, il s'agit du regroupement des TSP de Verdun, du Barrois, du Cœur de Lorraine et du Haut Val de Meuse

### Répartition des effectifs de sages femmes et puéricultrices selon leur mode d'exercice, par territoire de proximité

| TSP          | 2006<br>enfs 0 à 1 an | 2006<br>enfs 2 à 17<br>ans | 2006<br>enfs 0 à 17<br>ans | Evolution<br>2006-2021<br>enfs 0 à 17 ans | Nb sages femmes |                        |                            |            | Nb puéricultrices |                        |                            |
|--------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|-----------------|------------------------|----------------------------|------------|-------------------|------------------------|----------------------------|
|              |                       |                            |                            |                                           | Libéral         | Salarié<br>hospitalier | Salarié non<br>hospitalier | Total      | Libéral           | Salarié<br>hospitalier | Salarié non<br>hospitalier |
| 1+2          | 2 565                 | 21 206                     | 23 771                     | -2,50%                                    | 3               | 25                     | 2                          | 30         |                   | 6                      | 3                          |
| 3            | 1 731                 | 14 555                     | 16 286                     | 4,30%                                     | 2               | 18                     | 1                          | 21         |                   | 10                     | 2                          |
| 4            | 2 105                 | 15 336                     | 17 440                     | -0,40%                                    | 2               | 27                     |                            | 29         |                   | 2                      | 3                          |
| 5            | 5 359                 | 42 903                     | 48 261                     | 0,50%                                     | 15              | 71                     | 1                          | 87         | 3                 | 51                     | 8                          |
| 6            | 8 702                 | 71 509                     | 80 211                     | -7,00%                                    | 27              | 110                    | 21                         | 158        | 3                 | 79                     | 107                        |
| 7            | 5 410                 | 48 789                     | 54 199                     | -13,70%                                   | 12              | 44                     |                            | 56         | 4                 | 36                     | 2                          |
| 8            | 2 036                 | 18 796                     | 20 832                     | -11,80%                                   | 2               | 29                     |                            | 31         | 2                 | 16                     | 2                          |
| 9+10         | 2 147                 | 18 641                     | 20 788                     | -5,60%                                    | 4               | 12                     | 1                          | 17         | 4                 | 8                      | 3                          |
| 11+12        | 2 018                 | 17 953                     | 19 972                     | -9,30%                                    | 2               | 20                     | 5                          | 27         | 3                 | 7                      | 10                         |
| 13           | 1 236                 | 11 075                     | 12 311                     | -11,90%                                   | 3               | 14                     | 1                          | 18         |                   | 12                     |                            |
| 14           | 2 517                 | 20 322                     | 22 839                     | 3,40%                                     | 4               | 16                     |                            | 21         | 1                 |                        | 7                          |
| 15           | 2 175                 | 20 225                     | 22 399                     | -3,80%                                    | 3               | 3                      | 1                          | 7          | 2                 |                        | 4                          |
| 16           | 6 361                 | 51 961                     | 58 322                     | -9,30%                                    | 19              | 164                    | 24                         | 207        | 3                 | 191                    | 73                         |
| 17           | 1 966                 | 16 232                     | 18 198                     | 0,80%                                     | 3               | 17                     | 1                          | 21         | 2                 | 6                      | 5                          |
| 18           | 3 505                 | 31 006                     | 34 511                     | -9,30%                                    | 15              | 40                     | 6                          | 61         |                   | 20                     | 8                          |
| 19           | 1 898                 | 16 872                     | 18 770                     | -4,10%                                    | 2               | 17                     | 2                          | 21         |                   | 11                     | 2                          |
| 20           | 1 693                 | 16 164                     | 17 857                     | -13,70%                                   | 7               | 20                     | 2                          | 29         |                   | 8                      | 3                          |
| <b>Total</b> | <b>53 422</b>         | <b>453 545</b>             | <b>506 967</b>             | <b>-6,20%</b>                             |                 |                        |                            | <b>841</b> |                   |                        |                            |
| 54           | 16 855                | 138 631                    | 155 485                    | -3,00%                                    |                 |                        |                            | 306        |                   |                        |                            |
| 55           | 4 583                 | 39 159                     | 43 742                     | -5,60%                                    |                 |                        |                            | 57         |                   |                        |                            |
| 57           | 23 653                | 200 637                    | 224 291                    | -7,30%                                    |                 |                        |                            | 349        |                   |                        |                            |
| 88           | 8 331                 | 75 118                     | 83 448                     | -9,40%                                    |                 |                        |                            | 129        |                   |                        |                            |
| <b>Total</b> | <b>53 422</b>         | <b>453 545</b>             | <b>506 967</b>             | <b>-6,20%</b>                             |                 |                        |                            | <b>841</b> |                   |                        |                            |

Source : INSEE - projection de population

\* Les populations totales des départements de la Meuse, Meurthe-et-Moselle et des Vosges correspondent à l'agrégation de plusieurs TSP et ne respectent pas complètement les limites départementales.

Pour la Meurthe-et-Moselle, il s'agit du regroupement des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Nancy

Pour la Meuse, il s'agit du regroupement des TSP de Verdun, du Barrois, du Cœur de Lorraine et du Haut Val de Meuse

Source ADELI 01/01/2009 Médecins généralistes de médecine générale (exercice temps plein ou partie)

# ANNEXES



**ANNEXE II : activité en obstétrique (source SAE 2009)****\* L'activité de la maternité Hospitalor à Saint Avold a cessé son activité au 1<sup>er</sup> juillet 2011.**

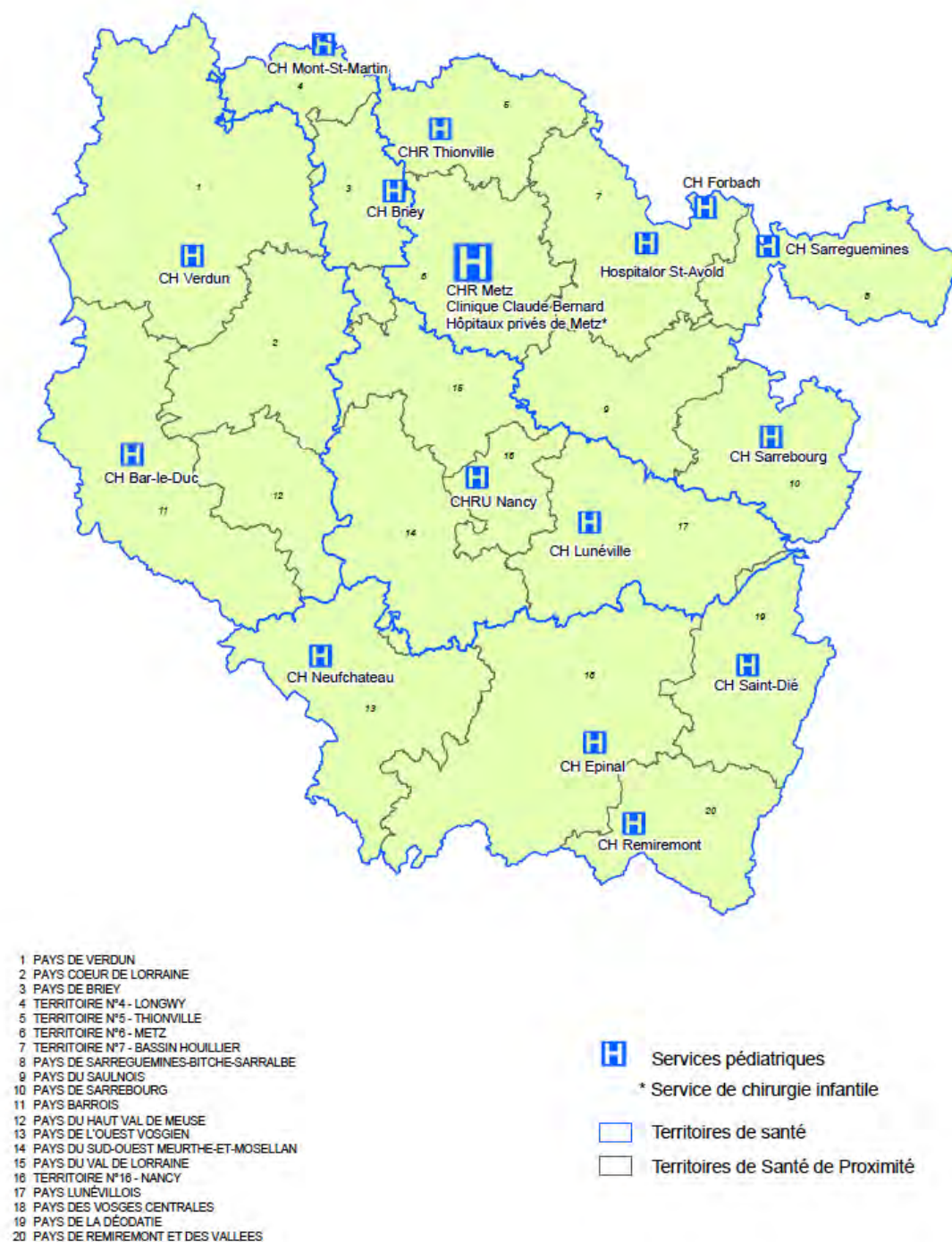
| Etablissements de santé          | N° TSP | Nombre d'admissions | Nombre de journées réalisées | Nombre d'accouchements sans césarienne | dont nb accouchement sous péridurale | % péridurales (hors césariennes) | Nombre d'accouchements avec césarienne | % césariennes / total accouchements | dont nb accouchements sous péridurale ou rachianesthésie | Nombre total d'accouchements (calculé) | Nb de femmes suivies puis adressées pour accouchement ds 1 maternité de niveau sup. | Enfants nés de naissance unique (y. c. enfants morts nés) |
|----------------------------------|--------|---------------------|------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Maternité Régionale Nancy        | 16     | 5031                | 24401                        | 2705                                   | 2405                                 | 88,90%                           | 746                                    | 21,60%                              | 667                                                      | 3451                                   |                                                                                     | 3352                                                      |
| CH Toul                          | 14     | 1109                | 4159                         | 612                                    | 419                                  | 68,50%                           | 67                                     | 9,90%                               | 67                                                       | 679                                    | 21                                                                                  | 675                                                       |
| CH Lunéville                     | 17     | 676                 | 2951                         | 397                                    | 223                                  | 56,20%                           | 110                                    | 21,70%                              | 90                                                       | 507                                    |                                                                                     | 493                                                       |
| CH Briey                         | 3      | 1250                | 5290                         | 763                                    | 412                                  | 54,00%                           | 216                                    | 22,10%                              | 182                                                      | 979                                    |                                                                                     | 970                                                       |
| CH de Mt-St-Martin (Alpha Santé) | 4      | 1098                | 4403                         | 521                                    | 198                                  | 38,00%                           | 141                                    | 21,30%                              |                                                          | 662                                    |                                                                                     | 654                                                       |
| Polyclinique Majorelle           | 16     | 3328                | 16962                        | 2093                                   | 1944                                 | 92,90%                           | 685                                    | 24,70%                              | 640                                                      | 2778                                   | 12                                                                                  | 2719                                                      |
| CH Verdun                        | 1      | 865                 | 4938                         | 713                                    | 410                                  | 57,50%                           | 143                                    | 16,70%                              | 135                                                      | 856                                    |                                                                                     | 846                                                       |
| CH Bar-le-Duc                    | 11     | 768                 | 3718                         | 586                                    | 427                                  | 72,90%                           | 173                                    | 22,80%                              | 164                                                      | 759                                    | 15                                                                                  | 751                                                       |
| CH Forbach                       | 7      | 1463                | 6164                         | 706                                    | 503                                  | 71,20%                           | 227                                    | 24,30%                              | 225                                                      | 933                                    | 15                                                                                  | 918                                                       |
| Clinique St-Nabord               | 7      | 1484                | 5922                         | 814                                    | 753                                  | 92,50%                           | 216                                    | 21,00%                              | 216                                                      | 1030                                   |                                                                                     | 1018                                                      |
| CH Sarrebourg                    | 10     | 590                 | 2797                         | 367                                    | 224                                  | 61,00%                           | 91                                     | 19,90%                              | 67                                                       | 458                                    | 12                                                                                  | 454                                                       |
| Hospitalor St-Avold*             | 7      | 992                 | 4169                         | 508                                    | 375                                  | 73,80%                           | 149                                    | 22,70%                              | 148                                                      | 657                                    | 18                                                                                  | 655                                                       |
| CHR Metz-Thionville (Bel Air)    | 5      | 4237                | 15924                        | 2094                                   | 1535                                 | 73,30%                           | 384                                    | 15,50%                              | 325                                                      | 2478                                   | 12                                                                                  | 2443                                                      |
| Clinique Claude Bernard          | 6      | 2584                | 12632                        | 1851                                   | 1536                                 | 83,00%                           | 505                                    | 21,40%                              | 420                                                      | 2356                                   |                                                                                     | 2330                                                      |
| CH Sarreguemines                 | 8      | 983                 | 4459                         | 643                                    | 293                                  | 45,60%                           | 151                                    | 19,00%                              | 136                                                      | 794                                    | 13                                                                                  | 786                                                       |
| Hopital Maternité Metz           | 6      | 4251                | 17003                        | 2090                                   | 1543                                 | 73,80%                           | 626                                    | 23,00%                              | 614                                                      | 2716                                   |                                                                                     | 2671                                                      |
| CH Epinal                        | 18     | 836                 | 4122                         | 473                                    | 244                                  | 51,60%                           | 129                                    | 21,40%                              |                                                          | 602                                    |                                                                                     | 584                                                       |
| CH St-Dié                        | 19     | 1408                | 5034                         | 629                                    | 364                                  | 57,90%                           | 102                                    | 14,00%                              | 86                                                       | 731                                    |                                                                                     | 721                                                       |
| CH Neufchâteau                   | 13     | 668                 | 2524                         | 390                                    | 168                                  | 43,10%                           | 82                                     | 17,40%                              | 57                                                       | 472                                    | 7                                                                                   | 467                                                       |
| CH Remiremont                    | 20     | 1112                | 5204                         | 752                                    | 459                                  | 61,00%                           | 214                                    | 22,20%                              | 181                                                      | 966                                    |                                                                                     | 958                                                       |
| Clinique Arc en Ciel             | 18     | 3450                | 12001                        | 1181                                   | 546                                  | 46,20%                           | 386                                    | 24,60%                              | 386                                                      | 1567                                   | 24                                                                                  | 1546                                                      |
| <b>Totaux</b>                    |        | <b>38183</b>        | <b>164777</b>                | <b>20888</b>                           | <b>14981</b>                         | <b>71,70%</b>                    | <b>5543</b>                            | <b>21,00%</b>                       | <b>4806</b>                                              | <b>26431</b>                           | <b>319</b>                                                                          | <b>26011</b>                                              |



## ANNEXE III

*L'activité d'hospitalisation en pédiatrie de Hospitalor à Saint-Avold a cessé au 1<sup>er</sup> juillet 2011.*

# Services pédiatriques en Lorraine



@IGN - ARS Lorraine - Service Observation et Statistiques - Juin 2011



## ANNEXE IV : répartition par établissements des activités de gynéco-obstétrique et pédiatrie

⌚ L'activité de la maternité et l'activité d'hospitalisation en pédiatrie de Hospitalor à Saint-Avold ont cessé au 1<sup>er</sup> juillet 2011.

| Département  | Etablissement                                  | Nb lits pédiatrie 2005 | Nb places pédiatrie 2005 | Nb lits pédiatrie 2010 | Nb places pédiatrie 2010 | Type maternité | Nb accouchements SAE 2009 | nb lits GO SAE 2009 | nb places GO SAE 2009 | nb lits néon. sans SI SAE 2009 | nb lits néon. avec SI SAE 2009 | nb lits néon. avec réa. SAE 2009 |
|--------------|------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 54           | CH Briey                                       | 20                     | 2                        | 24                     |                          | I              | 979                       | 15                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 54           | AHBL/Longwy                                    | 20                     | 1                        | 11                     |                          | I              | 662                       | 21                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 54           | CHU Hôpital d'Enfants                          | 202                    | 32                       | 202                    | 32                       |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 54           | Maternité Régionale                            | 0                      |                          | 0                      |                          | III            | 3451                      | 104                 | 10                    | 20                             | 20                             | 20                               |
| 54           | Polyclinique Majorelle                         | 0                      |                          | 0                      |                          | IIB            | 2778                      | 78                  |                       | 6                              | 6                              |                                  |
| 54           | CH Lunéville                                   | 10                     |                          | 10                     |                          | I              | 507                       | 18                  |                       | 0                              | 0                              | 0                                |
| 54           | CH Toul                                        | 0                      |                          | 0                      |                          | I              | 679                       | 20                  | 2                     | 0                              | 0                              | 0                                |
| 54           | CH Pont-à-Mousson                              | 0                      |                          | 0                      |                          |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 55           | CH Verdun                                      | 14                     | 2                        | 12                     | 2                        | IIA            | 856                       | 18                  |                       | 4                              |                                |                                  |
| 55           | CH Bar-le-Duc                                  | 20                     |                          | 14                     |                          | IIA            | 759                       | 24                  |                       | 0                              |                                |                                  |
|              | CH Forbach                                     | 20                     |                          | 20                     |                          | IIB            | 933                       | 18                  |                       | 10                             | 7                              |                                  |
| 57           | Hospitalor St-Avold*                           | 22                     | 4                        | 22                     | 4                        | I              | 657                       | 24                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 57           | CH Sarreguemines                               | 30                     |                          | 24                     |                          | I              | 794                       | 33                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 57           | CH Sarrebourg                                  | 10                     |                          | 10                     |                          | I              | 458                       | 15                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 57           | Clinique Saint-Nabor                           | 0                      |                          | 0                      |                          | I              | 1030                      | 21                  |                       | 0                              |                                |                                  |
| 57           | CHR Metz                                       | 35                     | 3                        |                        |                          |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 57           | Hôpital Sainte-Croix                           | 7                      |                          |                        |                          |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 57           | H2M Metz                                       |                        |                          |                        |                          |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 57           | (fusion CHR Ste Croix) Clinique Claude Bernard | 12                     | 2                        | 12                     | 2                        | IIB            | 2716                      | 56                  |                       | 14                             | 10                             |                                  |
| 57           | Hôpital Belle-Isle                             | 12                     |                          | 12                     |                          |                |                           |                     |                       |                                |                                |                                  |
| 57           | CHR Thionville                                 | 30                     |                          | 23                     | 2                        | IIB            | 2478                      | 60                  |                       | 11                             | 6                              |                                  |
| 88           | CH Epinal                                      | 16                     |                          | 16                     |                          | IIB            | 602                       | 18                  |                       | 6                              | 3                              |                                  |
| 88           | CH Remiremont                                  | 16                     | 3                        | 17                     | 5                        | IIA            | 966                       | 21                  |                       | 6                              | 0                              | 0                                |
| 88           | CH Neufchâteau                                 | 16                     |                          | 12                     |                          | I              | 472                       | 16                  |                       | 0                              | 0                              |                                  |
| 88           | CH Saint-Dié                                   | 10                     |                          | 10                     |                          | I              | 731                       | 22                  |                       | 0                              | 0                              | 0                                |
| 88           | Clinique Arc en Ciel                           | 0                      |                          |                        |                          | I              | 1567                      | 45                  |                       | 0                              | 0                              | 0                                |
| <b>Total</b> |                                                | <b>522</b>             | <b>49</b>                | <b>480</b>             | <b>52</b>                |                | <b>26431</b>              | <b>678</b>          | <b>12</b>             | <b>83</b>                      | <b>58</b>                      | <b>20</b>                        |

**ANNEXE V : répartition des séjours, classés en chirurgie et en médecine, par catégorie majeure de diagnostic (CMD) et par tranche d'âge**

| PMSI 2009                     |                                                                                         | SEJOURS CHIRURGICAUX |                            |              |                                  |               |                                   |                   |           |              |               | SEJOURS MEDICAUX |  |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------|----------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------|-----------|--------------|---------------|------------------|--|--|
| CMD                           | Libellé                                                                                 | - de 1 an            | % chir < 1 an /total Chir. | de 1 à 3 ans | % chir de 1 à 3 ans /total Chir. | de 4 à 17 ans | % chir de 4 à 17 ans /total Chir. | TOTAL des -18 ans | - de 1 an | de 1 à 3 ans | de 4 à 17 ans |                  |  |  |
| 1                             | Affections du système nerveux                                                           | 429                  | 20,3%                      | 573          | 27,1%                            | 1115          | 52,7%                             | 2117              | 229       | 750          | 1582          |                  |  |  |
| 2                             | Affections de l'œil                                                                     | 25                   | 2,7%                       | 214          | 23,5%                            | 673           | 73,8%                             | 912               | 27        | 72           | 171           |                  |  |  |
| 3                             | Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents                 | 85                   | 0,9%                       | 1732         | 18,9%                            | 7342          | 80,2%                             | 9159              | 702       | 1210         | 1356          |                  |  |  |
| 4                             | Affections de l'appareil respiratoire                                                   | 12                   | 33,3%                      | 3            | 8,3%                             | 21            | 58,3%                             | 36                | 1565      | 1352         | 1607          |                  |  |  |
| 5                             | Affections de l'appareil circulatoire                                                   | 22                   | 36,1%                      | 8            | 13,1%                            | 31            | 50,8%                             | 61                | 281       | 122          | 737           |                  |  |  |
| 6                             | Affections du tube digestif                                                             | 278                  | 14,3%                      | 255          | 13,1%                            | 1408          | 72,5%                             | 1941              | 1348      | 1542         | 3587          |                  |  |  |
| 7                             | Affections du système hépato-biliaire et du pancréas                                    | 0                    | 0,0%                       | 3            | 10,7%                            | 25            | 89,3%                             | 28                | 20        | 33           | 134           |                  |  |  |
| 8                             | Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif    | 87                   | 1,9%                       | 334          | 7,1%                             | 4254          | 91,0%                             | 4675              | 129       | 193          | 838           |                  |  |  |
| 9                             | Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins                             | 51                   | 3,3%                       | 266          | 17,0%                            | 1251          | 79,8%                             | 1568              | 113       | 251          | 970           |                  |  |  |
| 10                            | Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles                              | 0                    | 0,0%                       | 6            | 17,1%                            | 29            | 82,9%                             | 35                | 327       | 365          | 959           |                  |  |  |
| 11                            | Affections du rein et des voies urinaires                                               | 48                   | 16,1%                      | 85           | 28,4%                            | 166           | 55,5%                             | 299               | 547       | 389          | 789           |                  |  |  |
| 12                            | Affections de l'appareil génital masculin                                               | 79                   | 2,4%                       | 1399         | 42,6%                            | 1803          | 55,0%                             | 3281              | 17        | 38           | 107           |                  |  |  |
| 13                            | Affections de l'appareil génital féminin                                                | 13                   | 7,6%                       | 12           | 7,0%                             | 147           | 85,5%                             | 172               | 4         | 5            | 120           |                  |  |  |
| 15                            | Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale                          |                      |                            |              |                                  |               |                                   |                   | 27803     | 0            | 0             |                  |  |  |
| 16                            | Affections du sang et des organes hématopoïétiques                                      | 0                    | 0,0%                       | 2            | 7,4%                             | 25            | 92,6%                             | 27                | 41        | 222          | 529           |                  |  |  |
| 17                            | Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus                   | 1                    | 6,3%                       | 2            | 12,5%                            | 13            | 81,3%                             | 16                | 18        | 66           | 358           |                  |  |  |
| 18                            | Maladies infectieuses et parasitaires                                                   | 1                    | 7,7%                       | 2            | 15,4%                            | 10            | 76,9%                             | 13                | 290       | 376          | 380           |                  |  |  |
| 19                            | Maladies et troubles mentaux                                                            | 0                    | 0,0%                       | 0            | 0,0%                             | 2             | 100,0%                            | 2                 | 17        | 66           | 703           |                  |  |  |
| 20                            | Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci     |                      |                            |              |                                  |               |                                   |                   | 0         | 1            | 330           |                  |  |  |
| 21                            | Traumatismes, allergies et empoisonnements                                              | 5                    | 3,2%                       | 25           | 16,2%                            | 124           | 80,5%                             | 154               | 56        | 382          | 1047          |                  |  |  |
| 22                            | Brûlures                                                                                | 10                   | 7,4%                       | 70           | 51,5%                            | 56            | 41,2%                             | 136               |           |              |               |                  |  |  |
| 23                            | Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé | 4                    | 2,9%                       | 41           | 29,7%                            | 93            | 67,4%                             | 138               | 693       | 783          | 2073          |                  |  |  |
| 25                            | Maladies dues à une infection par le VIH                                                |                      |                            |              |                                  |               |                                   |                   | 0         | 0            | 1             |                  |  |  |
| 26                            | Traumatismes multiples graves                                                           | 2                    | 4,5%                       | 3            | 6,8%                             | 39            | 88,6%                             | 44                |           |              |               |                  |  |  |
| 27                            | Transplantations d'organes                                                              | 0                    | 0,0%                       | 0            | 0,0%                             | 1             | 100,0%                            | 1                 | 0         | 1            | 14            |                  |  |  |
| 28                            | Séances                                                                                 |                      |                            |              |                                  |               |                                   |                   | 36        | 357          | 2046          |                  |  |  |
| Total établissements lorrains |                                                                                         | 1152                 | 4,6%                       | 5035         | 20,3%                            | 18628         | 75,1%                             | 24815             | 34263     | 8576         | 20438         |                  |  |  |

## ANNEXE VI

### Les centres dans la région Lorraine (liste provisoire)

Centres de référence labellisés des maladies rares :

- Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme
- Centre de référence des maladies neuromusculaires, en partenariat avec Strasbourg,

Centres de compétences des maladies rares :

- Maladies osseuses constitutionnelles,
- Maladies auto-immunes systémiques,
- Maladies endocriniennes rares,
- Spina bifida,
- Neurofibromatose NF1,
- Maladies pulmonaires rares,
- Maladies rénales rares,
- Maladies hépato-gastro-entérologiques rares,
- Maladies hématologiques non malignes rares,
- Déficits immunitaires héréditaires,
- Maladies de la trame conjonctive,
- Maladies inflammatoires du système nerveux,
- Epilepsies rares

Les autres centres de recours :

- Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM),
- Centre lorrain pour la prise en charge des troubles du Langage et des APprentissages (CLAP),
- Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs,
- Mort subite du nourrisson,
- Pôle régional d'accueil des victimes d'agressions,
- Consultation douleur

## ANNEXE VII

### Critères d'inclusion dans le dispositif RAFAEL : Réseau d'Accompagnement des FAmilles en Lorraine

#### GROUPE 1

Prématurité âge gestationnel < 29 semaines d'aménorrhée (SA)

Poids de naissance < 1000 grammes

Encéphalopathie anoxo-ischémique

#### GROUPE 2

Prématurité  $\geq 29$  SA et < 34 SA

Poids de naissance  $\geq 1000$  grammes et < 1800 grammes

Chirurgie néonatale lourde

Pathologie neurologique autre

L'inclusion est réalisée à la sortie définitive (retour à domicile) de l'enfant.

**ANNEXE VIII****Taux de mortalité infantile :**

Le taux de mortalité infantile est défini par le nombre annuel de décès d'enfants nés vivants et décédés avant 1 an/1000 naissances vivantes.

L'utilisation de ces taux à l'échelle du département constitue un exercice délicat ; en effet dès lors que leur calcul est basé sur de petits effectifs, et plus particulièrement dans les départements de petite taille, les variations d'une année sur l'autre peuvent conduire à des évolutions de taux très importantes (cf annexe VI).

Source INSEE : taux de mortalité infantile (p 1000 naissances vivantes)

| Année | Meurthe-et-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine | France |
|-------|--------------------|-------|---------|--------|----------|--------|
| 1975  | 18,2               | 14,3  | 17,5    | 14,5   | 16,9     | 13,8   |
| 1976  | 15,9               | 11,1  | 16,1    | 14,3   | 15,3     | 12,5   |
| 1977  | 12,1               | 13,0  | 14,5    | 12,8   | 13,3     | 11,4   |
| 1978  | 11,5               | 9,4   | 12,0    | 12,5   | 11,7     | 10,7   |
| 1979  | 11,7               | 7,8   | 12,0    | 11,6   | 11,5     | 10,0   |
| 1980  | 9,0                | 14,3  | 10,1    | 11,5   | 10,5     | 10,1   |
| 1981  | 10,3               | 11,6  | 10,3    | 10,1   | 10,4     | 9,7    |
| 1982  | 9,1                | 13,3  | 9,4     | 10,7   | 9,8      | 9,5    |
| 1983  | 10,5               | 7,7   | 10,6    | 11,3   | 10,4     | 9,1    |
| 1984  | 9,4                | 8,7   | 9,2     | 11,4   | 9,5      | 8,3    |
| 1985  | 9,4                | 9,1   | 8,7     | 9,2    | 9,1      | 8,3    |
| 1986  | 6,9                | 9,1   | 9,1     | 7,2    | 8,1      | 8,0    |
| 1987  | 8,2                | 11,9  | 9,0     | 8,6    | 8,9      | 7,8    |
| 1988  | 6,6                | 8,2   | 8,0     | 8,0    | 7,6      | 7,8    |
| 1989  | 7,0                | 7,7   | 8,0     | 9,6    | 7,6      | 7,9    |
| 1990  | 7,5                | 5,8   | 7,1     | 8,0    | 7,3      | 7,3    |
| 1991  | 7,2                | 10,6  | 7,9     | 8,4    | 8,0      | 7,3    |
| 1992  | 6,8                | 12,3  | 6,3     | 7,7    | 7,2      | 6,8    |
| 1993  | 7,1                | 8,2   | 7,3     | 6,8    | 7,2      | 6,5    |
| 1994  | 5,2                | 4,9   | 6,9     | 6,6    | 6,2      | 5,9    |
| 1995  | 4,8                | 6,9   | 4,4     | 6,0    | 5,0      | 4,9    |
| 1996  | 4,5                | 4,9   | 4,7     | 4,4    | 4,6      | 4,8    |
| 1997  | 3,9                | 3,7   | 4,2     | 5,3    | 4,2      | 4,7    |
| 1998  | 4,9                | 5,7   | 2,9     | 8,9    | 4,3      | 4,6    |
| 1999  | 3,8                | 3,4   | 4,6     | 4,4    | 4,2      | 4,3    |
| 2000  | 5,8                | 5,3   | 5,3     | 7,0    | 5,7      | 4,6    |
| 2001  | 4,6                | 7,6   | 4,8     | 6,7    | 5,3      | 4,5    |
| 2002  | 3,8                | 3,1   | 4,6     | 3,9    | 4,1      | 4,1    |
| 2003  | 5,7                | 2,3   | 5,0     | 6,8    | 5,3      | 4,0    |
| 2004  | 4,7                | 3,5   | 4,2     | 6,6    | 4,7      | 3,9    |
| 2005  | 3,9                | 6,0   | 4,5     | 4,9    | 4,5      | 3,6    |
| 2006  | 4,1                | 6,5   | 4,0     | 5,2    | 4,5      | 3,6    |
| 2007  | 3,8                | 5,7   | 4,6     | 4,4    | 4,4      | 3,6    |
| 2008  | 3,5                | 3,2   | 3,9     | 3,8    | 3,7      | 3,6    |

## Maladies chroniques

### Principaux éléments de diagnostic

#### OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ECLAIRER LE PATIENT DANS SA GESTION DE LA MALADIE

##### MESURE 1 : GENERALISER ET ORGANISER DE MANIERE PLURIDISCIPLINAIRE LE TEMPS DE L'ANNONCE

Le temps de l'annonce est une phase capitale qui correspond à un droit obligatoire du patient (loi du 4 mars 2002).

L'annonce est un acte médical qui consiste en la révélation de la maladie\* ainsi qu'en la délivrance d'informations de base concernant le projet thérapeutique et le suivi. Du côté patient, la portée de cet acte dépasse la réception d'éléments théoriques et techniques ; elle bouleverse en marquant la fin d'une période sans maladie et le début d'une succession de pertes, de changements et d'adaptations.

(\*l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques est ponctué de temps d'annonce qui doivent être identifiés et également organisés : guérison, phase palliative...).

Par ailleurs, l'intégration par le patient de sa maladie ainsi que sa motivation à s'investir dans sa propre prise en charge dépendent en grande partie de la qualité de l'annonce.

Il est par conséquent indispensable de généraliser un temps d'annonce à l'ensemble des maladies chroniques et cela, quel que soit le médecin annonceur.

De plus, l'appréhension strictement médicale ne suffit pas pour permettre au patient d'assumer sa maladie et de tenir le rôle qui peut être attendu de lui. L'annonce doit s'organiser autour d'un principe de pluridisciplinarité dont le socle commun serait composé du médecin, IDE et psychologue.

##### MESURE 2 : FAIRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE UNE COMPOSANTE OBLIGATOIRE DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'absence de financement au travers un programme autorisé ou de rémunération par l'intermédiaire des tarifs, ne facilite pas la mise en place d'actions d'ETP pourtant indispensables à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Qu'il s'agisse d'exercice de gymnastique ou de dispensation de règles d'hygiène de vie ou alimentaire, ces actions permettent aux patients de comprendre la maladie, de la gérer, voire de ne pas l'aggraver.

Elles sont donc des composantes à part entière du traitement et doivent s'associer, sous l'impulsion du médecin, à la prise en charge médicalisée.

Pour autant, une attention particulière devra être portée aux coûts humains et temps, le principe de « minimum requis » et la participation des associations d'usagers devront s'imposer lors des réflexions.

#### OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ELABORER POUR CHAQUE PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE UN PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

##### MESURE 1 : OPERER POUR CHAQUE PATIENT UN DIAGNOSTIC DE SA SITUATION PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELLE

L'élaboration d'un plan d'accompagnement **personnalisé** nécessite un préalable qui consiste en l'analyse de la situation sociale, financière, matrimoniale, psychologique, professionnelle (...) du patient. Ce n'est qu'en fonction des résultats de ce diagnostic que le plan d'accompagnement pourra être individualisé puisque l'évaluation des circonstances propres au patient devra permettre de repérer les risques de rupture inhérents à sa situation personnelle, ses besoins particuliers d'accompagnement mais également les points forts qui justifieront certains choix.

Une fois ce diagnostic établi, le programme pourra s'établir en fonction de besoins réels et d'actions réalistes. Or, le médecin et le cas échéant, son équipe, n'ont pas forcément les ressources à disposition pour faire établir cet état des lieux.

MESURE 2 : POSITIONNER CLAIREMENT CHAQUE NIVEAU D'ACCOMPAGNEMENT EN PRIVILEGIANT LE MEDECIN EN TANT QUE PIVOT DES INFORMATIONS ET DES ETAPES DU SUIVI.

Outre l'existence de chaque maillon de prise en charge, **la fluidité et la graduation** du parcours dépendent de la connaissance par tous les acteurs (médecin traitant, spécialistes, réseau, associations usagers, conseils généraux...) des missions de chacun et de leurs critères de leur intervention (moment, sévérité de la maladie...).

S'il s'agit là aussi d'une mesure préalable à la formalisation du plan d'accompagnement personnalisé en ce qu'elle apporte la visibilité nécessaire pour prévoir les différentes étapes du parcours, la mesure contribue également, pendant l'accompagnement, à la rapidité de son adaptation en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Il est par ailleurs important que ces adaptations fassent l'objet d'un partage d'information entre les différents intervenants tout en faisant converger le suivi vers un acteur unique. L'idée est de privilégier la connaissance complète par le médecin traitant des orientations successives.

Il faut donc apporter les moyens à tous les professionnels de la prise en charge de malades chroniques de connaître et de reconnaître la place de l'autre dans le dispositif.

MESURE 3 : ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT AU VIEILLISSEMENT ET AU HANDICAP DES PATIENTS ATTEINTS DE MC

Les maladies chroniques pouvant être évolutives, l'accompagnement doit être adapté en fonction de l'état des patients. En cas de problème aigu de la maladie, le champ sanitaire doit permettre la prise en charge de l'épisode et les mesures 2 et 3 vont y contribuer.

Toutefois, les difficultés sont accrues dès lors que l'adaptation du parcours nécessite la mobilisation de dispositifs différents de ceux activés pour la prise en charge sanitaire stricto sensu. Le handicap et/ou le vieillissement des patients impliquent une réduction de l'autonomie qui mérite une considération et justifie un ajustement de l'accompagnement.

Or, cet ajustement semble laborieux à obtenir lorsqu'il s'agit de compléter la version sanitaire du parcours par un volet médico-social et professionnel (démarches APA, AAH, admission en institution ou service adaptés, adaptation des postes de travail).

**OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : EVITER LES RUPTURES DE PARCOURS EN FACILITANT LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DU CHAMP AMBULATOIRE**

MESURE 1 : ORGANISER L'INFORMATION ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques comprend systématiquement des phases, souvent longues, de suivi à domicile, l'hospitalisation ou les consultations spécialisées ne devant ponctuer le parcours qu'à certains moments clef de l'accompagnement.

De façon à ce que le patient puisse effectivement bénéficier d'un véritable suivi, hors milieu hospitalier, il est indispensable de donner aux professionnels de santé du champ ambulatoire les moyens d'opérer ce suivi. Précisément, ils doivent avoir l'information nécessaire en termes de dispositifs, structures, services et référentiels existants ; ils doivent également pouvoir être formés à l'ETP et l'annoncer de façon à gagner en qualité mais également en temps.

Par ailleurs, ces actions d'informations et de formations ont intérêt à s'organiser en « tronc communs » et à s'adresser à un maximum de professionnels ambulatoires susceptibles d'être un maillon de la chaîne prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

MESURE 2 ENCOURAGER LES EXPERIMENTATIONS RELATIVES AUX MODES DE COOPERATIONS PLURIDISCIPLINAIRES (notamment réseaux, maisons de santé/pôle de santé, équipe mobile, consultations avancées...)

La Lorraine comprend des secteurs où le déficit de démographie médicale et paramédicale lèse particulièrement la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en les contraignant à se déplacer ou à renoncer à certaines prestations ou services.

Les regroupements de professionnels, sous quelque forme que ce soit, sont une des solutions de compromis entre les intérêts des patients et les difficultés ressenties par les professionnels de santé libéraux exerçant en milieu rural.

En effet, les nouveaux modes de coopérations permettent à la fois de sécuriser et rendre plus confortable l'exercice des professionnels tout en maintenant une offre pluridisciplinaire de proximité.

**OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : ADAPTER LES ACTIONS DE PREVENTION AUX BESOINS**

COMPLETER L'OBSERVATION DES MALADIES CHRONIQUES ET L'ANALYSE DE LEURS CAUSES

La connaissance disponible en Lorraine sur les maladies chroniques est incomplète : on sait de quoi meurent les personnes mais on sait moins pourquoi elles ont contracté leur maladie.

Les éléments d'observation tiennent à l'histoire (bassins miniers et ferrifère au nord de la Lorraine, population rurale ...) et mériteraient d'être complétés par une étude actualisée et élargie aux comportements.

RENDRE LISIBLE L'ORGANISATION DES ACTEURS DE PREVENTION PRIMAIRE

Globalement, les actions de préventions primaires notamment sont nombreuses mais pas toujours coordonnées. Il peut en ressortir des redondances ou des carences.

Une fois les cibles prioritaires définies telles que préconisées précédemment, les acteurs de prévention primaires devront s'organiser pour se répartir les actions à mener en regard.



## Personnes âgées et personnes en situation de handicap

### Principaux éléments de diagnostic

Ce volet du premier schéma régional d'organisation médico sociale aborde de manière conjointe les thématiques des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : il s'agit pour ces deux populations de maintenir et développer leur autonomie, conformément à l'une des priorités fixées par le PSRS en Lorraine. Le problème commun est bien la perte d'autonomie, qu'elle soit induite par l'âge, un handicap ou une maladie chronique ; un certain nombre de mesures développées ci-dessous concernant aussi bien les personnes en situation de handicap que les personnes âgées : accès aux soins bucco dentaires en Ehpad et ESMS, soutien et formations des aidants, pour ne prendre que deux exemples parmi bien d'autres. De nombreux partenaires intervenant dans la mise en œuvre de ces mesures, dont les Conseils Généraux, sont communs aux deux champs.

Ce volet repose sur un état des lieux de la région Lorraine et de ses quatre territoires, destiné à asseoir la réflexion. Des fiches synthétiques pour la Lorraine et chacun des départements présentent ce bilan, complété par un état des lieux détaillé situé en annexe du texte.

Trois plans et un programme sont particulièrement structurants pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale, compte tenu de la période de validité du PRS (2011-2015) : le plan autisme, le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées, le plan solidarité grand âge et le plan Alzheimer. Il nous a paru important d'établir un bilan régional pour chacun de ces quatre thèmes de travail, venant là aussi en appui à la réflexion des groupes de travail.

Les objectifs opérationnels sont présentés sous forme de fiches, selon quatre axes thématiques (prévention, adaptation de l'offre, coordination des acteurs et qualité, comme cité précédemment). Les objectifs opérationnels ont fait l'objet d'une réflexion en transversalité, sur les champs de la prévention, du médicosocial et du sanitaire (dont le champ ambulatoire) : les mesures constituant les plans d'action peuvent ainsi relever d'un, deux ou même des trois champs, et concerner à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées.

Les objectifs opérationnels et les plans d'action qui leur sont attachés sont suivis de leur déclinaison territoriale qui préfigure, au moins pour certains, les travaux du PRIAC 2012.

#### 1. Principaux éléments de diagnostic

##### 1.1. Etat des lieux de la région Lorraine

##### Données démographiques et socio-économiques

Ces quelques indicateurs permettent de situer la région par rapport au territoire national, et de pointer les différences entre départements, par exemple en ce qui concerne les taux de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie pour les personnes âgées vivant à domicile, sans que ces écarts ne soient toujours explicables.

|                                                                         | France     | Lorraine  | Meurthe et Moselle | Meuse   | Moselle   | Vosges  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------------------|---------|-----------|---------|
| Population totale recensement 2006                                      | 61 399 541 | 2 335 694 | 725 302            | 193 696 | 1 036 721 | 379 975 |
| Densité                                                                 |            |           | 139                | 31      | 167       | 65      |
| +75 ans                                                                 | 8,3%       | 7,9%      | 7,8%               | 9%      | 7,2%      | 9,3%    |
| Population active (15-64 ans)                                           | 75,8%      | 75,2%     | 73,8%              | 76,7%   | 75,5%     | 76,3%   |
| Allocataires AAH (31/12/09)                                             | 2,5%       | 2,4%      | 2,2%               | 2,6%    | 2,5%      | 2,7%    |
| Allocataires AEH (31/12/2009)                                           | 1,01%      | 0,76%     | 0,84%              | 0,61%   | 0,69%     | 0,85%   |
| Bénéficiaires minimum vieillesse (31/12/09).                            | 3,1%       | 2,3%      | 2,5%               | 2,3%    | 2,2%      | 2,1%    |
| Bénéficiaires APA à domicile (pour 1000 pers de + de 75 ans) 31/12/2009 |            | 14,2%     | 18%                | 9,5%    | 14,7%     | 9,3%    |

### Aspects économiques

Les difficultés économiques n'ont pas épargné la Lorraine. Au début de la crise (juin 2008), le taux de chômage lorrain est de 7,5% contre 7,2% au niveau national. Deux ans plus tard, le taux de chômage lorrain est repassé au dessus de la barre des 10% et l'écart avec le niveau national (9,3%) s'est creusé. En juin 2008, 28 000 lorrains étaient à la recherche d'un emploi depuis plus d'un an ; deux ans plus tard, ils sont plus de 50 000.

### Pauvreté et précarité

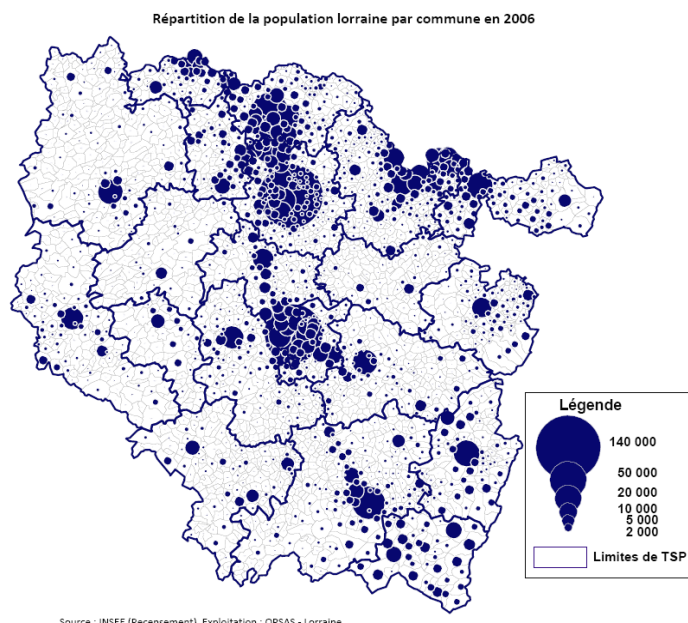
A défaut de bénéficier du recul suffisant pour mesurer les effets de la crise sur la pauvreté en Lorraine, il est plus que probable que la crise ait amplifié les phénomènes et constats existants. En 2007, le taux de pauvreté lorrain était supérieur au taux français : 13,9% contre 13,4%. De nombreuses enquêtes ont fait état de renoncements aux soins pour des raisons financières, et le problème du reste à charge pour les familles en Ehpad est maintenant central.

Les MDPH constatent une augmentation du nombre de dossiers de reconnaissance de travailleurs handicapés de la part de chômeurs en fin de droit.

Les travaux ont également mis en évidence les effets dévastateurs des handicaps sociaux se surajoutant aux handicaps physiques, intellectuels ou psychiques.

### Perspectives démographiques

Une part importante de la population lorraine est concentrée autour du « sillon lorrain », qui s'étend du massif des Vosges au sud, à la frontière luxembourgeoise au nord, sur un tracé passant par Épinal, Nancy, Metz et Thionville.



A l'horizon 2021, la population devrait continuer de croître dans trois départements lorrains. Seules les Vosges, où la baisse démographique est déjà amorcée, devrait voir sa population baisser dans la décennie prochaine.

Au 1er janvier 2008, 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% France entière. Cet écart défavorable à la Lorraine devrait aller en s'amplifiant : en 2030, la part des lorrains âgés de moins de 20 ans serait de 21,1%, soit 1,5 point de moins qu'au niveau national. La Lorraine est une région qui vieillira plus rapidement que l'ensemble des régions françaises : 8,4% des lorrains sont âgés de 75 ans et plus au 1er janvier 2008, contre 8,6% au niveau national. D'ici à 2030, la population de cette classe d'âge devrait augmenter de plus de 60% en Lorraine. Ainsi, en 2030, plus d'un lorrain sur huit sera âgé de 75 ans et plus.

### Etat de santé des lorrains

En Lorraine comme en France, les besoins de santé de la population sont aujourd'hui en augmentation, compte tenu notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Les causes de mortalité évitable diffèrent d'un département à l'autre :

|                                                                            | Meurthe et Moselle | Meuse        | Moselle      | Vosges       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Cancer du poumon</b> (en % des décès évitables)                         | <b>36,3%</b>       | <b>31,4%</b> | <b>36,2%</b> | <b>31,8%</b> |
| <b>Suicides</b><br>( en % des décès évitables)                             | <b>22,6%</b>       | <b>24,6%</b> | <b>19,6%</b> | <b>24,6%</b> |
| <b>Maladies cardio-vasculaires</b><br>(taux de mortalité pour 100 000 hab) | <b>226</b>         | <b>247</b>   | <b>246</b>   | <b>228</b>   |

Les données concernant l'espérance de vie à la naissance des Lorrains sont disponibles : elle était en 2007 de 76,3 ans pour les hommes, (77,5 au niveau national), et de 83,1 ans pour les femmes (84,3 au niveau national). Mais l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé est beaucoup plus difficile à approcher ; de même, le nombre de personnes en situation de handicap est principalement estimé à partir de taux de prévalence

Ainsi, la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une prévalence du handicap chez l'enfant autour **de 2 %** (CNTHRI) incluant les déficiences ou handicaps modérément sévères. Le handicap sévère représente 1 %.

Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui est une des principales causes de la perte d'autonomie fait l'objet d'observations croisées (études, admissions en ALD 15, détermination des GIR pour l'attribution de l'APA).

En 2005, il y avait en Lorraine 25100 patients de 75 ans et plus atteints de maladie d'Alzheimer (7900 en Meurthe et Moselle, 2600 en Meuse, 9200 en Moselle et 5400 dans les Vosges).

Les résultats de l'étude PAQUID, appliqués aux projections INSEE pour les patients de 75 ans et plus, portent ce nombre à 28900 en 2010, et à 31000 en 2015.

Sur le champ de l'addictologie, il faut également croiser différentes données : pathologies spécifiques (cancers, alcoolisme), interpellations pour infractions aux lois sur les stupéfiants, prescriptions de substances de substitution.

Ces indicateurs permettent de situer la Lorraine dans la moyenne nationale pour la consommation d'alcool, mais elle est au 2<sup>ème</sup> pour le taux de mortalité due au tabac.

La situation est encore plus préoccupante quant aux substances illicites : les 4 départements lorrains font partie du groupe des 9 départements qui présentent les plus forts taux d'interpellations pour infraction sur les stupéfiants et la vente de produits de substitution.

La situation frontalière de la Lorraine explique pour partie cette situation.

### **L'offre de santé et médico sociale**

La concentration de la moitié de la population régionale sur le sillon lorrain a entraîné une distribution de l'offre concentrée sur ce sillon, générant par là même une offre déficitaire sur quelques territoires.

Les métropoles lorraines proposent souvent une offre complète, qui explique partiellement le phénomène d'augmentation des demandes d'hébergement constatées sur les zones urbaines : accès aux professionnels, transports en commun, logements plus adaptés, proximité des enfants .....

Les habitants des zones rurales connaissent donc des difficultés supplémentaires, quel que soit le département: le déficit en professionnels libéraux et notamment en médecins spécialistes et généralistes, largement relayé par les médias, est aggravé par les difficultés à recruter des professionnels formés : ergothérapeutes et kinésithérapeutes, psychologues, infirmiers, aides-soignants et Aides Médico-Psychologiques...

Le territoire lorrain est de même assez inégalement couvert par des structures à vocation d'information, d'orientation et de coordination telles que CLICS et réseaux, les faibles ressources en personnels de la Meuse la desservant là encore.

Par ailleurs, l'attraction exercée par le niveau de salaires offert au Luxembourg conduit parfois à retarder l'ouverture de structures faute de personnels en zones frontalières.

Les taux d'équipement au 1<sup>er</sup> janvier 2010 font apparaître des taux d'équipement proches des moyennes nationales ; en l'absence des données nécessaires à cette évaluation, il est impossible de dire comment ces équipements répondent aux besoins, en terme quantitatif, qualitatifs et d'adaptation des services délivrés.

## ● Accueil enfance et jeunesse handicapées

Lits et places installés au 1.01.2010 par catégorie de clientèle - Taux d'équipement

Source : ARS - FINESS

| Déficiences                                                                                                                             | LORRAINE | Meurthe<br>-et-<br>Moselle | Meuse | Moselle | Vosges |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|-------|---------|--------|
| Déficients intellectuels                                                                                                                | 2 931    | 921                        | 218   | 1 288   | 504    |
| Polyhandicapés                                                                                                                          | 426      | 169                        | 18    | 182     | 57     |
| Déficients psychiques                                                                                                                   | 492      | 185                        | 74    | 177     | 56     |
| Déficients moteurs                                                                                                                      | 301      | 265                        | 0     | 36      | 0      |
| Déficients sensoriels                                                                                                                   | 375      | 243                        | 0     | 132     | 0      |
| Autres déficiences *                                                                                                                    | 131      | 0                          | 21    | 51      | 59     |
| Taux d'équipement global en lits-places d'enfants handicapés pour 1000 jeunes de moins de 20 ans                                        | 10,90    | 12,81                      | 10,51 | 10,18   | 9,34   |
| France métropolitaine au 1.01.2010<br>Taux d'équipement en lits, places d'enfants handicapés pour 1000 jeunes de moins de 20 ans : 9,11 |          |                            |       |         |        |

\* Maladies invalidantes de longue durée, épilepsies, troubles psychopathologiques ...

## ● Accueil des adultes handicapés

Taux d'équipement au 1.01.2010 : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

Source : ARS - FINESS

| Equipement                                                                                                                                                                                                    | LORRAINE | Meurthe<br>-et-<br>Moselle | Meuse | Moselle | Vosges |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|-------|---------|--------|
| Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)                                                                                                                                                       | 0,79     | 0,93                       | 1,07  | 0,69    | 0,67   |
| Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé                                                                                                                                                               | 0,45     | 0,29                       | 0,49  | 0,50    | 0,61   |
| Taux d'équipement en foyer de vie                                                                                                                                                                             | 0,99     | 1,19                       | 1,44  | 0,52    | 1,73   |
| Tx d'équipement en Etab et Service d'Aide par le Travail (ESAT)                                                                                                                                               | 3,96     | 3,95                       | 4,07  | 3,87    | 4,20   |
| France métropolitaine au 1.01.2010<br>Taux d'équipement en lits et places pour adultes handicapés<br>MAS : 0,64 lit    Foyer d'accueil médicalisé : 0,50 lit    Foyer de vie : 1,35 lit    ESAT : 3,35 places |          |                            |       |         |        |

Le maintien à domicile, qui répond aux souhaits des personnes âgées et handicapées, mérite d'être encore renforcé sur certains territoires : SSIAD, SESSAD, SAMSAH, ainsi que les structures de répit, pas toujours à proximité en milieu rural.

Les services d'aide à domicile en sont le complément indispensable.

Metz et Nancy concentrent la majorité des structures accueillant les personnes atteintes de déficits sensoriels, ou de handicaps moteurs lourds ou de polyhandicap, ainsi que le CMRR.

## ● Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2010 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : ARS - FINESS - SAE 2009

| Equipement                                                                                                                                                                            | LORRAINE | Meurthe<br>-et-<br>Moselle | Meuse | Moselle | Vosges |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|-------|---------|--------|
| Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits en maison de retraite, logements en logements-foyers, et lits en hébergement temporaire)             | 126,5    | 131,3                      | 115,6 | 110,9   | 157,8  |
| Taux d'équipement en places de services de soins à domicile                                                                                                                           | 18,5     | 18,2                       | 26,0  | 17,4    | 17,5   |
| Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EH PAD, lits de soins de longue durée)                                                                                                  | 102,9    | 100,5                      | 110,1 | 85,8    | 140,7  |
| France métropolitaine au 1.01.2010 - Taux d'équipement<br>en structures d'hébergement : 94,7 lits - en services de soins à domicile : 18,9 places<br>en lits médicalisés : 101,0 lits |          |                            |       |         |        |

Les actions de préventions sont portées par une multiplicité d'acteurs et leur recensement exhaustif est difficile ; les actions en milieu scolaire sont nombreuses.

## 1.2. Eléments de diagnostic territorial

### 1.2.1. Fiche de diagnostic territorial : département de la Meurthe et Moselle

726 594 habitants, soit 31% de la population lorraine.

#### Aspects économiques du département

Département lorrain le plus tertiarié (environ 80% de la valeur ajoutée produite).

Part des ouvriers dans la population active : 25,9% contre 30% au niveau régional.

En septembre 2010, un taux de chômage égal à 9,5% contre 10% au niveau régional.

Attractivité transfrontalière importante dans le nord du département.

Avec près de 8000 salariés, le CHU est le premier employeur de la région.

#### Pauvreté et précarité

Chômage de longue durée : en juin 2010, 34,5% des chômeurs sont demandeurs d'emploi depuis plus d'un an (35% au niveau régional).

Niveau de bas revenus (1er décile) proche du niveau régional (6513 contre 6540 en Lorraine).

Le revenu médian (17314 ) : 1er rang régional.

Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse supérieur à celui du niveau régional (3,5% contre 3,3%).

Pourcentage des bénéficiaires du RSA en Meurthe-et-Moselle supérieur à la moyenne régionale (4,6% contre 4,3%).

CMU : 8,6% (7,36% en Lorraine ; 5,7% au niveau national).

#### Perspectives démographiques

Une population qui continue d'augmenter (1er rang de la région), pas de baisse démographique avant 2030.

Département lorrain où la tendance au vieillissement est la moins marquée.

Dynamisme autour de Lunéville et du sud ouest Meurthe et Mosellan (+3% et + 5% sur la période 2006-2016), légère baisse de population sur le TSP de Nancy.

Dynamique moins marquée dans le nord du département.

Une densité de population importante : 139 hts/km<sup>2</sup>, mais subsistance de zones très rurales.

### Etat de santé des Meurthe et mosellans

Augmentation de l'espérance de vie à la naissance en Meurthe-et-Moselle qui suit l'amélioration nationale mais le classement reste défavorable :

- 77,1 ans pour les hommes (67ème rang des départements)

- 83,3 ans pour les femmes (82ème rang).

Le taux de mortalité standardisé (806 pour 100 000 hab. contre 750 au niveau France métropolitaine) est le taux départemental le plus bas de Lorraine.

Dans le TSP de Nancy, le taux de mortalité standardisé est comparable à celui du niveau national.

### Champ des personnes âgées

|                  | Nombre de lits ou places | Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et + |          |        |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|----------|--------|
|                  |                          | Meurthe-et-Moselle                              | Lorraine | France |
| EHPAD            | 5347                     | 88,6                                            | 92,3     | 93,1   |
| Logement-Foyer   | 2500                     | 41,4                                            | 28,9     | 26,4   |
| S.S.I.A.D.       | 1097                     | 18,2                                            | 18,5     | 19,1   |
| Places Alzheimer | 344                      | 5,7                                             | 6,4      | 6,2    |

au 01.01.2010

- **points forts** : existence d'un réseau de santé gériatrique sur chacun des territoires de santé de proximité, concordance des TSP avec les ressorts territoriaux des comités locaux d'information et de coordination (CLIC)

- la poursuite du renforcement des moyens dans les TSP insuffisamment équipés en établissements et services

- la poursuite de la diversification des modalités d'accueil : création d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

- mise en œuvre de plusieurs expérimentations sur les différents territoires, désormais confortées : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, équipe spécialisée Alzheimer en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), expérimentation d'une plateforme d'orientation en SSIAD

- réflexion organisée avec le Conseil Général sur le renforcement des coopérations entre les structures d'aide à domicile et les SSIAD.

### - points faibles :

- inégalités des territoires pour l'équipement existant et dans l'application du plan Alzheimer. Objectif intégré de corriger ces inégalités sur la durée du plan, en réservant des moyens de diversification des modes d'accueil pour chacun des territoires du département.

### TSP n°4 LONGWY

Territoire sous équipé en matière d'EHPAD et de SSIAD, mais dans lequel ont été récemment autorisées 318 places d'EHPAD supplémentaires. Une partie (169 places) est en cours de construction. Le pôle gériatrique de VILLERUPT constituera une filière gériatrique intégrée.

### TSP n° 3 BRIEY

Territoire sous-équipé en matière d'EHPAD, ne disposant par ailleurs plus d'unité de soins de longue durée (USLD). Les partenaires de la filière gériatrique du territoire sont une force de proposition reconnue de l'ARS.



**Champ du handicap**

| Etablissements pour enfants handicapés | Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans |          |        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Meurthe-et-Moselle                                    | Lorraine | France |
| Taux global                            | 12,81                                                 | 10,90    | 9,10   |

au 01/01/2010

| Etablissements pour adultes handicapés | Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans |          |        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Meurthe-et-Moselle                                 | Lorraine | France |
| Maison d'accueil spécialisée           | 0,93                                               | 0,79     | 0,64   |
| Foyer d'accueil médicalisé             | 0,29                                               | 0,45     | 0,51   |
| Foyer de vie                           | 1,19                                               | 0,99     | 1,34   |
| ESAT                                   | 3,95                                               | 3,96     | 3,35   |

au 01/01/2010

**Une offre médico-sociale de plus en plus diversifiée dans son mode d'accueil et d'intervention, dédiée à des besoins et des handicaps spécifiques.**

Création ou extension d'accueils de jour, accompagnement du vieillissement de la population via la médicalisation de foyer (ex : création du SAMSAH intervenant au foyer de Neuves Maisons), développement de foyer ou services pour des publics spécifiques (grands marginaux, autistes, étudiants) et de structures visant à développer l'autonomie de personnes lourdement handicapées, existence de 6 GEM (handicaps psychiques).

Des établissements médico-sociaux « ressources » à rayonnement régional voire interrégional : sensoriels (IJS, Santifontaine), moteur ou polyhandicap (Flavigny, Blamont).

Créations à venir d'EPI-Grand Est (OHS), offrant une prise en charge médico-sociale et sanitaire pluridisciplinaire et graduée aux personnes handicapées porteuses d'une épilepsie, à vocation régionale et interrégionale.

**Mais une offre à adapter aux besoins :**

Concentration de l'offre médico-sociale sur le Grand Nancy, des territoires sont déficitaires notamment en places de services (enfants ou adultes) accompagnant les personnes à domicile.

Nécessité de développer l'offre à destination des personnes et des enfants autistes par des requalifications de places et le développement de service pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire.

Des besoins forts mettent les établissements sensoriels en tension : besoin d'accompagnement en milieu ordinaire pour les TSL, les jeunes déficients sensoriels.

Coordination avec le secteur sanitaire et notamment psychiatrique à développer : les établissements adultes ou enfants rencontrent de plus en plus des difficultés dans la prise en charge de personnes souffrant de troubles du comportement et de la conduite et de troubles psychiatriques, plus particulièrement à l'adolescence

**TSP n° 16 NANCY**

Point forts:

Concentration de l'offre médico-sociale sur ce territoire urbain permettant l'accès à une palette d'établissements et services pour la population du TSP mais également plus largement de la région et au-delà.



Secteur à forte démographie médicale et paramédicale, accessibilité aux transports, proximité des établissements sanitaires (CHU, CPN...) facilitant le partenariat.

Point faibles :

Manque de structures à vocation départementale voire régionale, dédiées à des publics spécifiques, telles que les personnes cérébro-lésées.

Des établissements et services à vocation régionale (sensoriel) : une organisation régionale à construire (plus spécifiquement pour les TSL) permettant la coordination de l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de l'Education nationale.

### **TSP n° 3 BRIEY et 4 LONGWY**

Points forts :

Territoires ciblés comme prioritaires car déficitaires (PRIAC), des créations sont en cours (public TCC).

Points faibles :

Territoires excentrés : problème d'accès à des services ou établissements (exemple autisme : pas de places spécifiques en établissement ou en SESSAD), problématique des transports accrue (coût élevé impactant le budget des établissements, temps de trajet long pour un public vulnérable).

Difficultés de recrutement des professionnels entraînant des vacances de postes

Flux de population à évaluer vers la Moselle, la Meuse et la Belgique

### **TSP n°17 LUNEVILLOIS**

Point fort : création à venir d'une MAS pour autistes

Point faible : cf. synthèse départementale

### **TSP 15 VAL DE LORRAINE**

Points faibles : territoire déficitaire en offre médico-sociale (établissement et services pour enfant)

Points forts : relatives proximité et attractivité des pôles de Nancy et Metz permettant l'accès aux plateaux techniques

### **TSP 14 Sud Ouest 54**

Points forts : projet à vocation régionale à destination du public épileptique sera implanté sur le Toulois (Epi Grand Est)

Points faibles :

Offre médico-sociale peu développée pour les enfants et les adultes notamment en service.

Manque d'offre à destination de personnes handicapées psychiques

## **3.1.2.2. Fiche de diagnostic territorial : département de la Meuse**

193 964 habitants, soit 8% de la population lorraine.

### **Aspects économiques du département**

Département lorrain peu tertiairisé (environ 2/3 de la valeur ajoutée produite contre 80% en Meurthe-et-Moselle).

Relative faiblesse du tertiaire marchand et poids de l'agriculture.

Part des ouvriers dans la population active : 32,5% contre 30% au niveau régional.

En septembre 2010, un taux de chômage égal à 10,6% contre 10% au niveau régional : 1er rang régional.

Attractivité transfrontalière très localisée dans le nord du département (canton de Montmédy).

## Pauvreté et précarité

Chômage de longue durée : en juin 2010, 36,7% des chômeurs sont demandeurs d'emploi depuis plus d'un an (35% au niveau régional).

Niveau de bas revenus (1er décile) : 6681 contre 6540 en Lorraine.

Le revenu médian (15958 ) : dernier rang régional.

Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse supérieur à celui du niveau régional (3,7% contre 3,3%) : premier rang régional.

Pourcentage des bénéficiaires du RSA en Meuse supérieur à la moyenne régionale (4,6% contre 4,3%).

CMU : 8% (7,36% en Lorraine contre 5,7% au niveau national).

## Perspectives démographiques

Pas de baisse démographique prévue avant 2030.

Une augmentation de population localisée : dynamisme au Nord du département (+3.2% sur la période 2006-2016 dans le TSP de Verdun).

Baisse dans les TSP du Barrois et du Val de Meuse.

Une population vieillissante : la part des 75 ans et plus passera de 9% en 2006 à 13.3% en 2031.

La faible densité de population du département (31 habitants/km<sup>2</sup>) est une caractéristique importante : Département rural, avec une problématique forte au regard de la démographie médicale et paramédicale insuffisante.

Ruralité et prise en charge des coûts de transports : à prendre en considération.

Les directions d'établissements médico-sociaux sont également difficilement pourvues et nécessitent une mutualisation des moyens.

Densité des professionnels de santé : l'offre en Meuse est nettement moins satisfaisante qu'au plan régional et national.

## Etat de santé des meusiens

Augmentation de l'espérance de vie à la naissance en Meuse qui suit l'amélioration nationale mais le classement reste défavorable :

- 76,2 ans pour les hommes (dans le dernier tiers des départements)

- 83 ans pour les femmes (dans le dernier tiers des départements).

Le taux de mortalité standardisé (873 pour 100 000 hab. contre 750 au niveau France métropolitaine) est le taux départemental le plus élevé de Lorraine.

Maladies cardio-vasculaires : taux de mortalité standardisé (247 pour 100 000 hab.) : le plus fort des départements lorrains.

## Champ des personnes âgées

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont fortement représentées. La Meuse se caractérise par un vieillissement moins rapide que ses voisins lorrains et champardennais.

**CLICs** : seuls les territoires de Bar le Duc et Verdun sont pourvus.

Les liens avec les usagers et les professionnels de santé sont assurés par 27 Instances Locales de Coordination Gériatrique, qui ont un statut associatif, et les Unités Territoriales d'Action Sociale du Conseil Général (4 UTAS, Bar le Duc, Commercy, Verdun et Stenay).

Un réseau gériatrique sur le Sud Meusien, pas de MAIA.

**Offre de soins psychiatriques:**

Nombre de lits en psychiatrie adultes particulièrement important. Répartition homogène des structures extrahospitalières dans le Sud Meusien contrairement au Nord où elles sont concentrées sur Verdun et Montmédy.

Pas de lits en psychiatrie infanto-juvénile mais projet d'ouverture en 2011 de 8 lits à l'hôpital de Verdun.

Démographie des psychiatres catastrophique.

**Offre de soins SSR:**

Taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

SSR : mention spécialisée PA polypathologiques à Bar-le Duc et Verdun.

**Des organisations dont l'efficience reste à améliorer :**

Alternatives à l'hospitalisation à développer : HAD, HDJ, chirurgie ambulatoire.

Filières de soins gériatriques à développer et optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de + 75 ans).

Partition USLD : 136 lits subsistent après partition ; le taux d'équipement est de 7,63 pour 1000 PA de + de 75 ans en 2007, soit le + élevé de la région.

**Secteur médico-social (au 01/01/2010)**

|                  | Nombre de lits ou places | Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et + |          |        |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|----------|--------|
|                  |                          | Meuse                                           | Lorraine | France |
| E.H.P.A.D.       | 1685                     | 92,6                                            | 92,3     | 93,1   |
| Logement-Foyer   | 349                      | 19,2                                            | 28,9     | 26,4   |
| S.S.I.A.D.       | 473                      | 26,0                                            | 18,5     | 19,1   |
| Places Alzheimer | 63                       | 3,5                                             | 6,4      | 6,2    |

**SSIAD** : Un taux d'équipement en SSIAD supérieur à la moyenne nationale. Une coordination très souvent mise en place avec les services d'aide à domicile.

Par ailleurs l'HAD est de plus en plus souvent sollicitée, des conventions sont ainsi établies.

**Une ESA** fonctionne à Ancerville, ouverture depuis octobre 2010.

**Les structures Alzheimer (UHR, PASA)** peinent à s'installer.

Toutefois plusieurs établissements meusiens répartis sur le territoire accueillent des personnes atteintes de maladies Alzheimer ou pathologies apparentées au sein d'unités de vie protégée.

**Foyers Logements** : Les personnes âgées sont attirées par le confort et la sécurité d'une structure collective tout en se préservant un espace personnel. Actuellement il n'existe aucun foyer logement au nord de Verdun.

**EHPAD - USLD :**

Taux d'équipement en lits médicalisés dans la moyenne supérieure pour les EHPAD.

Toutefois, les taux d'équipement sur le territoire meusien révèlent des disparités, ainsi le centre et le nord-est du département ne sont pas pourvus en EHPAD (appel à projet de 41 places pour 2012).

Le taux d'occupation des établissements est supérieur à 97% en moyenne.

Les EHPAD meusiens accueillent un nombre non négligeable de non Meusiens.

Les résidents (EHPAD et USLD confondus) présentent un niveau de dépendance relativement fort (GMP à 702).

Un seul établissement privé à but lucratif sur le département sur 21 EHPAD. Son taux d'occupation demeure élevé malgré un tarif journalier supérieur à ceux des établissements publics.

**AJ et HT** : alternatives à l'hébergement permanent.

Des disparités en termes d'offre sur le territoire meusien : ainsi sur le secteur de Bar le duc, il n'existe pas d'accueil de jour. Depuis Octobre 2010, le premier accueil de jour autonome de 12 places sur le département s'est ouvert à Ancerville.

**Qualité de la prise en charge en établissement** : actions de formation à l'attention du personnel entreprises par de nombreux établissements et services, généralisation du projet de vie et de soins de la personne contribuent à l'amélioration de la prise en charge.

Besoin de travailler sur la bientraitance en EHPAD.

**Personnes handicapées vieillissantes** : ces personnes constituent une population spécifique qui nécessite une prise en charge particulière. La situation est particulièrement tendue dans 4 établissements meusiens (Ligny, Vaucouleurs, Etain, Stenay).

### Champ du handicap

Schéma départemental pour les personnes en situation de handicap et schéma départemental de l'enfance sont en cours d'élaboration.

Insuffisante connaissance des besoins.

Une problématique de démographie des professionnels de santé particulièrement aigue : manque de pédopsychiatres, de paramédicaux...

Délais d'attente très importants (TSL, CAMSP, CMPP, Psychiatrie Infanto-juvénile).

Un accès au diagnostic et à l'évaluation précoce à renforcer (entre autres, DYS, TCC...).

Réflexion à mener sur les prises en charge des enfants de 4 à 6 ans présentant des Troubles du Comportement et de la Conduite (coordination des structures).

Un équipement en structures et services pour les enfants et adultes handicapés diversifié selon les types de handicap et globalement supérieur au niveau national mais inférieur au niveau lorrain.

| Etablissements pour enfants handicapés | Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans |          |        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Meuse                                                 | Lorraine | France |
| Taux global                            | 10,51                                                 | 10,90    | 9,10   |

au 01/01/2010

A noter la proximité et l'attractivité de la Belgique, et les bonnes coopérations avec l'établissement de Saint-Mard.

La ruralité et la prise en charge des coûts de transports sont à prendre en considération dans les réflexions.

L'adaptation de l'offre pour accompagner la scolarisation en milieu ordinaire a été menée à son terme.

Persistent un repérage et un accompagnement des jeunes en décrochage scolaire insuffisants.

Un projet prioritaire est identifié : la création d'une structure pour adolescents avec troubles du comportement très sévères.

## Absence de SESSAD Autistes

| Etablissements pour adultes handicapés | Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans |          |        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Meuse                                              | Lorraine | France |
| Maison d'accueil spécialisée           | 1,07                                               | 0,79     | 0,64   |
| Foyer d'accueil médicalisé             | 0,49                                               | 0,45     | 0,51   |
| Foyer de vie                           | 1,44                                               | 0,99     | 1,34   |
| ESAT                                   | 4,07                                               | 3,96     | 3,35   |

au 01/01/2010

A souligner :

- Absence de SAMSAH, de SACAT.
- Insuffisance de SAVS.
- Insuffisance de places en Foyer Occupationnel et FAM.
- Rupture des prises en charge à certains âges : 16 ans, 18 ans et 20 ans.
- Accompagnement de jeunes adultes sortant d'IMPRO n'ayant pas de places en ESAT ou structures d'accueil.

Une priorité est partagée avec le conseil général pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (appel à projet 2011 pour 23 places).

**Offre de soins psychiatrique :**

La prise en charge infanto juvénile est à conforter.

L'offre de soins hospitalière satisfaisante mais une grande proportion de patients adultes relève de prise en charge en structure médico sociale ou sociale.

A noter l'ouverture prévue de la MAS pour handicapés psychiques en fin d'année 2011 (21 places).

**1.2.3. Fiche de diagnostic territorial : département de la Moselle**

1 039 018 habitants, soit 44% de la population lorraine.

**Aspects économiques du département**

Une économie tertiaire où l'industrie est encore présente : elle représente encore environ 20% de la valeur ajoutée produite en Moselle.

Part des ouvriers dans la population active : 30,5% contre 24,6% au niveau national.

En septembre 2010, un taux de chômage de 10%, comparable au niveau régional et 0,7 point au dessus du niveau national.

Attractivité transfrontalière très importante dans le nord du département :

- surtout concentrée sur l'axe Thionville - Frontière luxembourgeoise
- travail transfrontalier en baisse vers l'Allemagne.

## Pauvreté et précarité

Chômage de longue durée : en juin 2010, 33,7% des chômeurs sont demandeurs d'emploi depuis plus d'un an (35% au niveau régional).

Niveau de bas revenus (1er décile) inférieur au niveau régional (6445 contre 6540 en Lorraine).

Le revenu médian (16803 ) : 2ème rang régional après la Meurthe-et-Moselle.

Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse inférieur à celui du niveau régional (3,1% contre 3,3%).

Pourcentage des bénéficiaires du RSA en Moselle inférieur à la moyenne régionale (4,0% contre 4,3%).

CMU : 6,2% (7,36% en Lorraine ; 5,7% au niveau national).

Concernant l'accès aux soins des populations précaires, le territoire est globalement couvert par les PASS, sauf pour ce qui concerne l'Est Mosellan, (Bassin Houiller, alors que ce secteur comprend une population précaire importante, et territoire de Sarreguemines).

Une problématique spécifique, et particulièrement sur les territoires de Thionville et de Metz, concerne la situation des « travailleurs immigrés vieillissants » hébergés en résidences sociales. Pour ces personnes, l'accès aux dispositifs de droit commun (EHPAD, accès aux soins, intervention des SSIAD...) est complexe compte tenu du contexte culturel et de l'hébergement non adapté à la prise en charge de la dépendance, souvent multi pathologique.

## Perspectives démographiques

Une population qui continue d'augmenter jusqu'en 2021, puis baisse.

Le plus fort taux de croissance de la population âgée et très âgée des 4 territoires de santé lorrains.

Dynamisme autour de Thionville : + 3.5% sur la période 2006-2016, légère hausse de population sur le TSP de Metz.

Recul marqué dans le TSP du bassin houiller (- 1.6% sur la période 2006-2016).

Densité de population : 167 de loin la plus élevée de la région

Densité de professionnels paramédicaux dans la moyenne régionale, la plus élevée et égale à la moyenne en ce qui concerne les infirmiers libéraux.

Une densité en médecins libéraux inférieure au niveau régional, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, à relativiser par la présence des centres de santé miniers en Moselle, dont la réorganisation est en cours.

Des difficultés de recrutement d'aide soignant qui compromettent les créations de SSIAD ou la bonne prise en charge des personnes accueillies en EHPAD surtout à proximité de la frontière luxembourgeoise.

## Etat de santé des mosellans

Augmentation de l'espérance de vie à la naissance en Moselle qui suit l'amélioration nationale mais le classement reste défavorable :

- 76,8 ans pour les hommes (71ème rang des départements)

- 83,1 ans pour les femmes (86ème rang).

**Le taux de mortalité standardisé** (853 pour 100 000 hab. contre 750 au niveau France métropolitaine) derrière la Meurthe-et-Moselle (806) et les Vosges (833)

Dans le TSP de Metz, le taux de mortalité standardisé est le plus bas du département.

TSP de Sarreguemines et du Saulnois : taux parmi les plus élevés de la région.

## Champ des personnes âgées

La Moselle se caractérise par le plus fort taux de vieillissement attendu des 4 départements.

Un bon maillage du territoire par 11 **CLICS** et 5 **réseaux**.

Une MAIA qui se mettra en place au 2ème semestre 2011 sur le sillon Metz et Thionville et dont le porteur est le Conseil Général de Moselle.

Une **offre sanitaire** structurée en deux axes :

- Les établissements de Metz-Thionville sur le sillon lorrain
- Le bassin houiller, qui connaît un besoin de restructuration conséquent et le territoire de Sarreguemines.

Attractivité des établissements de l'Alsace et l'Allemagne.

**Offre psychiatrique** maillant le territoire avec 3 centres hospitaliers spécialisés publics, une structure privée, et 2 services de psychiatrie dans deux établissements MCO.

**SSR** : 6 mentions spécialisées PA polypathologiques

Des organisations dont l'**efficience** reste à améliorer au regard :

- de la part faible de la chirurgie ambulatoire
- des filières de soins gériatriques qui restent à développer et optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de + 75 ans).

Partition USLD : 465 lits subsistent après la partition, le taux d'équipement est de 5,98 lits pour 1000 PA de + de 75 ans en 2007, confortés au 01/12/2010 par 30 places à Charleville sous Bois.

### Secteur médico-social

La Moselle se distingue par une offre quasi majoritaire d'établissements non lucratifs. On compte 3 établissements privés lucratifs sur 110 établissements pour personnes âgées.

|                  | Nombre de lits ou places | Taux d'équipement pour 1000 hab. de 75 ans et + |          |        |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|----------|--------|
|                  |                          | Moselle                                         | Lorraine | France |
| EHPAD            | 6028                     | 75,4                                            | 92,3     | 93,1   |
| Logement-Foyer   | 2221                     | 27,8                                            | 28,9     | 26,4   |
| S.S.I.A.D.       | 1391                     | 17,4                                            | 18,5     | 19,1   |
| Places Alzheimer | 493                      | 6,2                                             | 6,4      | 6,2    |

au 01.01.2010

**SSIAD** : la plus faible densité de la région, avec des difficultés de recrutement de personnels à la frontière luxembourgeoise

**2 ESA** : 1 sur le territoire de Metz et 1 sur celui de Sarreguemines (ouverture programmée le 1er septembre 2011)

2 en projet pour 2011-2012, 6 à terme.

**Les structures Alzheimer** (UHR, PASA) s'installent lentement en raison de capacité moyenne à 65 lits dont certaines sont pourvues d'unité Alzheimer.

### EHPAD / USLD

Taux d'équipement en places installées le plus faible de la région, mais environ 1000 places supplémentaires sont financées, autorisées et en cours de construction.

Restructuration des ex-places d'USLD en cours.

Un taux d'occupation proche de 95 % en EHPAD

Un GMP de 650 environ

Une DMS de 3 ans

Un âge d'entrée en établissement de 85 ans.



**Accueils de jour** : travail conjoint avec le Conseil Général très avancé pour se conformer aux seuils de capacités minimales préconisés. Le dispositif a déterminé une plateforme de 10 lits par territoire et des structures de 6 places pour conserver une proximité de l'offre en adéquation avec les besoins.

La même démarche va être entreprise pour les structures d'hébergement temporaire.

**Qualité de la prise en charge en établissement** (et en lien avec les objectifs GDR) : il est envisagé de développer les offres (Hébergement Temporaire-PASA-Accueil de Jour,...) avec des compétences para médicales diversifiées : kiné+ergo+orthophoniste+art-thérapeute+AMP+animation à visée thérapeutique.

Informatisation des dossiers de soins pour une plus grande efficacité de la prise en charge des personnes âgées.

Formation du personnel aux bonnes pratiques de soins et à l'humanité.

Lutte contre les faits de maltraitance.

**Parents vieillissants et enfants handicapés** : une réflexion va être menée avec le CG pour adapter l'offre au besoin dans un contexte réglementaire non prévu.

### Champ du handicap

| Etablissements pour enfants handicapés | Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans |          |        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Moselle                                               | Lorraine | France |
| Taux global                            | 10,18                                                 | 10,90    | 9,10   |

au 01/01/2010

| Etablissements pour adultes handicapés | Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans |          |        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Moselle                                            | Lorraine | France |
| Maison d'accueil spécialisée           | 0,69                                               | 0,79     | 0,64   |
| Foyer d'accueil médicalisé             | 0,50                                               | 0,45     | 0,51   |
| Foyer de vie                           | 0,52                                               | 0,99     | 1,34   |
| ESAT                                   | 3,87                                               | 3,96     | 3,35   |

au 01/01/2010

### Insuffisante connaissance des besoins.

#### Restructuration des IME en projet.

D'après les données des établissements, le taux d'occupation est globalement faible pour les ITEP/IME avec un taux d'occupation moyen en 2009 pour la Moselle de 78% pour le semi internat et 77% pour l'internat (pas de modification substantielle en 2010) mais avec surtout des écarts importants entre les établissements (3 établissements à – de 60 %).

Ces données doivent tenir compte également des constats suivants :

- le constat de sous occupation ne concerne pas les ITEP : constat corroboré par les données de la MDPH relatives à la pression de la demande (sur les 89 enfants en attente de places au 1/06/2011 en établissements, 40 avaient une orientation vers un établissement TCC, donc ITEP).
- du fait d'un défaut de places suffisantes en établissements adultes (FAS, FAM, MAS, ESAT), toujours d'après les données de la MDPH, 163 jeunes adultes relevant de l'amendement Creton sont maintenus en établissements au 01/06/2011, ce qui une fois encore, majore (de plus de 10%) les TO des IME.

A l'inverse, le taux d'occupation en **SESSAD** est supérieur à 100 %.

Ces données plaident par conséquent pour un redéploiement important de places d'IME en SESSAD notamment.



De même, le dimensionnement et l'équilibre de places d'internat et de semi-internat en IME doit faire l'objet d'une réflexion. Beaucoup de places d'internat sont localisées sur le sud du département, éloignées des zones urbaines.

Un **équipement en structures et services** pour les enfants et adultes handicapés diversifié selon les types de handicap et globalement > niveau national (mais nombre de places en foyers de vie inférieur au niveau national).

Un équipement qui doit encore être adapté aux **besoins spécifiques** (enfants avec troubles du comportement, autistes, cérébrolésés, handicap psychique, vieillissement des personnes handicapées) ainsi qu'à leur choix de vie : accompagnement à domicile.

En projet : 1 FAM pour handicapés psy et un SAMSAH (le 1<sup>er</sup> du département).

Le retard en places d'**ESAT** se comble au fil des années même si d'après les données MDPH, au 1/11/2009, 997 personnes étaient en attente de place d'ESAT.

#### 1.2.4. Fiche de diagnostic territorial : département des Vosges

380 301 habitants, soit 16.3% de la population lorraine.

##### Aspects économiques du département

Département lorrain le moins tertiairisé (65,5% de la valeur ajoutée produite contre 80% en Meurthe-et-Moselle).

Activités développées autour du bois (Pôle Bois) mais également le tourisme et le thermalisme.

Part des ouvriers dans la population active : 35,2% contre 30% au niveau régional : niveau régional le plus élevé.

En septembre 2010, un taux de chômage égal à 10,5% contre 10% au niveau régional.

Chômage de longue durée : en juin 2010, 38,5% des chômeurs sont demandeurs d'emploi depuis plus d'un an (35% au niveau régional) : taux le plus élevé de la région.

##### Pauvreté et précarité

Niveau de bas revenus (1er décile) : 6766 contre 6540 en Lorraine : 1er rang régional.

Le revenu médian : 16061 contre 16743 au niveau régional.

Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse presque égal au niveau régional (3,4% contre 3,3%).

Pourcentage des bénéficiaires du RSA dans les Vosges égal à la moyenne régionale (4,3%).

CMU : 8% (7,36% en Lorraine ; 5,7% au niveau national).

##### Perspectives démographiques

Un déclin démographique déjà amorcé, avec de forts contrastes infra départementaux.

Seul département lorrain dont la population décroît sur la période 1999-2006.

Forte baisse sur la période 2006-2016 dans les TSP de Remiremont et Neufchâteau, baisse de population moins marquée dans le TSP d'Epinal.

Département lorrain où la part des seniors est la plus importante, aujourd'hui et en projection.

Une densité de population très faible: 32.9 hts/km<sup>2</sup>

Ressources en personnels médicaux et paramédicaux inférieures à la moyenne régionale.

Région montagneuse et problèmes de transports et communications entre les vallées.

##### Etat de santé des vosgiens

Augmentation de l'espérance de vie à la naissance dans les Vosges qui suit l'amélioration nationale mais le classement reste défavorable :

- 76 ans pour les hommes (dans le dernier tiers des départements)

- 83,5 ans pour les femmes (dans le dernier tiers des départements)

Le taux de mortalité standardisé (833 pour 100 000 hab. contre 750 au niveau France métropolitaine), derrière la Meurthe-et-Moselle où le taux de mortalité est le moins élevé de la région.

### Champ des personnes âgées

Département lorrain où les plus de 75 ans sont les plus représentés.

Très bon maillage du territoire par **6 CLICS** correspondant aux territoires d'action gérontologique du conseil général, dotés d'équipe pluridisciplinaires  
Bonne coordination avec la CARSAT.

Absence de **réseau gérontologique** (réflexion en cours).

Pas de **MAIA**

**Offre psychiatrique** extra hospitalière (CMP pour personnes âgées) et en SSR satisfaisante (2 SSR spécialisé avec mention PA polypathologiques)

Des organisations dont **l'efficience** reste à améliorer :

- Alternatives à l'hospitalisation à développer : HAD, HDJ, chirurgie ambulatoire
- Filières de soins gériatriques à développer et optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de + 75 ans)

### Secteur médico-social :

|                  | Nombre de lits ou places | Taux d'équipement pour |          |        |
|------------------|--------------------------|------------------------|----------|--------|
|                  |                          | Vosges                 | Lorraine | France |
| E.H.P.A.D.       | 4976                     | 135,3                  | 92,3     | 93,1   |
| Logement-Foyer   | 581                      | 15,8                   | 28,9     | 26,4   |
| S.S.I.A.D.       | 643                      | 17,5                   | 18,5     | 19,1   |
| Places Alzheimer | 422                      | 11,5                   | 6,4      | 6,2    |

au 01/01/2010

**SSIAD** : taux inférieur à la moyenne régionale, mais bonne couverture territoriale.

Une **ESA** dans l'Ouest Vosgien.

### Structures Alzheimer :

Difficulté d'installation des UHR, les PASA s'installent.

**Foyers logements** et habitats intermédiaires peu développés.

### EHPAD / USLD :

Partition des USLD : 160 lits subsistent après partition ; le taux d'équipement est de 4,44 pour 1000 personnes âgées de + de 75 ans en 2007, soit le plus faible de la région.

Taux d'équipement en EHPAD le + élevé de la région.

Politique volontariste du conseil général pour restructurer et adapter les EHPAD : réduction du nombre de chambres à 2 lits, aménagement d'UVP qui en font de loin le département le mieux équipé.

Déport des demandes vers les zones urbaines et notamment EPINAL.

Taux d'occupation : 98%

GMP : 680 (moyenne départementale GMP le plus haut = 734 / GMP le plus bas = 571).

**AJ et HT** : taux d'occupation moyen autour de 40% (le taux le plus haut : 98%, le taux le plus faible : 13%). A noter que la connaissance de ce taux a été connue suite à une enquête élaborée par le CG 88 sous forme de questionnaire. Ce taux semble être plus en adéquation avec la réalité de terrain et plus cohérent aux simples remontées demandées par l'ARS DT 88 lors de l'enquête DGCS. A noter cependant, qu'à ce jour, les établissements mettent en œuvre une information auprès du public et travaillent avec les professionnels de santé aux fins de proposer ce dispositif, notamment en termes de répit.

Réflexion en cours sur la taille des accueils de jour et les regroupements possibles

**Qualité de la prise en charge** : Depuis 2005, le Conseil Général des Vosges s'est engagé dans une politique de rénovation et de modernisation des structures d'accueil pour personnes âgées, s'inscrivant dans une démarche de qualité corroborée par l'évaluation faite lors des renouvellements de convention tripartite. Néanmoins, subsistent quelques établissements, notamment ceux rattachés au secteur sanitaire, n'ayant pu bénéficier de cette politique, faute de financement sur le volet hospitalier.

**Personnes handicapées vieillissantes** : le plus fort taux de moins de 60 ans en EHPAD de la région. Le CG 88 en partenariat avec l'ARS DT 88, a développé des projets innovants de prise en charge des PHV. Il a ainsi créé sur le secteur de Bruyères une structuration FAS/EHPAD permettant un accueil des « enfants » de personnes âgées nécessitant une entrée en EHPAD. Par ailleurs, une réflexion est menée sur la médicalisation de FAS sur certains territoires.

### Champ du handicap

On relève une insuffisante connaissance des besoins.

| Etablissements pour enfants handicapés | Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans |          |        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Vosges                                                | Lorraine | France |
| Taux global                            | 9,34                                                  | 10,90    | 9,10   |

au 01/01/2010

Le CAMSP et ses 3 antennes couvrent tout le département (voire les départements limitrophes).

| Etablissements pour adultes handicapés | Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans |          |        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--------|
|                                        | Vosges                                             | Lorraine | France |
| Maison d'accueil spécialisée           | 0,67                                               | 0,79     | 0,64   |
| Foyer d'accueil médicalisé             | 0,61                                               | 0,45     | 0,51   |
| Foyer de vie                           | 1,73                                               | 0,99     | 1,34   |
| ESAT                                   | 4,20                                               | 3,96     | 3,35   |

Au 01/01/2010.

Un équipement en structures et services pour les enfants et adultes handicapés diversifié selon les types de handicap et globalement > niveau national.

Un équipement qui doit encore être adapté aux besoins spécifiques (enfants avec troubles du comportement, autistes, cérébrolésés, handicap psychique, vieillissement des personnes handicapées) ainsi qu'à leur choix de vie : accompagnement à domicile.

### Points forts :

En termes de diagnostic : couverture départementale du CAMSP.

Prise en charge institutionnelle et services

- Taux d'équipement proches des niveaux nationaux mais avec des disparités (TSP) – des places et services en cours d'installation
- Existence de projet innovants SSAD Handas (pourrait être positionnée comme une structure de suivi d'aval du CAMSP).

**Points faibles :**

- Intégration en milieu ordinaire (accueil des enfants en crèche....)
- Manque de places permanente et AJ, et services (MAS/SESSAD/SAMSAH) –
- Cela en dépit des redéploiements qui ont été effectués
- Démographie médicale (notamment en secteur psy)
- Manque de coordination entre les différents acteurs
- Difficulté de la prise en charge hospitalière
- Le maintien à domicile.

**1.3. Fiches de diagnostic : les thématiques structurantes du SROMS**

**1.3.1. Le plan autisme 2008-2011**

Le premier plan Autisme 2005-2007 avait permis:

- ⌚ la création de 2 600 places en établissements et services spécifiquement dédiés aux personnes autistes
- ⌚ la création dans chaque région d'un centre de ressource autisme
- ⌚ l'organisation de la prise en charge sanitaire autour des équipes de psychiatrie de proximité et des unités spécialisées chargées du diagnostic
- ⌚ l'élaboration de recommandations professionnelles pour le dépistage et le diagnostic infantile
- ⌚ l'amorce d'une réflexion scientifique, à l'instar d'autres pays sur les interventions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques
- ⌚ la mise en place d'instances nationales consultatives de pilotage de la politique de l'autisme

Mais son évaluation avait mis également en évidence la difficulté de la prise en charge, de l'élaboration du diagnostic, de l'insertion dans la vie notamment scolaire, encourageant les familles désarmées à avoir recours à des démarches empiriques ou à des interventions qui n'étaient pas encore expertisées.

Le deuxième plan autisme 2008-2010, prolongé jusqu'en 2011, souhaite y apporter des réponses en responsabilisant les champs éducatifs, pédagogiques, sanitaires et médicaux, avec 30 mesures autour de 3 axes:

- ⌚ **Axe 1 :** Mieux connaître pour mieux former, mettant l'accent sur la connaissance de la maladie et sur sa diffusion auprès des professionnels.
- ⌚ **Axe 2 :** Mieux repérer pour mieux accompagner avec un objectif de 4100 places en établissements ou services jusqu'à 2012, mais aussi 14 mesures regroupées sous 3 objectifs, améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic, mieux orienter les personnes autistes et leur famille, favoriser la vie ordinaire à tous les âges de la vie.
- ⌚ **Axe 3 :** Diversifier les approches pour promouvoir des approches thérapeutiques novatrices.

## L'évaluation de la mise en œuvre du plan en Lorraine

| Axe                                        | Objectifs                                                                                                       | Mesures                                                                                                                      | Réalisations en Lorraine                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AXE 1 : MIEUX CONNAITRE POUR MIEUX FORMER  | Objectif 1 : Elaborer et actualiser corpus de connaissance sur l'autisme                                        | Mesure 1 : élaborer un corpus de connaissance commun sur l'autisme                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 2 : épidémiologie de l'autisme et des TED                                                                             | la région ne dispose que de taux de prévalence                                                                                                                                                                                        |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 3 : développer la recherche en matière d'autisme                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            | Objectif 2 : améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles                                | Mesure 4 : diffuser le socle commun de connaissance sur l'autisme. Rôle du CRA pour la diffusion des outils de communication | Rôle du CRA pour la diffusion des outils de communication                                                                                                                                                                             |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 5 : développer des formations de formateurs                                                                           | Formation de formateurs au corpus commun de connaissances en cours (avril 2012)                                                                                                                                                       |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 6 : actualiser la formation initiale de l'ensemble des acteurs                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 7 : actualiser la formation continue de l'ensemble des acteurs                                                        | repris dans le cadre des travaux du SROMS                                                                                                                                                                                             |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 8 : faire évoluer les métiers : développement de nouvelles fonctions : accompagnant psycho-éducatif, job coach...     |                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            | Objectif 3 : définir des critères de qualité des pratiques professionnelles en direction des personnes autistes | Mesure 9 : recommandations de pratique professionnelle par HAS et ANESM                                                      | Le responsable médical du CRA contribue au groupe de travail                                                                                                                                                                          |
| AXE 2 MIEUX REPERER POUR MIEUX ACCOMPAGNER | Objectif 4 : Améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic                                        | Mesure 10 : développer le diagnostic précoce chez l'enfant                                                                   | différence de pratiquement 1 an sur les enfants diagnostiqués autistes en fonction du territoire                                                                                                                                      |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 11 : faire élaborer des recommandations relatives au diagnostic et à l'évaluation de l'adulte.                        | La problématique de l'évaluation de l'adulte soulignée par les groupes de travail. Projet CRA de 2 équipes mobiles pluri professionnelles                                                                                             |
|                                            | Objectif 5 : Mieux orienter les personnes autistes                                                              | Mesure 12 : conforter l'action des centres de ressource pour l'autisme afin de renforcer la cohérence des parcours           | évaluation de l'activité annuelle grâce au rapport d'activité du CRA                                                                                                                                                                  |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 13 : expérimenter dispositif d'annonce. Cahier des charges national, appel à projet et expérimentations locales       |                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            |                                                                                                                 | Mesure 14 : renforcer l'accès aux soins somatiques                                                                           | La connaissance sur la mise en place de protocole d'accueil dans les établissements hospitaliers et d'organisation de l'accès aux soins dans les établissements médico-sociaux e une préoccupation des travaux d'élaboration du SROMS |

|                                                                                               |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 15 : améliorer la qualité des évaluations réalisées par les MDPH                                                                                                             | disparité soulignée par une association d'usagers. Travail de coordination CRA, 4 MDPH à développer                                                                                 |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 16 : donner aux parents et aux aidants les outils pour accompagner leur enfant.                                                                                              | Information diversifiée sur les différentes méthodes de prise en charge mise à disposition au sein du CRA                                                                           |
|                                                                                               | <b>Objectif 6: Favoriser la vie en milieu ordinaire</b>                                             | Mesure 17 : renforcer les interventions précoces. Une partie des places créées dans le cadre du plan priorisée pour renforcer l'action des CAMPS et développer l'accueil en SESSAD. | Bilan pour les CAMSP : Création CAMSP Lunéville, antenne sud meusien à Commercy, renforcement CAMSP de Nancy, création CAMSP Epinal, antenne Neufchâteau, création CAMSP Sarrebourg |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 18 : améliorer la scolarisation des enfants autistes : guide d'information à l'usage des personnels enseignants et places de SESSAD                                          |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 19 : moduler les réponses institutionnelles aux besoins des adolescents                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 20 : améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes autistes IMPRO ?, mobilisation des UPI en lycée professionnel                                               |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 21 : permettre aux personnes autistes de disposer d'un « chez soi »                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 22 : développer une offre de travail protégé adaptée aux spécificités de l'autisme (ESAT adaptés appel à projet pour 10 départements volontaires ?)                          | 3 places ESAT agréées Darney                                                                                                                                                        |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 23 : favoriser l'accès à l'emploi ordinaire. accompagnement.                                                                                                                 | Repris dans les travaux du SROSM                                                                                                                                                    |
| <b>AXE 3 DIVERSIFIER LES APPROCHES DANS LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE</b> | <b>Objectif 7: Promouvoir une offre d'accueil des services et de soins cohérente et diversifiée</b> | Mesure 24 : conforter rôle des CRA.                                                                                                                                                 | Journée annuelle d'information                                                                                                                                                      |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 25 : renforcer l'offre d'accueil en établissements et services 1500 places dans Etablissements pour enfants, 600 en SESSAD, 2000 en MAS et FAM                               |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 26 : adapter la prise en charge des établissements médico-sociaux aux aspirations nouvelles des personnes TED et de leur famille                                             |                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               |                                                                                                     | Mesure 27 : Améliorer la prise en charge des personnes autistes qui nécessitent un accueil en psychiatrie                                                                           | réalisé partiellement par l'adossé des unités locales au centre de psychiatrie                                                                                                      |

|                                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif 8 : Expérimenter de nouveaux modèles de prise en charge, en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne | Mesure 28 : analyser la diversité de l'offre des dispositifs.                                   | Ouverture du CRA et des professionnels des unités à tous les modes adaptés de prise en charge |
|                                                                                                                                     | Mesure 29 : promouvoir expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement |                                                                                               |
|                                                                                                                                     | Mesure 30 : donner un cadre à l'accompagnement des personnes avec autisme                       | En attente de recommandations HAS                                                             |

### La synthèse des réalisations sur 2006-2013 en Lorraine :

Le PRIAC (programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), a permis de financer 352 places en établissements et services médico-sociaux sur une période de 7 ans.

Pour les enfants, les priorités régionales ont porté sur la nécessaire requalification des places en IME (150 places autorisées) et sur la création de places en SESSAD (69 places)

Pour les adultes 140 places de MAS et FAM, soit à partir d'établissements existants, soit par création d'établissements ex nihilo.

A ce jour, un total de 270 places est installé sur les 352 places autorisées et financées, soit un différentiel de 82 places, dû aux constructions en cours.

### 1.3.2. Le programme pluriannuel de création de places et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012.

La nécessité d'un nouveau plan a été adossée à plusieurs constats :

- ⌚ Le différentiel entre places autorisées et places installées
- ⌚ La prévalence stable du handicap
- ⌚ De nouveaux besoins d'accompagnement, suite à l'allongement de vie des personnes en situation de handicap
- ⌚ le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants, au titre de l'amendement Creton
- ⌚ La reconnaissance du handicap psychique
- ⌚ les listes d'attente
- ⌚ les inégalités de ressources territoriales, les orientations par défaut ou vers les établissements en Belgique

L'objectif de ce plan est de développer des accompagnements diversifiés en fonction du choix de vie des personnes pour offrir une réponse aux jeunes sortant des établissements pour enfants, aux personnes actuellement sans solution, aux personnes handicapées vieillissantes.

### Etat des lieux en Lorraine en fonction des différents objectifs du Plan (bilan des créations de places de 2008 à 2011, dont enveloppes anticipées 2012-2013):

Les priorités régionales ont été les suivantes : la réduction des inégalités territoriales, le respect des plans nationaux en termes de population prise en charge (autisme, handicap psychique, personnes handicapées vieillissantes), la prise en charge à domicile prioritaire à la prise en charge en établissements, le degré d'opérationnalité des projets.

#### 1. Action Précoce

Améliorer le maillage régional par les CAMSP : 5 CAMSP ont été financés depuis 2008, par création d'antennes de CAMSP existants ou par création d'un CAMSP sur une zone blanche (Moselle).

Deux CMPP ont également été renforcés et un a été créé.



## 2. Soutien à l'autonomie et à l'intégration scolaire

### - Nouvelles places SESSAD:

9 SESSAD financés, soit 169 places principalement pour les jeunes atteints de troubles de la conduite et du comportement ainsi que pour de jeunes autistes.

### - Places de SSIAD et de SAMSAH pour adultes handicapés:

94 places de SSIAD pour adultes handicapés ont été autorisées, permettant ainsi de couvrir entièrement certains territoires comme la Meuse.

7 SAMSAH sont financés depuis 2008, soit 264 places. 6 d'entre eux se situent en Meurthe et Moselle et 1 dans les Vosges, département qui comprend également un service expérimental de soins pour adultes handicapés psychiques.

## 3. Accompagnement vers l'emploi

- Places d'ESAT : La région a bénéficié d'un total de 242 places nouvelles depuis 2008, soit une moyenne annuelle de 60 places, même si le volume annuel est en diminution constante.

- Centres de rééducation professionnelle (CRP) et unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour traumatisés crâniens (UEROs) :

La région comprend un centre de pré orientation de 22 places, dont une UEROs agréée pour 7 places, unité dont le rôle est renforcé par le décret du 17 mars 2009. Il existe également une école de rééducation professionnelle pour déficients moteurs et un centre de rééducation professionnelle pour adultes.

## 4. Des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et pour assurer une couverture plus équilibrée du territoire

-Places pour polyhandicapés : le financement de 20 places pour enfants polyhandicapés au sein de l'ITEM de Metz a été une priorité du PRIAC sur la période 2008-2010.

-Pour les enfants autistes, l'objectif est, depuis 2008, de requalifier au niveau juridique et financier les places d'IME/IMPRO occupées par des jeunes atteints d'autisme ou de TED (troubles envahissants du développement) (21 places), et de créer des places spécifiques en SESSAD : (64 places). Cet effort est à poursuivre.

## 5. Accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés

Places de FAM et MAS : 15 FAM ont pu être financés, soit 276 places et 9 MAS pour 184 places. Pour les FAM, l'effort spécifique s'est porté sur 44 places pour personnes handicapées vieillissantes, 120 pour personnes autistes, 20 pour étudiants handicapés. A noter également la création d'un FAM pour grands marginaux atteints de handicap psychique.

Pour les MAS, 44 places pour autistes et 88 places pour polyhandicapés ont pu être autorisées.

## 6. Permettre des accueillis temporaires, des séjours de répit ou de rupture

Les places d'accueil temporaire se développent sous la forme de places "d'accueil de jour" en MAS (97 places) et en FAM (53 places), cette formule représentant 8% de la capacité totale de ces structures.

## 7. Accompagnement de certains publics spécifiques

- Places et services spécifiques « Autisme et TED » :

Avec la mise en œuvre du plan national autisme 2008-2011, la Lorraine comprend un total de 361 places autorisées et financées, la majorité étant destinée aux enfants.

Par ailleurs, un centre de ressources autisme comprenant une unité régionale et 5 unités locales, fonctionne depuis 2005.

- Places spécifiques Polyhandicapés ou handicap complexe de grande dépendance

Cf. § 4 et 5.

- Traumatisés crâniens ou cérébro-lésés:



47 places sont agréées en MAS/FAM pour des personnes cérébro-lésées et traumatisées crâniennes. 4 places supplémentaires seront ouvertes en 2012.

- Troubles du comportement et handicap psychique

Places ITEP:

4 ITEP bénéficient d'un financement depuis 2008, soit 32 places, destinées à poursuivre le maillage territorial.

Places MAS-FAM:

LA MAS de Mattaincourt a été créée, à partir du CHS de Ravenel, pour une capacité de 40 places pour adultes handicapés psychiques.

## 8. Organiser l'accès à des compétences rares pour les prises en charge complexes et les handicaps rares

A noter la création d'une MAS pour la maladie de Huntington à Cuvry (18 places) et une MAS pour grands épileptiques à Toul (48 places).

### Autres supports du programme

Soutien à l'investissement dans les Etablissements :

Le montant total des subventions allouées par la CNSA depuis 2006 dans le cadre des plans d'aide à l'investissement annuels est de 14 372 075 €, au bénéfice de 19 établissements (dont 10 pour adultes et 9 pour enfants). Ces aides concernent des opérations de restructuration et de mise aux normes des établissements d'hébergement.

Recomposition et restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux:

CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens):

Sur le secteur du handicap, 10 CPOM sont signés sur les 4 départements, dont 1 CPOM est interdépartemental 54/55. Ces CPOM recouvrent 46 structures pour enfants et adultes. Actuellement, 5 sont en cours de signature ou en projet.

### 1.3.3. Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012

Le PSGA promeut notamment trois objectifs concernant l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées :

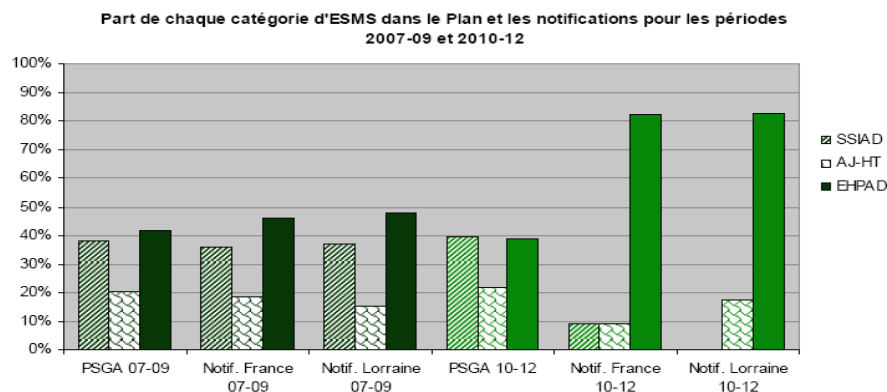
- Le **renforcement du maintien à domicile** des personnes âgées dépendantes
- Une politique volontariste de développement de l'offre en établissement se traduisant par **des créations massives de places en EHPAD** (37 500 places nouvelles entre 2007 et 2012).
- Au vu des besoins liés à l'évolution de la population accueillie, un **renforcement de la médicalisation des EHPAD** en introduisant un nouveau critère de financement issu de l'analyse des besoins en soins requis des résidents au sein de ces établissements.

### Les objectifs quantitatifs

|       | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | Total  |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SSIAD | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 36 000 |
| AJ    | 2 125  | 2 125  | 2 125  | 2 125  | 2 125  | 2 125  | 12 750 |
| HT    | 1 125  | 1 125  | 1 125  | 1 125  | 1 125  | 1 125  | 6 750  |
| EHPAD | 5 000  | 7 500  | 7 500  | 7 500  | 5 000  | 5 000  | 37 500 |
| Total | 14 250 | 16 750 | 16 750 | 16 750 | 14 250 | 14 250 | 93 000 |

Cependant, la répartition des places notifiées basée, d'une part sur les programmations régionales transmises à travers les PRIAC, et d'autre part, orientée les premières années vers la création d'établissements (conformément à l'objectif des enveloppes anticipées qui visent à réduire les délais de réalisation), a entraîné des écarts vis-à-vis des objectifs du programme.

Compte tenu de la pression exercée par les projets d'EHPAD en attente de financement, on constate en effet que **les places en EHPAD ont été privilégiées** - 95% des places ont déjà été notifiées dès 2009 - au détriment des autres structures dont environ la moitié des places est notifiée. En Lorraine, la part des EHPAD est particulièrement importante, ainsi que le fait apparaître ce document CNSA :



En ce qui concerne les places **d'EHPAD**, aucun financement supplémentaire n'a été notifié en 2011 ; la programmation 2011-2013 provient d'enveloppes notifiées antérieurement par anticipation

Après l'actualisation 2011 du PRIAC, le bilan s'établit ainsi :

| EHPAD        | Meurthe et Moselle | Meuse      | Moselle     | Vosges     | Total       |
|--------------|--------------------|------------|-------------|------------|-------------|
| 2007         | 183                | 15         | 234         | 49         | 481         |
| 2008         | 164                | 0          | 214         | 16         | 394         |
| 2009         | 107                | 0          | 211         | 40         | 358         |
| 2010         | 66                 | 15         | 285         | 14         | 380         |
| 2011         | 13                 | 100        | 229         | 25         | 367         |
| 2012         | 73                 | 40         | 142         | 7          | 262         |
| 2013         | 25                 | 0          | 26          | 0          | 51          |
| <b>TOTAL</b> | <b>631</b>         | <b>170</b> | <b>1341</b> | <b>151</b> | <b>2293</b> |

La Moselle, qui connaît le taux d'équipement le plus faible, et le taux de vieillissement attendu le plus élevé a bénéficié de près de 60% des moyens nouveaux.

La Lorraine se caractérise par des délais d'installation longs, voire depuis 2 ans, par l'abandon de projets autorisés en raison de difficultés financières de leurs porteurs.

Aucun financement supplémentaire n'a été notifié en 2011 pour les **SSIAD**. L'installation des SSIAD ne nécessitant pas de travaux de construction, les places étaient jusqu'à présent financées sur la dotation de l'année courante ;

En prévision des délais requis par la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet, des places avaient été programmée en 2010 sur l'enveloppe anticipée 2012.

La réforme de la tarification des SSIAD ayant été reportée, les gestionnaires sont actuellement en position d'attente.

| SSIAD | Meurthe et Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Total |
|-------|--------------------|-------|---------|--------|-------|
| 2007  | 128                | 17    | 78      | 45     | 268   |
| 2008  | 107                | 30    | 50      | 40     | 227   |
| 2009  | 0                  | 40    | 240     | 23     | 303   |
| 2010  | 54                 | 29    | 74      | 33     | 190   |
| 2011  |                    |       |         |        |       |
| 2012  | 76                 | 13    | 40      | 5      | 134   |
| 2013  |                    |       |         |        |       |
| TOTAL | 365                | 129   | 482     | 146    | 1122  |

La Lorraine ne compte que 2 **accueils de jours** autonomes en fonctionnement ; la majorité des places sont intégrées à des EHPAD, et sont installées au rythme de leur construction ; 27 places d'accueil de jour supplémentaires ont été notifiées en 2011, permettant un appoint pour la mise en conformité à 6 places.

| AJ    | Meurthe et Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Total |
|-------|--------------------|-------|---------|--------|-------|
| 2007  | 12                 | 14    | 16      | 8      | 50    |
| 2008  | 24                 | 25    | 28      | 15     | 92    |
| 2009  | 44                 | 0     | 0       | 23     | 67    |
| 2010  | 30                 | 0     | 47      | 23     | 100   |
| 2011  | 22                 | 17    | 10      | 18     | 67    |
| 2012  | 10                 | 5     | 10      | 10     | 35    |
| 2013  |                    |       |         |        | 0     |
| TOTAL | 142                | 61    | 111     | 97     | 411   |

18 places **d'hébergement temporaire** supplémentaires ont également été notifiées en 2011  
273 places supplémentaires ont ainsi été financées ; la CNSA a publié en octobre des préconisations pour le bon fonctionnement de ce dispositif souvent utilisé pour de l'hébergement permanent.

| HT    | Meurthe et Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Total |
|-------|--------------------|-------|---------|--------|-------|
| 2007  | 11                 | 7     | 3       | 5      | 26    |
| 2008  | 22                 | 14    | 14      | 10     | 60    |
| 2009  | 10                 | 0     | 0       | 25     | 35    |
| 2010  | 15                 | 0     | 30      | 25     | 70    |
| 2011  | 15                 | 12    | 20      | 5      | 52    |
| 2012  | 5                  | 5     | 12      | 8      | 30    |
| 2013  |                    |       |         |        | 0     |
| TOTAL | 78                 | 38    | 79      | 78     | 273   |

### Le volet médicalisation

L'effort accru d'encadrement au sein du PSGA a été mise en œuvre grâce à la **médicalisation des EHPAD** et aux crédits qui lui sont associés (**951 M d' de 2007 à 2010**).

Le surcoût moyen par convention du passage à la tarification au GMPS qui prend en compte les soins réels requis par les résidents s'établit à 2 300 par place, mais passe à 4 000 lorsqu'il se double d'un changement d'option tarifaire (passage du tarif partiel au tarif global).

Le budget soins alloués pour les places nouvelles en EHPAD qui était de 6 700 en 2006 est passé depuis 2009 à 9600 .

L'exploitation réalisée par la CNSA des données régionales fait apparaître un Pathos Moyen Pondéré (PMP) légèrement inférieur en Lorraine 173,11 vs 182,02 France entière.

#### 1.3.4. Le plan Alzheimer 2008-2012

Le Plan Alzheimer comporte 3 axes

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants,
- connaître pour agir,
- se mobiliser pour un enjeu de société

Ils sont déclinés en 11 objectifs et 44 mesures, dont certains, impliquant directement l'ARS, sont détaillés ci-dessous.

##### **Objectif n° 1 : Apporter un soutien accru aux aidants**

###### ***- Mesure n° 1 : développer et diversifier des formules de répit***

Les nouvelles modalités de fonctionnement des **accueils de jour** ont été précisées dans une circulaire du 25 février 2010 qui fixe notamment une capacité minimale (6 places pour les accueils de jour adossés à un EHPAD et 10 places pour un accueil de jour autonome) et prévoit la majoration du forfait transport de 30 %, l'obligation de mise en œuvre d'un dispositif de transport adapté ou, à défaut, une atténuation du forfait journalier pour les familles qui assurent elles-mêmes le transport de leur malade et un financement pérenne des structures conditionné à la réponse à une enquête d'activité.

Les concertations avec les conseils généraux sont en cours afin de restructurer l'offre en accueil de jour, en essayant de préserver l'accès à ce dispositif de proximité aux habitants des secteurs ruraux.

- Le plan Alzheimer prévoit une expérimentation et une évaluation de **plateformes de répit** et d'accompagnement pour les aidants familiaux et les malades visant à offrir sur un même territoire toute une palette de formules (accueil de jour, répit à domicile, ateliers de réhabilitation, rencontres d'aidants, groupes de parole, sorties accompagnées...) afin de déterminer ce qui est le plus profitable à la fois pour l'aidant et la personne malade.

La région Lorraine bénéficiera du financement de 4 plateformes à l'échéance du plan, 1 premier appel à candidatures pour 2 plateformes est en cours.

- Des orientations pour l'évolution des dispositifs **d'hébergement temporaire** sont en cours d'élaboration.

###### ***- Mesure n° 2 : consolider les droits à la formation des aidants***

Ces formations doivent porter notamment sur la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress.

Une convention nationale relative à la formation des aidants entre la CNSA et France Alzheimer a été signée le 24 novembre 2009.

En 2011, les ARS ont été destinataires de moyens pour organiser ces formations, et selon un cahier des charges national, 9 organismes ont été habilités en Lorraine pour conduire 74 actions avant mars 2012.

##### **Objectif n° 2 : Renforcer la coordination de tous les intervenants**

###### ***- Mesure n°4 : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)***

Le plan prévoit la création de MAIA fédérant le réseau des acteurs de proximité et coordonnant leurs actions autour du malade. A la suite d'un appel à candidatures en 2008, 17 projets expérimentaux avaient été retenus, dont celui porté par le conseil général de Meurthe et Moselle, avec les réseaux et CLICs de Nancy et Lunéville.

En 2011, le projet porté par le conseil général de la Moselle, en liens avec les CLICs et réseaux du département a été retenu, et une MAIA se met en place sur les territoires de Metz et Thionville.

**- Mesure n°5 : Mise en place de coordonnateurs/gestionnaires de cas au sein de ces MAIA**

Pour les situations complexes, le plan prévoit que les MAIA disposeront de professionnels aguerris « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas » qui seront les interlocuteurs uniques, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différents intervenants.

A l'issue du plan, il est prévu la création de 1 000 postes de gestionnaires de cas élaborant un plan de services personnalisé et organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Le gestionnaire de cas sera le correspondant unique du médecin traitant et le porte-parole de la personne malade et de son entourage.

**Objectif n°3: Choisir et développer le soutien à domicile**

**- Mesure n°6 : Intervention de personnels spécialisés au domicile**

Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), portées par des SSIAD ou des SPASAD, interviennent à domicile pour délivrer une prestation d'accompagnement des malades et de stimulation de leurs capacités restantes. Ces interventions seront rendues possibles par la création d'équipes spécialisées composées d'assistants de soins en gériatrie et d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute.

5 équipes spécialisées fonctionnent actuellement en Lorraine (1 dans chaque département + 1 2<sup>ème</sup> en Moselle)

A terme, le territoire lorrain sera maillé par 15 ESA.

**Objectif n° 5 : Améliorer l'accueil en établissement**

**- Mesure n°16 : Création ou identification dans les EHPAD d'unités pour les malades souffrant de troubles comportementaux**

- pôles d'activités et de soins adaptés (**PASA**), proposant, pendant la journée seulement, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

Le plan prévoit le financement de 52 PASA en Lorraine – 8 étaient en fonctionnement au 30 juin 2011.

- unités d'hébergement renforcées (**UHR**) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour 12 à 14 personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

Ces unités seront animées par des professionnels spécifiquement formés :

- des assistants de soins en gériatrie,
- un psychomotricien ou un ergothérapeute.

Les crédits correspondant à 4 unités de 12 places en EHPAD (UHR médicosociales) ont été notifiés, ainsi que ceux correspondant à 5 UHR à implanter en USLD (UHR sanitaires).

Seule 1 unité en USLD est ouverte au 31 août 2011.

**- Mesure n°17 : Création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer (Unités Cognitivo Comportementales).**

Dans une architecture adaptée, avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, ces unités ont ainsi pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, et d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation.

3 UCC sont en fonctionnement en Lorraine, 2 restent à implanter.

## **Objectif n°6 : Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels**

### ***- Mesure n°20 : Plan de développement des métiers et des compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer.***

.Les trois domaines de compétences identifiés sont les suivants :

- Les assistants de soins en gérontologie
- Les professionnels de la réhabilitation cognitive et comportementale :
- Les coordonnateurs / gestionnaires de cas

Mais c'est l'ensemble des personnels intervenant auprès des personnes et de leurs familles (SSIAD, EHPAD, aides à domicile) qui doivent sensibilisées et formées à leur accompagnement, en formation initiale ou au long de la formation continue.

Les deux autres axes du plan concernent particulièrement la recherche et la contribution au changement du regard de la société et des représentations de la maladie.

## **2. Objectifs opérationnels et plans d'actions associés**

Les objectifs opérationnels sont présentés sous forme de fiches, selon quatre axes thématiques :

- axe prévention
- axe amélioration de l'offre de service
- axe coordination des acteurs
- axe qualité.

Chaque axe thématique comprend des objectifs et mesures à destination des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

Chaque fiche « objectif opérationnel » comporte les principaux éléments de diagnostic utiles, et le plan d'action associé.

Les objectifs opérationnels ont fait l'objet d'une réflexion en transversalité, sur les champs de la prévention, du médicosocial et du sanitaire (dont le champ ambulatoire) : les mesures constituant les plans d'action peuvent ainsi relever d'un, deux ou même des trois champs, et concerner à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées.

## Bilan du volet Personnes âgées du SROS III

### 1. Etat des lieux sur la thématique

Le SROS personnes âgées 2006/2011 a été publié en Lorraine le 30 mars 2006. En raison de la réforme des USLD, il a fait l'objet d'un avenant pour 2010 et 2011, publié en mars 2010 (arrêté ARH du 3 mars 2010). Il y a donc peu d'évolutions par rapport à ce texte datant d'un an. L'évaluation annuelle des dispositions du SROS par questionnaire, prévue dans l'avenant, n'a pas été réalisée pour les mêmes raisons.

Les données démographiques générales sont bien sûr inchangées. On rappelle simplement que la population de 75 ans et plus en Lorraine passera d'environ 177 000 à 218 000 entre 2005 et 2015, soit une augmentation de plus de 23 %. Quant au nombre des personnes de 85 ans et plus, il va être multiplié par 2 entre 2005 et 2015, passant de 35 000 à 67 000 personnes ; il va presque tripler jusqu'en 2030.

- ⌚ le Cœur de Lorraine, le Haut Val de Meuse, la Déodatie, les pays de Verdun, du Saulnois et le Lunévillois connaîtront une augmentation modérée de la population âgée ou très âgée.
- ⌚ dans les territoires Nord, en particulier ceux de Briey, de Longwy et de Sarrebourg, la population très âgée (plus de 85 ans) va augmenter de manière très importante alors que celle des 75-85 ans va s'élever dans des proportions plus modérées.
- ⌚ dans les pays du Barrois, du territoire de Nancy, dans le pays de Remiremont et des Vallées, du pays de l'Ouest Vosgien et des Vosges Centrales, c'est surtout la population des 75-85 ans qui va croître (de plus de 50 % entre 2005 et 2030).
- ⌚ et surtout, pour les territoires du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan jusqu'au Nord de la région minière (Thionville, Bassin Houiller et Bassin de Sarreguemines), en passant par Metz et Pont-à-Mousson, la population âgée et très âgée va considérablement augmenter, pouvant être multipliée par 2 ou 3.

Le bilan de l'état de santé des Lorrains permet de retrouver une morbidité des personnes âgées plus élevée que la moyenne nationale, et une surmortalité pour certaines pathologies graves (cf. bilan ORSAS du PSRS).

La maladie d'Alzheimer constitue un problème de santé préoccupant. Un bilan épidémiologique, réalisé à l'occasion des Assises Alzheimer qui se sont tenues à Nancy le 25 juin 2009, n'a permis que de recueillir des données parcellaires, illustrant bien la difficulté de connaître la réalité de cette maladie dont les modes de prise en charge sont extrêmement divers.

Néanmoins, on peut retenir que le nombre d'assurés en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer augmente d'année en année (données des directions régionales du service médical du Nord-Est et d'Alsace: départements 54, 55, 57 et 88, portant sur 1 771 000 assurés du régime général). Il y avait en 2006 4661 assurés du régime général reconnus en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer, et 7363 en 2008. Cela signifie que pour les personnes âgées de 80 ans et plus, le nombre d'assurés en ALD 15 a augmenté de 49,5% de 2006 à 2008 (85% pour les 70-80 ans, 88% pour les 60-70 ans, et 66% pour les 50-60 ans). Pratiquement les trois quarts des assurés actuellement en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer sont âgés de 80 ans et plus. Les nouvelles admissions suivent la même dynamique de progression : + 37,5% par an pour les 80 ans et plus, +50,5% par an pour les 70-80 ans, +72% par an pour les 60-70 ans.



En 2006, 1034 assurés du régime général se sont vus accorder une ALD 15 pour maladie d'Alzheimer, contre 1477 en 2008. Ces nouveaux patients admis en ALD ont pour les 2/3 80 ans et plus.

Les données du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle apportent un éclairage supplémentaire : en 2008, 32% des personnes bénéficiant de l'APA à domicile présentaient des troubles cognitifs (toutes étiologies confondues). En EHPAD, c'est pratiquement 80% des patients qui présentent des troubles cognitifs.

Les coupes PATHOS réalisées par les DRSM du Nord-Est et d'Alsace en EHPAD, sur 7800 personnes âgées de 60 ans et plus, permettent d'affirmer qu'au moins un patient sur deux accueilli en EHPAD présente une démence. Le croisement des données des girages et des coupes PATHOS permet de situer ce chiffre autour de 70%.

Les données de 4 réseaux gériatologiques (Gérard Cuny à Nancy et agglomération, Age et Santé dans le Barrois, Réseaulu dans le Lunévillois et Regeme) sont concordantes : environ 60% des patients évalués par ces réseaux présentent des troubles cognitifs.

Les données du Collège des Gériatres Lorrains permettent de constater qu'environ 1730 nouveaux patients ont été traités en Lorraine pour maladie d'Alzheimer, tous traitements confondus, et qu'environ 8000 patients sont traités actuellement en Lorraine.

Pour se faire une idée plus précise de la prévalence de la maladie d'Alzheimer en Lorraine, il est possible de réaliser des estimations à partir des données épidémiologiques fournies par l'étude PAQUID, et des projections INSEE pour les patients de 75 ans et plus. En 2005, il y avait en Lorraine 25100 patients de 75 ans et plus atteints de maladie d'Alzheimer (850 000 France entière, 7900 en Meurthe-et-Moselle, 2600 en Meuse, 9200 en Moselle et 5400 dans les Vosges). Ce chiffre est **évalué à 28900 en 2010, et passera à 31000 en 2015.**

Ces estimations sont en parfaite cohérence avec les chiffres cités précédemment, et permettent d'approcher l'ampleur du problème posé par cette pathologie. Il convient de rappeler que 50% seulement des patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ont bénéficié d'un diagnostic approprié, et qu'un patient sur 5 seulement est traité.

L'analyse des données du PMSI 2009 montre quelques évolutions par rapport à 2007.

Tous séjours confondus, la part des 75 ans et plus tend à augmenter : de 20,50% des séjours en 2007, elle passe à presque 22% des séjours en 2009. La part des séjours de médecine réalisés pour les patients de 75 ans et plus tend à diminuer légèrement : elle passe de 78% en 2007 à 77,12% en 2009.

| CL AGE      | Nb séj<br>(1j et plus) | % du nb séj<br>par cl âge | Nb journées<br>(1j et plus) | % du nb séj<br>par cl âge |
|-------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 0 à 74 ans  | 347 802                | 76,48%                    | 1 773 743                   | 65,59%                    |
| 75 à 79 ans | 40 780                 | 8,97%                     | 317 360                     | 11,74%                    |
| 80 à 84 ans | 35 101                 | 7,72%                     | 310 667                     | 11,49%                    |
| 85 et plus  | 31 077                 | 6,83%                     | 302 460                     | 11,18%                    |
| Total       | 454 760                |                           | 2 704 230                   |                           |

Tout comme en 2007, le poids relatif de la prise en charge des patients de 75 ans et plus est plus sensible en nombre de journées qu'en nombre de séjours. La part relative des plus de 75 ans tend à augmenter, que ce soit en nombre de séjours ou en nombre de journées, surtout au profit des plus de 85 ans. Les séjours de 0 jour ont été exclus du calcul.



Le CHU et le CHR accueillent 23,50% des séjours des 75 ans et plus de la région, soit un peu moins qu'en 2007 (25%). 26,41% des séjours en hospitalisation complète du CHU sont effectués par des patients de 75 ans et plus (25% en 2007). Cette proportion tend à baisser au CHR de Metz-Thionville : de 34% en 2007, elle passe à 60,49% en 2009.

**Tous établissements lorrains confondus, 35,15% des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33% en 2007.**

Les deux principaux motifs d'hospitalisation décrits en 2007 : chirurgies majeures orthopédiques, cardiopathies et valvulopathies sont retrouvés en 2009. Par contre, la cataracte, 3<sup>ème</sup> motif d'hospitalisation complète en 2007 avec 4,65% des séjours des 75 ans et plus, se trouve reléguée en 5<sup>ème</sup> position, avec 3% des séjours, en raison de la progression de la chirurgie ambulatoire pour ce type d'actes.

Tout comme en 2007, on retrouve un effet du mode de sortie sur la durée moyenne de séjour.

|                                           |               | MODE DE SORTIE |                             |           |                                |                      |                       |
|-------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------|-----------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
|                                           | DMS<br>TS SEJ | DOMICILE       | Dont DOMICILE<br>vers EHPAD | TRANSFERT | Dont<br>TRANSFERT<br>vers USLD | MUTATION<br>vers SSR | MUTATION<br>vers USLD |
| 0 à 74 ans                                | <b>5,10</b>   | 4,60           | 10,62                       | 9,62      | 17,57                          | 14,81                | 15,74                 |
| 75 à 79 ans                               | <b>7,78</b>   | 6,56           | 11,13                       | 11,02     | 18,64                          | 15,53                | 1,96                  |
| 80 à 84 ans                               | <b>8,85</b>   | 7,47           | 11,59                       | 11,40     | 14,37                          | 15,47                | 16,15                 |
| 85 et plus                                | <b>9,73</b>   | 8,46           | 11,65                       | 11,21     | 13,32                          | 15,58                | 15,00                 |
| <b>TS SEJ<br/>Quel que soit<br/>l'âge</b> | <b>5,95</b>   | 5,14           | 11,35                       | 10,34     | 15,67                          | 15,30                | 14,89                 |

**La DMS, tous séjours et toutes classes d'âge confondues, tend à diminuer, sauf pour les plus de 85 ans, pour qui elle reste relativement stable autour de 10 jours. Globalement, toutes les DMS sont en légère baisse, sauf pour les patients de 75 à 79 ans en attente de transfert pour une USLD : la DMS passe de 16,4 jours en 2007 à 18,64 jours en 2009.**

## 2. Bilan des objectifs

### 2-1 Objectifs généraux

#### I - Développer et améliorer l'accès au diagnostic et la prise en charge aux urgences

| Actions engagées                          | Atteinte Objectif                                                                                    | Motif et délai de réalisation                                                                                      | Objectif à conserver                                                  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Création d'équipes mobiles de gériatrie   | 9 équipes : celle du CHU est implantée dans le service des urgences. Demande en cours du CH de Toul. | Absence d'évolution depuis la parution du SROS (mars 2010) en dehors du financement de l'EMG de Bar-le-Duc en 2010 | Oui, en encourageant l'intervention de l'EMG aux urgences             |
| Développer l'hospitalisation de jour      |                                                                                                      | Absence d'évolution depuis la parution du SROS (mars 2010)                                                         | Oui                                                                   |
| Développer l'HAD                          | 19 structures existantes : objectif atteint avec rééquilibrage Nord/Sud                              |                                                                                                                    | Favoriser l'intervention de l'HAD en EHPAD                            |
| Développement du court séjour gériatrique | Non. Ouverture de 20 lits de court séjour gériatrique à Ste-Blandine (HPM) le 18/04/2011.            | Absence de référentiels précis et de procédure de labellisation                                                    | Oui, en insistant sur la possibilité d'entrée directe en court séjour |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                   |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SSR              | 13 mentions spécialisées « affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance »<br>7 au Nord, 6 au Sud.<br>5 UCC à installer dans le cadre du plan Alzheimer<br>2008 = CHR /2009 = CHU /2010 (retardée, ouverture 2011) Golbey (reporté pour raisons architecturales, prévu 2011),<br>Marange : ouverture au 01/07/2011 | Publication du SROS en octobre 2009, délivrance des autorisations le 31 juillet 2010<br><br>2 UCC à installer en 2011 et 2012, | Oui, évaluation du nouveau dispositif à faire ultérieurement.<br><br>Oui, prévoir l'évaluation de ces dispositifs |
| Soins palliatifs | 20 équipes de soins palliatifs en région lorraine. La plupart des équipes mobiles ont signé des conventions avec des EHPAD, le plus souvent 3 ou 4 (Gérardmer = 15 conventions, CHR = 7 conventions et 5 projets). Pratiquement toutes participent à la formation et/ou à des activités de soutien du personnel de ces EHPAD                                | Bonne couverture géographique                                                                                                  | Oui, en travaillant les liens EHPAD/hôpital                                                                       |

## II - Favoriser une organisation territoriale répondant aux besoins

| Actions engagées                            | Atteinte Objectif                                                                                                                                                                                                                                                   | Motif et délai de réalisation                                                 | Objectif à conserver                                                                                                                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rôle du CMMR                                | Oui, il n'y a plus qu'un seul CMRR au CHU de Nancy                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               | Oui, le CMRR doit maintenant se positionner comme référent régional dans la diffusion de la culture gériatrique                                  |
| Dynamiser la construction des filières      |                                                                                                                                                                                                                                                                     | Compte-tenu du délai entre la parution du SROS et le bilan : pas d'évaluation | Oui, la circulaire de 2007 reste plus que jamais d'actualité                                                                                     |
| Mettre en œuvre les réseaux gérontologiques | En cours : il existe 13 réseaux, 1 seul dans la Meuse et aucun dans les Vosges. Leur coordination est assurée par le groupe réseaux du collège des gériatres lorrains. Pour le Sud Lorraine il existe un chef de projet coordonnateur au sein du réseau Gérard Cuny |                                                                               | Oui, afin d'atteindre une couverture géographique optimale et une coordination inter-réseaux. Evolution régionale vers des réseaux territoriaux. |

## III - Améliorer la culture gériatrique

| Actions engagées                                                                            | Atteinte Objectif                                                                                                                           | Motif et délai de réalisation             | Objectif à conserver                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Améliorer la prise en charge des démences :<br>- consultations mémoires<br>- UHR sanitaires | Labellisation en cours de révision<br>1 UHR au CHU, ouverte en 2011.<br>Projet d'une UHR à Charleville-sous-Bois                            | Fin 2011/début 2012<br><br>2011           | Non<br>Oui                                                                                                                                                                            |
| Structurer la gérontopsychiatrie                                                            | Fait l'objet d'un paragraphe ci-dessous : « psychiatrie et vieillissement »                                                                 |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| Développer l'oncogériatrie                                                                  | Non, mais :<br>- participation au projet « oncodage »<br>- production d'un référentiel « évaluation gériatrique standardisée en oncologie » | Projet UCOG non retenu par l'INCA en 2007 | Oui, dynamique à relancer et à soutenir.<br>Labelliser 1 UCOG en Lorraine (cf plan cancer) : réponse au nouvel appel à projet INCA le 9 mai 2011, réponse attendue pour juillet 2011. |

IV - Evaluation

| Actions engagées    | Atteinte Objectif                           | Motif et délai de réalisation    | Objectif à conserver                                                      |
|---------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Evaluation annuelle | Prévue par questionnaire aux établissements | Délai parution/évaluation < 1 an | Oui, en prenant en compte les données de l'enquête annuelle « Alzheimer » |

## 2-2 Objectifs opérationnels

## I - Développer la culture gériatrique

| Actions engagées                                                                            | Atteinte Objectif | Motif et délai de réalisation                 | Objectif à conserver                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Inscription d'objectifs en termes d'évaluation gériatrique dans les CPOM des établissements | Non               | Délai entre publication et évaluation du SROS | Oui, à développer et généraliser à l'occasion des CPOM 2012-2017 |

II - Optimiser la filière sur des TSP identifiés

| Actions engagées                                            | Atteinte Objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Motif et délai de réalisation                                                                                               | Objectif à conserver                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TSP n° 2 (St-Mihiel) : rapprochement Verdun/St-Mihiel       | Transfert des lits de court séjour à Verdun : direction commune Verdun/St-Mihiel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | En cours avec constitution d'une filière gériatrique complète à Verdun                                                      | Non                                                                                                                                                  |
| TSP n° 4 (Longwy)                                           | Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | aucune évolution compte tenu du délai court depuis la parution du SROS                                                      | Oui                                                                                                                                                  |
| TSP n° 9 (Saulnois)                                         | Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | aucune évolution compte tenu du délai court depuis la parution du SROS                                                      | Oui                                                                                                                                                  |
| TSP n° 12 (Commercy) : rapprochement avec Bar-le-Duc        | En cours : réactivation de l'antenne de consultation mémoire de Bar-le-Duc à Commercy, renforcement de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs de Bar-le-Duc à Verdun                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                             | Oui, liens à faire entre le SSR polyvalent de Commercy et le SSR « spécialisé » de Bar-le-Duc.<br>Interrogations sur le devenir des lits de médecine |
| TSP n° 13 (Vittel) : développer les liens avec le TSP n° 18 | En cours : finalisation d'une filière entre les deux CH : Neufchâteau et Vittel et 3 Hôpitaux Locaux : Mirecourt, Lamarche et Darney, au travers d'un projet médical commun sur 5 axes :<br>- développement de la culture gériatrique<br>- structuration de la filière<br>- optimisation du court séjour<br>- mise en place d'une EMG<br>- prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer<br>soutenir |                                                                                                                             | Objectif à                                                                                                                                           |
| TSP n° 15 : développer les liens avec le TSP n° 16          | Non<br>Réseau gérontologique du Val de Lorraine créé en 2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Transfert de l'activité du SSR de Faulx à Pont-à-Mousson juin 2011 et suppression de la chirurgie à Pont-à-Mousson fin 2009 | Oui, la réflexion pour optimiser la filière en lien avec le territoire 16 doit être initiée                                                          |

## III - Programme capacitaire des USLD

| Actions engagées           | Atteinte Objectif                                                               | Motif et délai de réalisation                                                                                | Objectif à conserver                                                                                                                                                              |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opérations de partition    | Terminées au 01/01/2010 = 1194 lits en Lorraine (cf. partie « état des lieux ») |                                                                                                              | Non                                                                                                                                                                               |
| Renforcement des capacités | Ouverture de 30 lits à Charleville-sous-Bois. Projet de 15 lits à Remiremont.   | 1 <sup>er</sup> décembre 2010<br><br>Prochaines coupes Pathos en USLD prévues pour le deuxième semestre 2011 | Oui, tendre vers un taux de 6 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, tout en réduisant le déséquilibre Nord/Sud. Le redéploiement de l'existant devra être privilégié. |

Respect des droits des usagers.

Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation, lorsque son état le permet : HAD, SSIAD articulé avec un réseau...

Il doit pouvoir recevoir une information claire quant à son état de santé, et participer aux décisions qui le concernent (cf. charte de la personne hospitalisée).

**D'une manière générale, les 17 objectifs décrits dans le SROS III, et repris dans l'avenant 2010-2011 restent d'actualité et devront être maintenus dans le SROS-PRS, en lien fort avec les SROS ambulatoire et médico-social**

## IV - Articulations avec la ville et le médico-social

Dossier de liaison d'urgence : données ARS juin 2010.

| Département | Nombre d'EHPAD | EHPAD où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence | EHPAD où le DLU est mis en place |
|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 55          | 20             | 100 %                                                                        | 100 %                            |
| 54          | 60             | 82 %                                                                         | 52 %                             |
| 57          | 112            | 71 %                                                                         | 71 %                             |
| 88          | 67             | 100 %                                                                        | 91 %                             |

Le dossier unique de liaison, utilisé en cas d'hospitalisation pour faciliter les transmissions EHPAD - hôpital, est mis en place de manière inégale selon les départements.

Conventions avec les établissements de santé : données ARS juin 2010.

| Département | Nombre d'EHPAD | Nombre d'EHPAD ayant une convention avec un établissement de santé | Proportion d'EHPAD ayant une convention avec un établissement de santé |
|-------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 55          | 23             | 23                                                                 | 100 %                                                                  |
| 54          | 60             | 57, dont établissements dépendants d'un établissement hospitalier  | 95 %                                                                   |
| 57          | 112            | 82                                                                 | 73 %                                                                   |
| 88          | 68             | 65                                                                 | 95 %                                                                   |

Les conventions entre EHPAD et Etablissement Hospitalier sont, là aussi, mises en place de façon inégale selon les départements.

Ces deux exemples, convention avec les établissements de santé et mise en place du DLU, illustrent à quel point les relations entre la ville, le médico-social et l'hôpital doivent être travaillées.

Les liens avec les partenaires extra-hospitaliers, dont les CLIC, les réseaux et les futures MAIA, doivent être renforcés.

**D'une manière générale, les objectifs généraux et opérationnels du SROS III restent d'actualité en ce qui concerne les liens ambulatoires – médico social – sanitaire.**

#### V - Point sur les OQOS et les implantations

Les données d'activité les plus récentes concernent l'année 2009. Les opérations de partition n'étant pas finalisées dans tous les TSP, l'analyse de ces données au regard des OQOS n'est pas réalisable.

| TSP                                   | Nombre de lits d'USLD au 01/01/2010 | Population de 75 ans et + en 2015 | Taux d'équipement 2015 pour 1000 PA de 75 ans et + |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1+2 : Verdun + Cœur de Lorraine       | 48                                  | 10014                             | 4,79                                               |
| 3 : Briey                             | 0                                   | 8299                              | 0                                                  |
| 4 : Longwy                            | 30                                  | 8828                              | 3,40                                               |
| 5 : Thionville                        | 90                                  | 20944                             | 4,30                                               |
| 6 : Metz                              | 120                                 | 31936                             | 3,76                                               |
| 7 : Bassin Houiller                   | 120                                 | 21232                             | 5,65                                               |
| 8 : Sarreguemines Bitche Sarralbe     | 60                                  | 8938                              | 6,71                                               |
| 9 + 10 : Saulnois + Sarrebourg        | 75                                  | 9162                              | 8,19                                               |
| 11 + 12 : Barrois + Haut Val de Meuse | 88                                  | 9202                              | 9,56                                               |
| 13 : Ouest Vosgien                    | 30                                  | 6658                              | 4,50                                               |
| 14 : Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan    | 92                                  | 7522                              | 12,22                                              |
| 15 : Val de Lorraine                  | 0                                   | 8901                              | 0                                                  |
| 16 : Nancy                            | 196                                 | 24235                             | 8,09                                               |
| 17 : Lunévillois                      | 115                                 | 8041                              | 14,30                                              |
| 18 : Vosges Centrales                 | 60                                  | 15153                             | 3,96                                               |
| 19 : Déodatie                         | 30                                  | 8806                              | 3,41                                               |
| 20 : Remiremont et vallées            | 40                                  | 10242                             | 3,91                                               |
| Total                                 | 1194                                | 218113                            | 5,47                                               |

Les taux d'équipement sont donnés sur des projections de population 2015, sans tenir compte d'éventuelles ouvertures de lits supplémentaires. Les taux d'équipement calculés varient selon les TSP de 0 à 14,30 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

#### Implantation des USLD au 01/01/2010, par département.

| Département        | Nombre de lits d'USLD au 01/01/2010 | Population de 75 ans et + en 2015 | Taux d'équipement 2015 pour 1000 PA de 75 ans et + |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| Meurthe-et-Moselle | 433                                 | 65826                             | 6,58                                               |
| Meuse              | 136                                 | 19216                             | 7,08                                               |
| Moselle            | 465                                 | 92212                             | 5,04                                               |
| Vosges             | 160                                 | 40859                             | 3,92                                               |
| Total              | 1194                                | 218113                            | 5,47                                               |

Les taux d'équipement sont donnés sans tenir compte de l'ouverture éventuelle de lits supplémentaires. Les taux d'équipement calculés varient selon les départements de 3,92 à 7,08 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Implantation des USLD au 01/01/2010, par territoires de santé Nord/Sud.

| Territoire | Nombre de lits d'USLD au 01/01/2010 | Population de 75 ans et + en 2015 | Taux d'équipement 2015 pour 1000 PA de 75 ans et + |
|------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| Nord       | 543                                 | 119353                            | 4,55                                               |
| Sud        | 651                                 | 98760                             | 6,59                                               |
| Total      | 1194                                | 218113                            | 5,47                                               |

Les taux d'équipement sont donnés sans tenir compte de l'ouverture éventuelle de lits supplémentaires. Ils sont nettement différents selon les territoires, au profit du territoire Sud.

**A l'issue des opérations de partition persiste un déséquilibre Nord/Sud franc, et des disparités interdépartementales marquées.**

**Ces disparités devront dans la mesure du possible être corrigées par la voie préférentielle du redéploiement MCO.**

## Psychiatrie et santé mentale

### Principaux éléments de diagnostic

#### V. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

##### 1) Composition du groupe expert

###### **Représentants des professionnels**

Dr LECOANNET, représentant le CDOM 54  
Dr BLAISE, représentant le CDOM 57  
Dr MASSON CDOM 55  
Dr DEAU, CDOM 88  
Dr UNVOIS, URPS médecins  
Mr PECHEY, URPS infirmiers  
Mr SCHWARTZ Philippe, CROI 54\*

###### **Représentants des usagers**

Madame PRECHEUR, UNAFAM Lorraine  
Madame BARROCHE, ESPOIR 54  
Madame BURY, CISS Lorraine

###### **Urgences psychiatriques**

Dr PICHENE, service des urgences psychiatriques du CHU  
Dr PANNETIER, CHS de Jury les Metz, Service de Psychiatrie d'Urgences et de Liaison du CHR de Metz

###### **Prise en charge des adolescents**

Pr KAHN, service de psychiatrie du CHU  
Dr Blanchard, pédopsychiatre, CHS de Jury, Maison des Adolescents de Metz  
Pr KABUTH, pédopsychiatre, CPN de Laxou  
Dr SIAT, CMPP / BAPE Metz  
Mr RICHARD, cadre supérieur de santé en pédo-psychiatrie, CPN Laxou  
Madame HENRY, cadre de santé, CPN de Laxou

###### **Prise en charge des personnes âgées**

Dr MAGNIER ou DILLIGENT, centre de psycho-gériatrie Metz (CHS de Jury)  
Dr VIREFLEAU, psychiatre, pôle gériatrique de Creutzwald  
Dr WATREMEZ, gériatre, pôle gériatrique de Creutzwald  
Dr BADET, gériatre, CH de Joeuf  
Dr BOUVEL, géronto-psychiatre, CPN Laxou

###### **Représentants des établissements**

Madame CREUSAT COMMENVILLE Nadine, Directeur Adjoint, CPN de Laxou représentant monsieur BAROU, Directeur  
Mr NOLD Nicolas, Directeur clinique Ste Marguerite de Novéant sur Moselle  
Dr REBOIS Bernard, hôpitaux privés de Metz.

## 2/ Réunions de travail

Des réunions s'inscrivant dans la déclinaison des objectifs nationaux visant à améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité de la prise en charge, et dans celles des priorités stratégiques régionales ont été mises en place.

Les thématiques *détenus et addictologie* sont traitées dans d'autres volets.

La première réunion « du groupe expert » a eu lieu le 22 mars 2011. Les thématiques abordées ont été :

- les urgences psychiatriques avec la place du médecin généraliste,
- la prise en charge des adolescents et des personnes âgées en y abordant la prévention du suicide.

Suite à cette réunion, il a été décidé de mettre en place *des groupes de travail thématiques* :

- prise en charge des adolescents (réunion le 11 mai 2011 à Nancy) : une vingtaine de personnes ont été invitées, dont les représentants des 4 conseils généraux (ASE), des pédopsychiatres, des professionnels des établissements sanitaires, médico-sociaux, MDA, PJJ.
- prise en charge des personnes âgées (réunion du 12 mai 2011 à Metz) : ont été invitées les représentants des 4 conseils généraux en charge de la politique en faveur des personnes âgées, des psychiatres, des gériatres, des professionnels des établissements sanitaires et des EHPAD.
- parcours patients / CMP / patients "inadéquats" (réunion du 19 mai 2011 à Nancy) : ont été invitées des représentants des 4 DDSCS, des représentants des usagers, des psychiatres hospitaliers des 4 départements, la Directrice du CCAS de Metz, la Directrice de la mission de santé publique de la ville de Metz, la Directrice du projet handicap santé de la Communauté Urbaine du Grand Nancy.

Parallèlement à ces réunions, les chefs de projet ont été sollicités et/ ou ont reçu :

- des représentants de la ville de Metz : projet sur la prévention du suicide, parcours patient et précarité
- le Dr CORROY pédopsychiatre, pour un projet de CMP adolescents sur Thionville (CHR Metz Thionville)
- Dr VIREFLEAU psychiatre : projet parcours patient âgé, Centre de Médecine Spécialisée CARMI-Est de Freyming-Merlebach
- Mr ASTIER, Directeur du CHS de Lorquin, coordinateur d'un groupe de travail sur la prise en charge des adolescents difficiles, réunissant les pédopsychiatres des CHS de Jury, Sarreguemines et du CH de Lorquin
- Enfin, un projet ancien sur le département de la Meuse de création d'un Centre d'Accueil et de Ressources pour les *enfants et adolescents en situation difficile*, nous a été transmis.



## II. CONTEXTE

L'élaboration de ce nouveau volet s'inscrit dans un cadre réglementaire.

VI. **Le plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008)** et ses orientations :

- ☞ Une prise en charge décloisonnée : *Mieux informer et prévenir, mieux accueillir et mieux soigner, mieux accompagner*
- ☞ Un renforcement des droits des malades et des proches
- ☞ Une aide à l'exercice des professionnels
- ☞ Un développement de la qualité et de la recherche (favoriser les bonnes pratiques)
- ☞ Mise en œuvre de programmes spécifiques (suicides, enfance, populations vulnérables)

VII. Un **deuxième plan de santé mentale** est annoncé pour l'automne 2011.

En janvier 2009 monsieur COUTY a présenté un rapport au ministre de la santé et des sports sur *les missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*.

Dans ce rapport les membres de la commission proposent :

- 3 principes structurants d'une politique novatrice en santé mentale :
  - intégrer un volet santé mentale s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social
  - renforcer le rôle institutionnel des malades, de leurs familles ou de leur entourage
  - l'évaluation des structures, des activités et des pratiques
- Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé et proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé :
  - un niveau de proximité sur un territoire correspondant à celui du secteur psychiatrique actuel
  - un niveau de prise en charge de l'hospitalisation (publique et privée) : le territoire de santé
  - un troisième niveau de spécialisation et d'expertise, régional ou interrégional
- La création d'un groupement local de coopération pour la santé mentale et d'un conseil local en santé mentale
- **la loi HPST** du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*
- **la loi du 5 juillet 2011** *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge* :
  - mise en œuvre le 1<sup>er</sup> août 2011 (période transitoire dès le 23 juillet 2011)
  - fait intervenir le juge des libertés et de la détention (JLD), notamment pour les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et les hospitalisations complètes à la demande du représentant de l'Etat
  - organise les hospitalisations sans consentement à domicile (programme de soins)
  - renforce le droit des patients (information, association aux décisions et aux programmes de soins, recours au JLD...)
  - les missions des commissions départementales des soins psychiatriques (ex CDHP) sont recentrées sur les situations les plus sensibles.
- **la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance** avec l'organisation en pôle des établissements de santé a impacté l'organisation et le fonctionnement sectoriel
- **les modalités de financement des soins psychiatriques publics** sont inchangées (dotation annuelle de financement), poursuite de l'expérimentation du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM PSY), dans une perspective de tarification à l'activité.

- le guide méthodologique du SROS-PRS avec les orientations nationales :
  - améliorer l'accès aux soins
  - assurer la continuité des prises en charge sur les territoires de santé en tenant compte des populations spécifiques (personnes âgées, adolescents, personnes en situation de précarité, personnes détenues, patients autistes et souffrant de troubles envahissants du développement, patients souffrant d'addictions).
- **les priorités du PSRS de Lorraine** :
  - **améliorer l'espérance de vie en bonne santé (prévention)**  
repérer et prévenir la souffrance psychique (prévention du suicide, prévention et repérage des addictions, renforcer la prévention et le repérage précoce de la souffrance au travail)
  - **promouvoir l'égalité devant la santé**  
Réduction des inégalités (renforcer le rôle des CMP, améliorer le parcours des populations particulières)  
Respect des droits des usagers (respecter le parcours de vie de chacun, informer les usagers sur leurs droits).
- **développer un système de santé de qualité, accessible et efficient**  
réorganiser l'offre de santé mentale  
mettre en place des mesures de coordination avec les autres politiques de santé et les acteurs du champ social.

### III. **DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)**

**Etat des lieux** : la prise en charge hospitalière et extrahospitalière repose sur la circulaire du 15 mars 1960 dont les objectifs ont été réactualisés par la circulaire du 14 mars 1990.

#### Organisation sectorielle :

En Lorraine et pour moitié en Moselle, l'offre de soins en psychiatrie s'appuie sur 30 secteurs adultes et 14 secteurs en psychiatrie infanto-juvénile (données 2009).

30 secteurs adultes : 15 en Moselle, 9 en Meurthe et Moselle, 4 dans les Vosges et 2 en Meuse,  
14 secteurs infanto-juvéniles : 6 en Moselle, 4 en Meurthe et Moselle, 2 dans les Vosges et 2 en Meuse.

Chaque secteur dispose en moyenne de **55 à 60 lits d'hospitalisation**.

**Constat :**

Cette offre présente des particularités selon les territoires.

- **Dans l'Ouest Mosellan**, dont la population dépasse les 600 000 habitants, l'offre publique s'appuie sur 6 secteurs adultes et 3 secteurs infanto-juvéniles.

Cependant, les patients du territoire de Thionville nécessitant des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, doivent être hospitalisés au CHS de Jury, les unités d'hospitalisation gérées par le CHR (2 secteurs adulte sur Thionville et 1 secteur infanto-juvénile) ne peuvent admettre que des patients en hospitalisation à la demande d'un tiers.

**- Dans l'Est Mosellan :**

Dans le bassin houiller, les professionnels du CHS de Sarreguemines et du CH de Lorquin se partagent le territoire (le CH de Lorquin intervient en particulier à Saint – Avold).

**- En Meurthe et Moselle :**

Le secteur du Toulinois est vaste (=TSP n°14), géré par le CHU, il est déficitaire en structures extrahospitalières que ce soit en psychiatrie adulte ou infanto-juvénile.

Dans l'est du département des secteurs isolés adultes et enfants dépendent de CHG.

Champ hospitalier :

Taux d'équipement en lits et place installées pour 100 000 hab.

|                                                                                                            | Meurthe et Moselle | Meuse | Moselle | Vosges |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|---------|--------|
| Nombre de lits et places en psychiatrie générale pour 100 000habitants de 17 ans et +                      | 114                | 196   | 126     | 120    |
| Nombre de lits et places en psychiatrie infanto-juvénile générale pour 100 000habitants de moins de 17 ans | 91                 | 56    | 36      | 73     |

DREES , RAPSY 2008 , données administratives

INSEE , estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2008

→ **6 centres hospitaliers spécialisés** dont 3 en Moselle (1036 lits : CHS de Jury les Metz, de Lorquin, de Sarreguemines), 1 en Meurthe et Moselle (CPN de Laxou, 320 lits), 1 dans les Vosges (CHS de Ravenel, 260 lits) et 1 en Meuse (CHS de Fains-Véel, 184 lits)

→ **5 centres hospitaliers MCO/ Psychiatrie :**

1 en Moselle à Thionville, hôpital Bel Air (CHR Metz – Thionville = 44 lits), 2 en Meurthe-et-Moselle (CHU et CH St Nicolas de port = 100 lits), 1 en Meuse (CH de Verdun, 98 lits) et aucun dans les Vosges.

→ **2 établissements de santé d'intérêt collectif (ESPIC) :** 1 à Metz (Hôpitaux Privés de Metz, 35 lits), 1 en Meurthe-et-Moselle (hôpital de Mont Saint Martin, Alpha santé, 24 lits)

→ **1 établissement privé en Moselle** (clinique Sainte Marguerite de Novéant, 54 lits)

Dispositifs de soins extra hospitaliers :

L'offre de psychiatrie générale et infanto-juvénile de chaque secteur comprend au minimum :

1 CMP, hôpital de jour, 1 CATTP, dont certaines de ces structures sont spécialisées (ex : CMP et HDJ personnes âgées dans les Vosges).

**Constat :**

L'accès aux soins en CMP n'est pas satisfaisant sur les TSP n°1, 4, 5 et 14 par déficit de structure.

Les TSP 4, 5 et 14 cumulent en outre une absence ou un déficit en psychiatres libéraux.

Les structures alternatives de type HdJ, CATTP sont également déficitaires de même que les structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées et/ou des enfants et des adolescents.

De manière générale, l'accès aux soins en CMP est freiné par un défaut d'efficience.

Organisation des urgences

- Chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences intègre un dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques (présence sur site d'équipes spécialisées et / ou système d'astreinte avec couverture H24).
- Sur Nancy (CHU) et Metz (CHR), les services d'urgence disposent en plus d'un Centre d'Accueil et de Crise (CAC).

Prise en charge des adolescents

- Chaque département dispose d'une unité d'hospitalisation à temps plein (celle de Meuse est en cours d'installation) : CHS de Jury, CPN Laxou, CHS de Ravenel et CH de Verdun.

- Prise en charge extrahospitalière :

Même si elles ne font pas partie du champ sanitaire les Maisons des Adolescents (MDA) concourent au dispositif.

Hormis les Vosges chaque département dispose d'une MDA.

La première a été ouverte en Moselle en janvier 2008 (Metz et une antenne à Saint-Avold), puis Nancy en 2010 et la Meuse en 2011 (Verdun et antenne à Bar-le-Duc).

Les fonctionnements sont différents d'un département à l'autre avec un poids sanitaire plus ou moins conséquent selon le promoteur.

Le secteur médico-social contribue également à cette prise en charge avec les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) très présents en Meurthe-et-Moselle et en Meuse.

On dénombre ainsi 17 CMPP et antennes en Lorraine dont 9 en 54, 5 en 55, et seulement 2 en 57 et 1 en 88.

Les CMPP sont partenaires des MDA.

Le CMPP de Metz gère également un BAPE (bureau d'aide psychologique pour les étudiants) sur le campus universitaire de Metz.

Enfin la Clinique de psychologie médicale de Phalsbourg accueille en hébergement les adolescents scolarisés en Lycée (intersecteur du CHS de Lorquin).

**Constat :**

Une croissance rapide de l'effectif des enfants et adolescents suivis dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Des difficultés rencontrées par les institutions du champ social, médico-social, éducatif, judiciaire confrontées à la souffrance et aux troubles du comportement des enfants et des adolescents dont ils ont la charge.

Un déficit en Lorraine de structures spécifiques permettant une prise en charge alternative, en particulier des adolescents.

### Prise en charge des populations précaires

Des dispositifs favorisent la prise en charge psychiatrique de ces populations :

**Les équipes mobiles psychiatrie, précarité** (plan santé mentale) sont réparties sur tout le territoire hormis dans les Vosges.

On en dénombre 2 en Moselle, 1 en Meurthe et Moselle, 1 en Meuse.

Le CHS de Ravenel n'avait pas souhaité mettre en place une EMPP.

**Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM)** : 1 seul en Meuse et 4 pour chacun des 3 autres départements.

**Les Maisons Relais** : on en dénombre 4 à 7 par département (305 places au 31/12/2009).

### Garantir les droits des personnes hospitalisées

#### **Les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques(CDHP)**

Les CDHP (art L 323-1 du CSP) sont chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, cette commission est composée de six membres : deux représentants des usagers, trois médecins (un praticien hospitalier, un psychiatre libéral, et un médecin généraliste) et un magistrat. Ces commissions ont été mises en place dans chaque département avec des modes de fonctionnement un peu différents selon les difficultés à recruter des membres.

Depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, cette commission devient la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP : art L 3222-5).

Outre le suivi des admissions en soins psychiatriques et les visites d'établissements, elles adressent chaque année un rapport d'activité au représentant de l'Etat du département, au procureur de la République, au Directeur de l'Agence Régionale de Santé et au Contrôleur Général des lieux de privation des libertés.

#### **La commission de suivi médicale UMD (Unité de malades difficiles du CHS de Sarreguemines) (art R.3222-6)**

Elle est propre au département de la Moselle qui dispose de la plus importante capacité d'hospitalisation (164 lits) sur le territoire national.

Cette commission est composée de quatre membres nommés par le Directeur de l'ARS : un médecin inspecteur de la santé, trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles.

Elle examine au moins tous les 6 mois le dossier de chaque patient hospitalisé (en Moselle, le patient est reçu en consultation), Elle visite l'unité pour malades difficiles à tout moment qu'elle juge utile et au moins une fois par trimestre.

#### **Détenus :**

Dans l'attente de l'ouverture de l'UHSA de 40 lits (Unité hospitalière spécialement aménagée) de Nancy Laxou (décrets du 18 mai 2010 et arrêté du 20 juillet 2010), les détenus devant bénéficier de soins psychiatriques sans consentement sont hospitalisés dans l'établissement psychiatrique de proximité.

### Modifications 2009



07/01/10

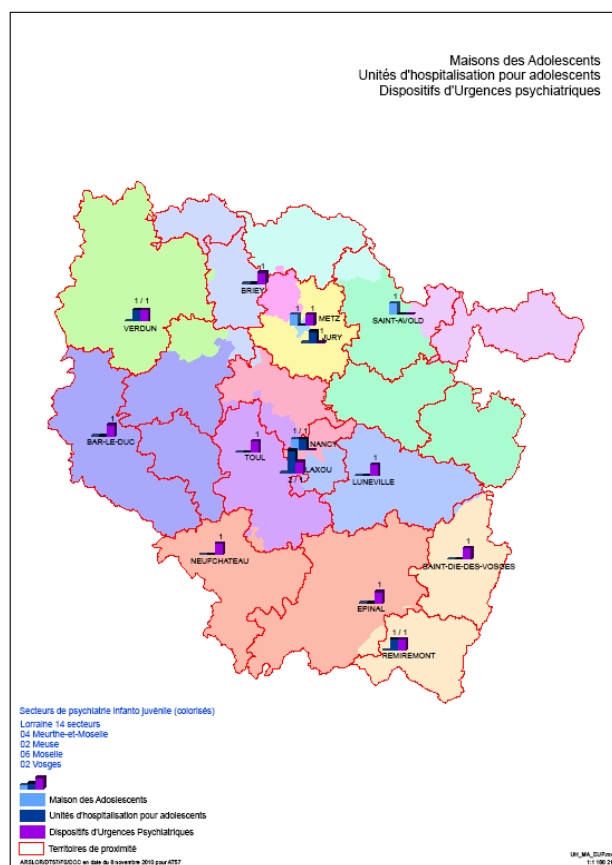
A map of the Republic of Serbia showing its administrative divisions into 11 regions. Each region is labeled with a code: 55102, 54103, 57105, 57102, 57101, 54101, 57103, 54104, 54102, 55101, 88101, 88102, and 57104. The regions are colored in a light tan color with black outlines.













## Démographie médicale

La répartition sur le territoire des psychiatres libéraux est très loin d'être homogène, plusieurs territoires ne comptent aucun psychiatre libéral : pour certains, peu peuplés et jouxtant des territoires moins pourvus (Pays du SO meurthe-et-mosellan, Pays du Saulnois), les solutions de recours peuvent se trouver dans le territoire voisin. Cette situation peut se vérifier dans une moindre mesure dans les territoires tels que ceux du pays du Cœur de Lorraine et du Haut Val de Meuse. En revanche, dans d'autres, plus peuplés, comme ceux de Longwy, de Lunéville et de Nancy, les solutions de recours sont nombreuses. On peut donc constater que les distances à parcourir pour avoir recours facilement à ce type de professionnel sont assez élevées.

**Densité en psychiatres  
par territoires de santé de proximité**

**Nombre de psychiatres libéraux  
pour 100 000 habitants en 2005**

- Aucun psychiatre
- < 2,8
- de 2,8 à 5,2
- de 5,2 à 8,9
- > 8,9

**Moyenne lorraine : 5,9 psychiatres pour 100 000 habitants**  
**Moyenne France : 10,6 psychiatres pour 100 000 habitants**

**Nombre de psychiatres libéraux  
par commune**

- ◆ 1-2
- 3-4
- 5-7
- 8-9
- 10-32

Source : ADEL released on 10/10/07 - base population de population - Graphique - Données Dots démographique cartouche

© 2011 - CARSIS G&L Lorraine - Centre d'Information

- Au 1/07/2007, 343 psychiatres et pédopsychiatres exercent en Lorraine. La densité en Lorraine n'a pas beaucoup progressée entre 1997 et 2007 (14,2 à 14,6 psychiatres salariés ou libéraux / 100 000 hab).
- **Faible densité des libéraux (139)** : 5,9 /100 000 hab. en Lorraine versus 10,9 en France ; Plusieurs territoires de santé ne comptent aucun psychiatre libéral. On prévoit 190 départs en retraite d'ici 10 à 15 ans.
- **Démographie hospitalière** : une situation préoccupante ; taux de vacance = 14,2 %. Certains ES sont plus particulièrement touchés par l'absence de psychiatre (Fains-Véel, Verdun, CHS Jury les Metz).
- **Pédo-psychiatres** : On en recense 84 avec une pyramide des âges **défavorable** (3/4 ont plus de 50 ans et 40 % plus de 55 ans), départ en retraite de 6 à 7 professionnels par an !

#### Démographie paramédicale

Il n'y a pas a priori de problème de démographie paramédicale en Lorraine. Il s'agit plus de susciter le désir des nouveaux diplômés de venir travailler en psychiatrie. C'est donc en termes d'attractivité que s'énonce la problématique de démographie paramédicale.

2623 infirmiers (IDE ou de secteur psychiatrique) sont salariés dans les établissements spécialisés en psychiatrie. Par contre la pyramide des âges est défavorable, 31 % des infirmiers exerçant dans les établissements ont plus de 50 ans.

Un besoin de formation complémentaire toujours plus grand pour les jeunes professionnels.

Le contenu psychiatrique dans la formation initiale d'infirmière est encore réduit (réforme de la formation infirmière de juillet 2009).

#### Santé de la population Lorraine et recours aux soins

##### Recours aux soins

50 % des usagers ayant des besoins de soins en santé mentale s'adressent prioritairement **au médecin généraliste** et 13 % seulement à un psychiatre (source enquête santé mentale en Lorraine réalisée en octobre 2008 - ORSAS et Ecole de Santé Publique de Nancy).

Le faible recours à un spécialiste d'emblée peut s'expliquer par la peur de la stigmatisation et la crainte qu'inspirent les troubles psychiatriques.

Par ailleurs, bon nombre de consultations auprès des médecins généralistes pour des motifs somatiques masquent des souffrances psychiques.

Cette donnée démontre le rôle capital que jouent les **médecins généralistes**. Ce sont des acteurs essentiels, de premier recours qui doivent être pris en compte dans tous les dispositifs.

**Le Centre Médico Psychologique (CMP)** demeure la structure pivot sur laquelle s'articule l'ensemble du dispositif. Situé dans la cité, dans des lieux banalisés, il permet une accessibilité aux soins meilleure, à condition que les délais de RDV soient raisonnables ce qui n'est pas toujours le cas.

Mortalité par suicide**- En France**

Les chiffres ci-dessous témoignent de l'importance de cette problématique qui en fait un sujet de santé publique majeur.

En 2006, 10 423 décès par **suicide** ont été enregistrés en France métropolitaine ; si on fait l'hypothèse d'une sous-déclaration de 20 %, on compterait après correction 12 500 décès.

Le tableau ci-dessous résume les décès selon les principales causes externes et met en évidence la prévalence importante du suicide.

**Causes externes de morbidité et mortalité****Ensemble des causes externes**

|                                | HOMMES |              | FEMMES |       | ENSEMBLE |       |
|--------------------------------|--------|--------------|--------|-------|----------|-------|
|                                | Nb/an  | %            | Nb/an  | %     | Nb/an    | %     |
| <b>Suicides</b>                | 325    | <b>12,3%</b> | 101    | 3,2%  | 426      | 7,4%  |
| <b>Chutes accidentelles</b>    | 94     | 3,6%         | 125    | 4%    | 219      | 3,8%  |
| <b>Accidents de transports</b> | 133    | <b>5,1%</b>  | 47     | 1,5%  | 180      | 3,1%  |
| <b>Autres causes externes</b>  | 317    | 12%          | 282    | 8,9%  | 599      | 10,3% |
| <b>Total</b>                   | 869    | 33%          | 555    | 17,6% | 1424     | 24,6% |
| <b>0-64 ans</b>                | 528    | <b>60,8%</b> | 152    | 27,3% | 680      | 47,8% |

**- En Lorraine**

Entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007, on observe **en Lorraine** une **augmentation de 16 % du taux de mortalité par suicide** ; en France, sur la même période le taux de mortalité par suicide **a baissé de 8 %**.

Taux comparatifs de patients hospitalisés pour tentative de suicide  
et de mortalité par suicide

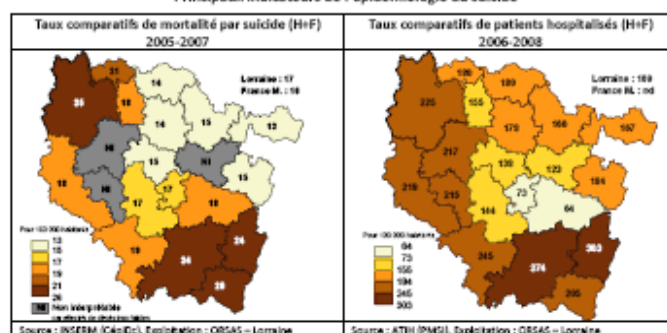
|                                 | Patients hospitalisés<br>2006-2008 |        |             | Mortalité<br>2005-2007 |        |             |
|---------------------------------|------------------------------------|--------|-------------|------------------------|--------|-------------|
|                                 | Hommes                             | Femmes | Les 2 sexes | Hommes                 | Femmes | Les 2 sexes |
| Meuse du Nord                   | 178 *                              | 276 *  | 225 *       | 42 *                   | NI     | 25 *        |
| Pays Cœur de Lorraine           | 174 *                              | 261 *  | 217 *       | NI                     | NI     | NI          |
| Pays du Bassin de Briey         | 145 *                              | 165 *  | 155         | 34                     | NI     | 18          |
| Territoire de Longwy            | 154 *                              | 208    | 180         | 34 *                   | NI     | 21 *        |
| Territoire de Thionville        | 122                                | 240 *  | 180 *       | 25                     | 5      | 14          |
| Territoire de Metz              | 134                                | 222 *  | 178 *       | 21                     | 7      | 14          |
| Bassin Houllier                 | 124                                | 210    | 166         | 28                     | 5      | 15          |
| Pays de Sarreguemines-Bitche    | 130                                | 208    | 167         | 21                     | NI     | 13          |
| Pays du Saulnois                | 90 *                               | 155 *  | 123 *       | NI                     | NI     | NI          |
| Pays de Sarrebourg              | 138                                | 233    | 184         | 22                     | NI     | 15          |
| Pays Barrois                    | 170 *                              | 272 *  | 219 *       | 32                     | NI     | 18          |
| Pays du Haut Val de Meuse       | 165                                | 270    | 215 *       | NI                     | NI     | NI          |
| Pays de l'Ouest Vosgien         | 179 *                              | 315 *  | 245 *       | 37                     | NI     | 19          |
| Pays Terres de Lorraine         | 132                                | 156 *  | 144 *       | 27                     | NI     | 17          |
| Pays du Val de Lorraine         | 102 *                              | 174 *  | 138 *       | 20                     | NI     | 15          |
| Territoire de Nancy             | 66 *                               | 79 *   | 73 *        | 23                     | 11 *   | 17          |
| Pays Lunévillois                | 44 *                               | 84 *   | 64 *        | 31                     | NI     | 18          |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges | 192 *                              | 359 *  | 274 *       | 38 *                   | 12     | 24 *        |
| Pays de la Déodatie             | 214 *                              | 393 *  | 303 *       | 40 *                   | NI     | 24 *        |
| Pays de Remiremont              | 141                                | 274 *  | 205 *       | 43 *                   | NI     | 26 *        |
| Lorraine Nord                   | 134 *                              | 220 *  | 176 *       | 26                     | 6 *    | 16          |
| Lorraine Sud                    | 122 *                              | 199 *  | 160 *       | 31 *                   | 10     | 20 *        |
| Meurthe-et-Moselle              | 93 *                               | 123 *  | 108 *       | 27                     | 9      | 18          |
| Meuse                           | 174 *                              | 272 *  | 221 *       | 37 *                   | 6      | 21 *        |
| Moselle                         | 127                                | 219 *  | 173         | 24                     | 6 *    | 14 *        |
| Vosges                          | 183 *                              | 341 *  | 260 *       | 39 *                   | 10     | 24 *        |
| Lorraine                        | 128                                | 211    | 169         | 28 *                   | 8      | 17 *        |
| France métropolitaine           | ND                                 | ND     | ND          | 25                     | 8      | 16          |

Sources : Patients hospitalisés : ATIH (PMSI)

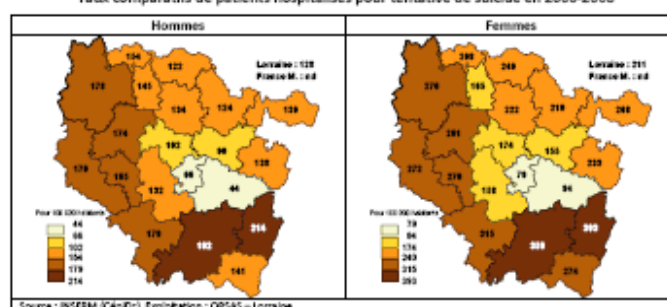
Mortalité : INSERM (CépiDc)

\* : mortalité : Taux significativement différents du taux français. Patients hospitalisés : Taux significativement différents du taux lorrain (P&lt;0,05).

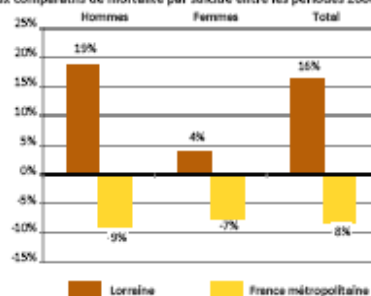
Principaux indicateurs de l'épidémiologie du suicide



Taux comparatifs de patients hospitalisés pour tentative de suicide en 2006-2008



Évolution des taux comparatifs de mortalité par suicide entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007

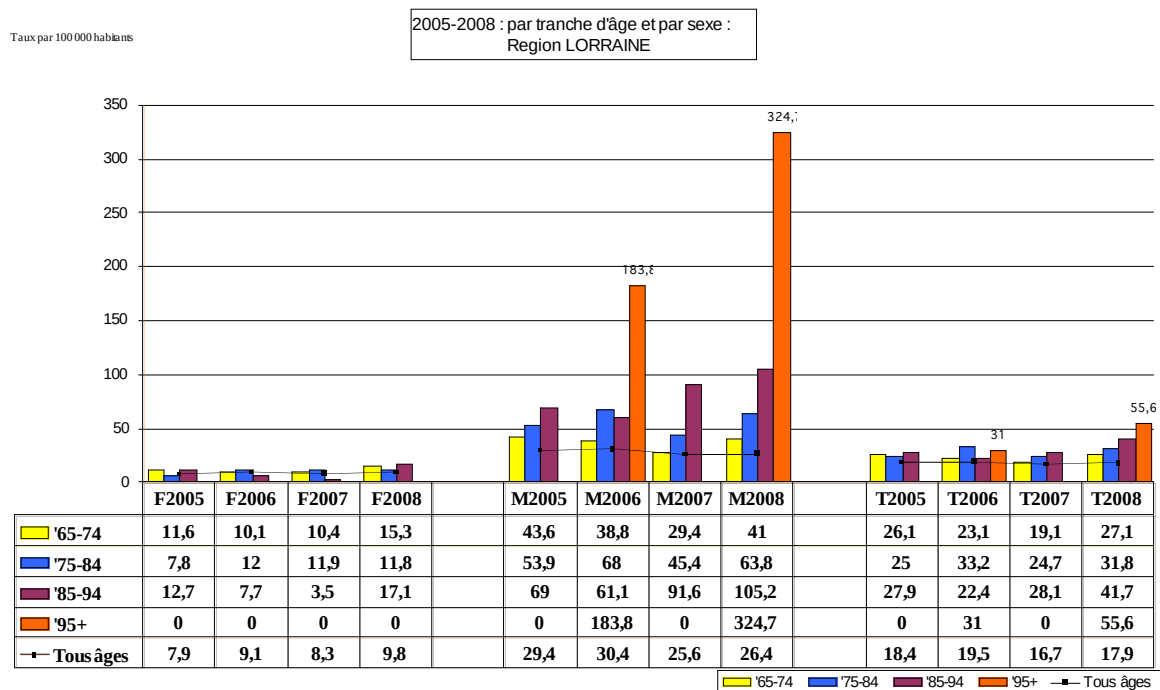


DONNEES PAR DEPARTEMENTS**Mortalité par suicide 2005/2007****Vosges :****Hommes 39/100 000**, VS 28 en Lorraine, VS 25 en France**Femmes 10/100 000**, VS 8 en Lorraine, VS 8 en France

Ces taux sont supérieurs à ceux observés en région et nationalement.

**Meurthe et Moselle :****Hommes 27/100 000**, VS 28 en Lorraine, VS 25 en France**Femmes 9/100 000**, VS 8 en Lorraine, VS 8 en France

Même si ces taux sont parmi les plus bas observés en région ils restent supérieurs pour les hommes et les femmes aux taux nationaux.

**Meuse :****Hommes 33/100 000**, VS 28 en Lorraine, VS 25 en France**Femmes 7/100 000**, VS 8 en Lorraine, VS 8 en France**Moselle :****Hommes 23/100 000**, VS 28 en Lorraine, VS 25 en France**Femmes 7/100 000**, VS 8 en Lorraine, VS 8 en France**Suicide des personnes âgées de + de 65 ans**

Ce tableau met en évidence que le taux de suicide des personnes âgées de + de 65 ans augmente d'autant plus que l'on avance en âge même s'il faut relativiser en considérant que le pourcentage de décès par suicide dans ces tranches d'âges reste faible au regard de l'ensemble des autres causes de mortalité.

#### **IV. Parcours de santé avec mise en évidence des points forts et des points de rupture**

##### **Points forts :**

- Un maillage homogène des territoires
- La prise en charge des urgences psychiatriques
- Une psychiatrie de liaison existante et efficace

##### **Points faibles :**

###### *En termes de structures*

- La prise en charge hospitalière des adolescents à forts troubles du comportement, inadéquats en pédiatrie et en psychiatrie adulte.
- L'insuffisance de structures hospitalières spécialisées (CMP/HdJ PA, CMP et HdJ adolescents +++).
- L'insuffisance des alternatives à l'hospitalisation pour les patients ne relevant plus d'une prise en charge sanitaire (FAS, FA, MAS et autres hébergements).
- Une insuffisance notoire de SAVS et de SAMSAH. La Meuse ne dispose d'aucune de ces structures.

###### *En termes de professionnels*

- La démographie médicale

###### *En termes de dispositifs :*

- L'insuffisance de lisibilité du dispositif pour les professionnels et en particulier pour les médecins généralistes, premiers adresseurs.
- Limiter le fonctionnement en « tuyaux d'orgues »
- Des liens avec le médico-social et le social à consolider.

#### **V. ORIENTATIONS DETAILLEES DE TRAVAIL**

- **Améliorer l'accès aux soins :**

##### **➤ Renforcer le rôle des CMP et leur accessibilité.**

**Renforcer le rôle des CMP** ainsi que leur efficience au sein du territoire de santé. Ils sont garants de la politique de santé mentale, pivots du dispositif, leur accessibilité (géographique, aux transports en communs, en matière d'horaires) doit être améliorée, en tenant compte du découpage sectoriel, de la permanence de soins.

##### **Populations spécifiques :**

###### *Enfants, adolescents :*

- promouvoir les CMP adolescents, compléter l'offre en CMPP (Moselle)
- développer l'hôpital de jour après 8-10 ans jusqu'à 16-18 ans
- développer la prise en charge hospitalière des adolescents à forts troubles du comportement, inadéquats en pédiatrie et en psychiatrie adultes (création de 10 à 12 lits localisation à définir).
- développer des prises en charge "mixtes" adultes et IJ pour les 16-25 ans en mutualisant des moyens des 2 champs.



Personnes âgées :

- compléter l'offre en CMP PA sur le territoire (sauf Vosges).

Publics précaires :

- conforter le rôle des équipes mobiles de psychiatrie et précarité et l'offre dans les Vosges et le nord de la Moselle.

➤ ***Impliquer les médecins libéraux dans la politique de santé mentale et la continuité des soins*** : médecins généralistes, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres (information, formation, coordination, réseau)

- Veiller à ce que la pénurie médicale n'entraîne pas un retour vers des activités hospitalo-centrées.

**- Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité après l'hospitalisation**

Conforter les alternatives à l'hospitalisation, la réhabilitation psycho-sociale et le parcours de soins (Appartements protégés, maisons relais, Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), collaboration avec les représentants d'usagers, SAVS, SAMSAH). La Meuse est particulièrement concernée.

Renforcer la formation des professionnels soignants en EHPAD à la prise en charge de PA ayant des troubles du comportement.

Accroître la collaboration avec le champ social et médico-social (tous les territoires sont concernés) : place des SAVS et des SAMSAH.

**- Accentuer des actions ciblées de prévention et de dépistage** (suicides +++, addictions, mal être, souffrances psychiques).

Prévention du suicide et du mal être chez les adolescents (information, formation des partenaires en milieu scolaire et post-scolaire). Développer la prévention en favorisant les liens et l'implantation dans les lieux neutres (points-écoute, maison des adolescents, points jeunes, etc...).

Développer une véritable prévention du suicide chez les personnes âgées (promouvoir la création de STAPA (service téléphoniques d'appel aux personnes âgées en lien avec les municipalités).

Prévention de la souffrance au travail.

**- Limiter les ruptures de soins en instituant une coordination du parcours patient.**

Mettre en place des Conseils Locaux de Santé Mentale associant les acteurs du soin, du médico-social, du social, de la protection de l'enfance (en particulier dans les grandes agglomérations).

Conforter le dispositif des GEM.

Collaborer d'avantage avec les usagers et leurs entourages familiaux et/ou les aidants.

**- Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les autres professionnels de santé et les usagers**

Mettre en place un référent santé mentale dans chaque CHS afin de constituer une "porte d'entrée" pour tous les professionnels de santé.



Il sera chargé de renseigner et/ou de renvoyer vers les professionnels utiles. Il aura également une mission d'information, d'accompagnement du public sur les dispositifs de soins en santé mentale.

Améliorer la lisibilité du dispositif en direction des professionnels de santé et particulièrement des médecins généralistes ainsi que la communication entre les structures psychiatriques et ces derniers.

**- Améliorer la qualité de la prise en charge psychiatrique :**

Il conviendra de réinterroger la pertinence du découpage sectoriel actuel dans certains territoires afin de rendre plus cohérentes et lisibles les prises en charge et l'identification des acteurs.

**- Devenir des personnes hospitalisées au long court en psychiatrie**

La situation des personnes hospitalisées au long court en psychiatrie constitue une problématique majeure tant pour les patients eux-mêmes qu'en termes d'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement médico-social.

Il s'agit de personnes restées hospitalisées au-delà des indications et des nécessités thérapeutiques, pour qui l'hôpital est devenu un lieu de vie et non un lieu de soins.

Les raisons à cette situation sont multiples : absence ou insuffisance de lits et /ou de places dans le champ médico-social, projet de soins insuffisamment construit, troubles du comportement et habitudes de vie parfois peu compatibles avec les règles de vie en institutions médico-sociales.

Ces personnes doublement inadéquates représentent en moyenne **20 à 25 % des personnes hospitalisées** en structures psychiatriques sur l'ensemble de la région.

Chaque personne indûment hospitalisée en psychiatrie, « libère » la place pour une douzaine d'admissions par an au moins, sur la base d'une durée moyenne d'un séjour d'un mois.

Ce pourcentage élevé laisse deviner une diminution des capacités d'accueil des hôpitaux, une mobilisation de moyens humains au détriment d'autres activités, notamment extrahospitalières ainsi qu'une réactivité amoindrie.

## II.5. ANNEXES

### II.5.b. Annexes relatives au SRP

#### SOMMAIRE

|               |   |
|---------------|---|
| VAGUSAN ..... | 2 |
|---------------|---|

## Vagusan

### Annexe 1 : Démarche d'élaboration du VAGUSAN lorrain

Ce document est organisé en 3 parties : le traitement des signaux, la gestion de crise et la communication en cas d'urgences sanitaires.

Il a été écrit par les membres d'un groupe de travail constitué par des personnes de l'ARS siège et des DT ainsi que l'équipe de la Cire Lorraine-Alsace. L'ensemble des objectifs définis pour le traitement des signaux a été élaboré suite à une enquête auprès de quelques partenaires de la veille sanitaire régionale, dont le questionnaire figure ci dessous :

#### **VAGUSAN** **Groupe de travail « harmonisation régionale du traitement des signaux et des alertes** **sanitaires »**

#### **Questionnaire pour les partenaires- Septembre 2011**

##### I. Structure et organisation

1. Un évènement sanitaire est porté à votre connaissance. Quelle autorité de santé prévenez-vous ?
2. Avez-vous connaissance des rôles de l'ARS dans le cadre de la veille sanitaire ?
3. Connaissez-vous l'existence du centre de réception des appels
4. Connaissez-vous ses coordonnées (fax, mail, téléphone) ?
5. Savez-vous comment joindre l'ARS pendant les heures ouvrées et pendant les week-ends/ jours fériés ?
6. Quel est votre avis (accueil, mode de fonctionnement) sur le centre de réception des signaux ?
7. Lors d'un signalement, contactez-vous la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire à Nancy (régional) ou le personnel présent dans les délégations territoriales ?

##### II. Signalement

1. Avez-vous déjà effectué un signalement auprès de l'ARS ?
2. Quel type d'évènements avez-vous signalé ?
3. Avez-vous été confronté à des situations dans lesquelles vous hésitez sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'ARS (contacter ou pas) ?
4. Souhaitez-vous avoir des indications sur les évènements (auxquels vous pourriez être confrontés) et qui pourraient être signalés ?
5. Pour les médecins généralistes et les laboratoires d'analyse médicale :  
Est-ce que le circuit de traitement des MDO est clair ? De même que les notions de signalement et de déclaration ?
6. Souhaitez-vous des formations sur ces thématiques ?

##### III. Traitement du signal

1. Etes-vous satisfait de la façon dont est pris en charge le signalement que vous effectuez ?
2. Souhaitez-vous plus d'information sur le circuit de traitement des signalements au sein de l'ARS ?
3. Recevez-vous les publications de la Cire (Bulletin de veille sanitaire, compte-rendu d'investigation, point épidémio canicule ou grippe) ?
4. Avez-vous eu un retour d'information sur le suivi et l'issue du signalement transmis ?
5. Si non, cela vous a-t-il manqué ?
6. Sous quelle forme souhaiteriez-vous avoir un suivi de l'issue et du traitement des signalements que vous transmettez ?
7. Souhaitez-vous avoir une formation sur le signalement (l'organisation du traitement d'un signalement, et l'impact qu'il peut avoir sur la population) ?
8. Connaissez-vous les autres acteurs et partenaires de la veille sanitaire (pouvez vous en citer 5) ?

## Annexe 2 : Partenaires régionaux et départementaux de la veille sanitaire

| Cercles                       | Partenaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1<sup>er</sup> cercle</b>  | <p><b>Professionnels de santé libéraux</b></p> <p><b>Établissements de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clin des établissements sanitaires</li> <li>- SAMU-centre 15</li> <li>- Services d'accueil des urgences</li> <li>- Services d'infectiologie, de réanimation</li> <li>- Laboratoires des centres hospitaliers et CHU</li> <li>- Centre antipoison et autres organismes chargés de la toxicovigilance</li> <li>- Centres de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales</li> <li>- Services de pathologie professionnelle et environnement</li> </ul> <p><b>Établissements médico-sociaux</b></p> <p><b>Laboratoire des hôpitaux de référence + CNR</b></p> <p><b>Laboratoire d'Etude et de Recherche en Hydrologie de l'ANSES</b></p> <p><b>IPL Santé développement durable Est (Contrôle sanitaire des eaux)</b></p> <p><b>Réseaux de professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseaux de médecins : SOS médecins, réseau sentinelle ...</li> </ul> <p><b>Centres de dépistage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)</li> <li>- Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)</li> <li>- Centres départementaux de lutte anti tuberculeuse (CLAT)</li> </ul> <p><b>Institutions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services de promotion de la santé en faveur des élèves</li> <li>- Conseil général (protection maternelle infantile, service personnes âgées.....)</li> <li>- Directions départementales (cohésion sociale) de la protection des populations (DD(CS)PP)</li> <li>- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)</li> <li>- Préfectures de départements et de zone</li> <li>- Service communal d'hygiène et de santé (Metz, Nancy, Lunéville, Saint Dié)</li> <li>- Services de santé au travail,</li> </ul> |
| <b>2<sup>ème</sup> cercle</b> | <p><b>Institutions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS)</li> <li>- Directions départementales des territoires (DDT)</li> <li>- Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF)</li> <li>- Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE)</li> <li>- Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)</li> <li>- Délégations territoriales de l'ASN</li> <li>- Service de Santé aux Armées</li> <li>- Service départemental d'incendie et de secours, police, gendarmerie</li> <li>- Etats civils</li> </ul> <p><b>Réseaux de professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville</li> <li>- Observatoires régionaux de surveillance de la sensibilité aux antibiotiques (ANTIBIOLOR)</li> </ul> <p><b>Opérateurs privés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploitants responsables de la distribution d'eau potable ou du traitement des eaux usées</li> <li>- Association régionale de la surveillance de la qualité de l'air AIRLOR, ATMO LORRAINE NORD, ALQA</li> <li>- Observatoires régionaux de la santé : ORSAS</li> </ul> <p><b>Centre régional de pharmacovigilance</b></p> <p><b>Autres Partenaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élus</li> <li>- Presse</li> <li>- Collectifs associatifs</li> </ul> <p><b>Particuliers</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Annexe 3 : Principaux dispositifs de surveillance en région Lorraine

### 1. Dispositifs de surveillance spécifique

#### ➤ Les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Tout cas de MDO (liste en annexe 9) doit être signalé à l'ARS qui est chargée de :

- mettre en œuvre une réponse immédiate ;
- transmettre la DO à l'Institut de Veille Sanitaire qui assure l'enregistrement, l'analyse et l'interprétation des données. Cette analyse des tendances peut détecter une augmentation d'incidence, une modification des caractéristiques des cas, des agrégats spatio-temporels.... Cette analyse peut conduire à déclencher une alerte.

#### ➤ Surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) et des gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités de personnes âgées

Les recommandations « relatives à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées » s'accompagnent d'une demande de signalement sans délai des cas groupés d'IRA (Circulaire du 22 novembre 2006). Une demande similaire est attendue prochainement suite à la parution en 2010 des recommandations « relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissements d'hébergement pour personnes âgées ».

Depuis 2008, la Cire organise avec les services déconcentrés et l'Arin une sensibilisation des Ehpad et USLD de Lorraine à la prévention des foyers infectieux à potentiel épidémique à travers notamment la mise en place d'un système de surveillance des épisodes d'IRA et de GEA. Leur détection précoce favorise la maîtrise rapide des foyers et l'analyse des signalements permet l'étude de leur prise en charge, des tendances épidémiologiques et fournit des éléments de rétro-information utiles aux partenaires de la veille sanitaire comme aux établissements.

#### ➤ Surveillance des IST en Lorraine

Dans le contexte national de forte recrudescence des IST, la Cire décline en Lorraine depuis mars 2010, avec l'appui d'un comité de suivi et via un réseau régional de cliniciens volontaires, le programme national « RésIST » de surveillance de 3 IST : les diagnostics de syphilis, gonococcie et lymphogranulomatose vénérienne (LGV) font l'objet de questionnaires dont l'analyse fournira les connaissances nécessaires à l'orientation des actions de prévention.

#### ➤ Système de surveillance des intoxications par le monoxyde de carbone

Mis en place au niveau national en 2005 et géré par l'InVS, ce dispositif possède un coordinateur régional au sein du service santé-environnement de l'ARS. Il s'appuie sur un réseau de déclarants urgentistes (Services d'accueil des urgences, services mobiles d'urgence et de réanimation, pompiers). L'objectif du système est la prévention des récurrences par une intervention rapide de techniciens sanitaires sur les lieux de l'intoxication, afin d'en déterminer l'origine et de faire des recommandations de prévention. Le Centre Antipoison et l'ARS renseignent un logiciel national qui centralise les informations concernant chaque cas déclaré. Une analyse épidémiologique annuelle est réalisée au niveau régional par la Cire et le CAP.

#### ➤ Réseaux de professionnels de santé GRIPPE

Ces réseaux témoignent de la participation des professionnels de santé en particulier de la médecine libérale. Parmi les données collectées par ces réseaux se trouvent aussi le nombre d'hospitalisations. L'existence de données depuis de nombreuses années permet de disposer de seuils épidémiques. Certains de ces systèmes ont un correspondant régional :

- **Le réseau sentinelle de l'Inserm** dont les données sont accessibles en ligne (<http://www.sentiweb.org>) qui comporte sur la Lorraine **une quarantaine de médecins**.
- **Le réseau Grog** (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) géré en Lorraine par l'ORSAS (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales). **Une trentaine** de médecins libéraux renseignent tous les lundis d'octobre à avril le nombre d'actes réalisés dans la semaine ainsi que des données sanitaires sur des infections respiratoires aiguës, couplées à des prélèvements virologiques. Ces informations sont transmises à Open Rome à

Paris, qui définit des seuils épidémiques et réalise les cartes disponibles sur internet (<http://www.grog.org>), soit sous forme d'un bulletin hebdomadaire.

➤ **Système de surveillance des vigilances**

Le système est décrit en annexe 7.

## **2. Dispositifs de surveillance non spécifiques**

Les événements sanitaires de ces dernières années ont montré la nécessité de diversifier les sources d'information de surveillance sanitaire en France. L'objectif est de développer un système de surveillance capable de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique d'origines aussi diverses qu'un phénomène environnemental ou une pathologie infectieuse émergente et de mesurer l'impact d'événements connus comme la canicule ou les épidémies hivernales. Ce système est centré sur des structures capables de fournir au jour le jour des informations sur l'état de santé de la population et non plus uniquement sur des pathologies ou des syndromes identifiés *a priori*.

- **Le système de surveillance SurSaUD®** de l'Institut de veille sanitaire se développe depuis 2004 pour répondre à ces objectifs. Il inclut aujourd'hui plusieurs sources d'informations :
  - les données des services d'urgences hospitalières, avec le réseau Oscour® (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) depuis 2004 (250 services participent à ce réseau de surveillance). L'inclusion dans ce système des données des SAMU est à l'étude ;
  - les données des associations SOS médecins depuis septembre 2006 (55 associations en 2010).
  - les données de mortalité enregistrée par l'INSEE

Ce réseau entièrement informatisé permet à la Cire Lorraine-Alsace d'analyser quotidiennement des données d'activité et des données spécifiques concernant les pathologies des classes syndromiques sensibles (pathologies respiratoires, cardiaques, gastro-entérologiques, méningites, pathologies liées au froid). En cas d'évolution anormale d'un de ces indicateurs, la Cire assure la validation du signal et transmet le signal validé à la CVAGS pour l'évaluation de la menace et la mise en place de mesures de gestion.

➤ **Serveur régional de veille et d'alerte**

Ce serveur, mis en place en 2005 à la demande de la DHOS, recueille au quotidien les données d'activité des urgences (SAMU, SMUR, services des urgences), ainsi que les lits fermés, les lits disponibles et les décès, dans l'ensemble des établissements de santé de la région (hôpitaux, centres spécialisés de réadaptation, USLD, cliniques, établissements psychiatriques...). Il s'inscrit dans la mesure 15 du plan urgences, intitulée « connecter les urgences à la veille sanitaire », ce plan faisant partie des quatre priorités de santé publique retenues en 2004 au niveau national.

Les activités des urgences et les disponibilités en lit sont surveillées au quotidien par l'ARS.

➤ **Système d'alerte canicule et santé (SACS)**

Mis en place en 2004, il consiste en la surveillance quotidienne de l'activité d'urgence des établissements hospitaliers, des décès enregistrés par les services d'état-civil, de l'activité des établissements de pompes funèbres (uniquement en 2004) et de l'activité des services d'incendie et de secours dans 6 villes sentinelles : Metz, Thionville, Verdun, Bar le Duc, Nancy et Vandœuvre-lès-Nancy. La Cire assure la coordination de ce système et l'analyse quotidienne des données.

## **3. Surveillance des expositions (eau, air, aliment)**

### **3.1. L'eau**

Les eaux destinées à la consommation humaine, les eaux de baignades déclarées et les eaux des piscines ouvertes au public sont soumises à un contrôle strict qui s'exerce à deux niveaux :

- Auto-surveillance de l'exploitant
- Des analyses de la qualité de l'eau sont réalisées dans le cadre du contrôle sanitaire de l'ARS. Les prélèvements d'eau sont réalisés régulièrement par le laboratoire agréé IPL (titulaire du marché public du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2012) qui les analyse selon des méthodes normalisées.

Une situation d'alerte est déclenchée par un résultat d'analyse non conforme aux limites de qualités ou le signalement d'un usager (goût de l'eau potable par exemple)

En outre, le risque d'atteinte de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine est évalué pour toute pollution du milieu naturel signalée à l'ARS. Une pollution ne conduit à une situation d'alerte que dans la mesure où elle menace la qualité de l'eau.

#### Situations d'urgences : les laboratoires Biotox-Eaux

Des laboratoires sont spécialisés depuis 2003 dans la recherche des agents de la menace terroriste. Chaque Zone de Défense dispose d'un laboratoire qui fait partie du réseau Piratox-Biotox. Pour la Zone Est c'est le Laboratoire d'Hydrologie de Nancy(LHN) de l'ANSES.

Sous astreinte de fonctionnement, ils sont chargés des prélèvements et analyses des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de loisirs, en cas de pollution ou de suspicion de pollution, quelle qu'en soit son origine (accidentelle ou volontaire) et sa nature (biologique, chimique voire radiologique). Ils interviennent soit en dehors des heures ouvrées des laboratoires de routine, soit en appui de ces laboratoires pendant les heures ouvrées.

### **3.2. L'air**

Les deux associations agréées en Lorraine pour le suivi de la qualité de l'air :

- AIRLOR (basée à Nancy)

Zone de compétence : 54 SUD, 55, 88, 57 SUD

- ATMO LORRAINE NORD (fusion d'AERFORM basée à Metz et d'ESPOL basée à l'Hôpital)

Zone de compétence : Sillon Mosellan de Longwy à Pont-à-Mousson (intégrant Metz et Thionville), vallées industrialisées de la Fensch et de l'Orne, l'A31 et l'A4, site de Carling (rayon de 10 km), Moselle-Est,

ont fusionné le 1<sup>er</sup> juillet 2011 pour former l'association AIR-LORRAINE.

Elle s'appuie sur un total de 51 stations de mesures en continu (urbaines, périurbaines, rurales, industrielles et trafic). Des moyens mobiles (camions laboratoires, préleveurs,...) et des outils de modélisation locale et régionale permettent de compléter la connaissance à l'échelle de l'ensemble du territoire. Fortement développée par les scientifiques de Lorraine, la biosurveillance s'ajoute aussi aux techniques d'évaluation mises en œuvre.

Une association régionale (ALQA) complète ce dispositif pour la mesure de la pollution radioactive naturelle et artificielle.

L'ensemble des données collectées par les réseaux de surveillance est disponible sur le site [www.atmolor.org](http://www.atmolor.org).

En cas de dépassement d'un seuil, l'association en informe directement l'ARS, s'il s'agit du dépassement d'un seuil d'information ou la préfecture qui diffuse le message à l'ARS en cas de dépassement d'un seuil d'alerte. Dans ce dernier cas, l'ARS informe ses partenaires (établissements) du polluant concerné et des dispositions à mettre en œuvre pour leur public et leur personnel.

#### Surveillance des pollens

Le **RNSA** (Réseau National de Surveillance Aérobiologique) a des capteurs répartis sur l'ensemble du territoire national. Un de ces capteurs est situé à Nancy sur le toit de la faculté de pharmacie, il permet d'établir un calendrier pollinique pour la région Lorraine, calendrier utile pour adapter la prise en charge des personnes sensibilisées. L'ARS est destinataire du bulletin allerge-pollinique hebdomadaire.

### **3.3. Les aliments**

Les acteurs de la sécurité alimentaire en Lorraine sont :

- la Direction Départementale de la Protection de la Population ou la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection de la Population (comprenant l'ex Direction Départementale des Services Vétérinaires et une partie de l'ex Direction Départementale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes)
- l'Agence Régionale de Santé, au travers de la CVAGS et des Délégations Territoriales
- les Services Communaux d'Hygiène et de Santé



La répartition des missions entre ces acteurs peut différer d'un département à l'autre. Ainsi, en Moselle, l'ARS procède à des contrôles d'hygiène des établissements de remise directe aux consommateurs.

Voie d'entrée environnementale :

Les signaux relatifs à des contaminations de produits alimentaires, mis en évidence par les DDPP-DDCSPP lorraines ou comme émanant des dispositifs d'alertes nationaux des ministères en charge de la Santé et de l'Alimentation, sont communiqués à l'ARS-CVAGS.

Lorsque les produits contaminés ont été livrés à des établissements de santé et médico-sociaux, l'ARS leur relaie l'information. Les professionnels de santé locaux peuvent aussi être informés par l'ARS en cas de risque identifié pour la santé humaine en population générale.

Voie d'entrée médicale :

La mise en évidence d'une contamination de produits alimentaires peut faire suite au signalement d'une Toxi-Infection Alimentaire Collective (maladie à déclaration obligatoire).

L'ARS-CVAGS réalise la partie médicale de l'investigation, et transmet l'information aux DDPP-DDCSPP afin que celles-ci procèdent à l'enquête de terrain et à l'analyse des produits alimentaires potentiellement incriminés. En cas de suspicion d'origine hydrique de la contamination, l'ARS réalise des analyses d'eau.

#### **4. Surveillance des risques naturels ou anthropiques**

➤ **Indicateurs sécheresse**

La DREAL assure la coordination des actions. Des indicateurs sécheresse sont régulièrement transmis à la Préfecture de Zone afin de recenser toute situation de pénurie ou de risque de pénurie d'eau sur le territoire de la Zone de Défense Est.

L'ARS transmet au niveau zonal les signalements de situations critiques d'atteinte effective ou potentielle des ressources en eau, du point de vue qualitatif ou du point de vue quantitatif.

➤ **Indicateur inondations**

Le Service Prévention des Crues de la DREAL de Lorraine met à jour quotidiennement les indicateurs de vigilance quant au risque inondations. En cas de montée des eaux avec risques d'atteinte aux personnes et aux biens, la Préfecture en informe l'ARS qui recense les situations critiques, notamment établissements risquant d'être inondés, installations de production d'eau destinée à la consommation humaine.

Les données relatives aux crues en région Lorraine sont disponibles avec une actualisation en temps réel sur le site : [www.vigicrues.ecologie.gouv.fr](http://www.vigicrues.ecologie.gouv.fr)

➤ **Surveillance des risques naturels, miniers et technologiques**

La surveillance des ouvrages, installations classées ou événements naturels avec possibles conséquences sur l'environnement et les populations riveraines est réalisée par les organismes exploitant les ouvrages concernés et les services de l'Etat en charge de leur police.



## II.5. ANNEXES

### II.5.c. Annexes relatives au SROMS

#### SOMMAIRE

|                      |    |
|----------------------|----|
| Handicap.....        | 2  |
| Vieillessement ..... | 25 |

## Handicap / Vieillesse

### HANDICAP

#### PREAMBULE

Le handicap continue de se poser comme un défi majeur pour notre société et les données épidémiologiques et sociales démontrent qu'il ne régresse pas. Il est devenu une priorité nationale avec la loi du 11 février 2005 "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées".

Cette loi définit le handicap de la manière suivante : **"constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant"**.

Elle traite ainsi le handicap dans son ensemble au nom du principe d'égalité des chances et de non discrimination.

Depuis 2003, "année européenne des personnes handicapées", la déclaration de Madrid donne un cadre conceptuel pour les actions à développer en faveur des personnes handicapées au niveau européen en passant par les Etats et les régions.

Afin de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, aux évolutions démographiques et à l'exigence d'une meilleure insertion dans la vie sociale, le Président de la République a annoncé la mise en place d'un plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie. Ce plan a 3 objectifs principaux:

- accompagner tout au long de la vie avec des solutions diversifiées permettant aux personnes d'exercer leur choix de vie
- accorder une attention particulière à l'accompagnement de handicaps spécifiques (autisme, polyhandicap, handicaps psychiques)
- développer l'accompagnement pour les adultes et diversifier les modes de prise en charge notamment en direction des personnes handicapées vieillissantes en raison de l'augmentation spectaculaire de leur espérance de vie.

Dans le contexte de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), il convient *d'articuler* pour les populations en situation de handicap, les soins la prévention et l'accompagnement médico-social. C'est à ce prix que pourra s'envisager, **bien au-delà du projet de soins, le parcours et le projet de vie de la personne handicapée quelque soit son âge.**

#### ETAT DES LIEUX

##### Donnée démographiques

##### Epidémiologie

A ce jour, nous ne disposons d'aucune donnée fiable sur le nombre de personnes handicapées que ce soit au niveau national et au niveau local.

Plusieurs raisons à ce constat : les définitions plus ou moins larges du handicap, le recueil de données éclaté entre différentes instances (CNAF, CG, MDPH, CNSA, Assurance Maladie...), l'évolutivité des situations de handicap, l'absence de demande de reconnaissance du handicap par certaines personnes concernées.

On peut cependant faire état d'enquêtes ponctuelles, de données parcellaires, d'estimations, issues du nombre d'allocataires par exemple (AAH, AEEH, PCH). L'enquête ES (Etablissements spécialisés) doit être renouvelée et permettra de disposer de données sur les personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux.

Pour recenser les causes du handicap chez l'enfant, un certain nombre de sources peuvent être identifiées : certificats du 8<sup>ème</sup> jour (Cs 8) renseignés quasi exhaustivement, données PMSI, bilans d'activité des CAMSP, données MDPH... En dehors des Cs 8, les données sont parcellaires, saisies avec des objectifs spécifiques (exemple : les MDPH dans l'objectif de l'accès aux prestations). Elles ne peuvent donc pas être utilisées pour apprécier les besoins.

Devant cette insuffisance de données, les estimations basées sur les taux de prévalence gardent tout leur intérêt : la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une prévalence du handicap chez l'enfant autour **de 2 %** (CNTHRI) incluant les déficiences ou handicaps modérément sévères. Le handicap sévère représente 1 %. Le taux de prévalence tous handicaps confondus est de 3 %. Les données récentes ne montrent pas de diminution franche de la prévalence du handicap de l'enfant. L'amélioration de la prise en charge globale des enfants ne semble avoir eu qu'un impact limité et variable dans le temps.

Les calculs suivants consistent à estimer des nouveaux cas par an, sur la base du taux de prévalence général et du nombre moyen annuel de naissances :

Nombre moyen de naissances : estimation du nombre d'enfants concernés par TSP

| TSP                              | Nb moyen de naissances 2007-2009 | Taux de prévalence général 2 % :<br>Estimation du nb d'enfants concernés |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Meuse Nord                   | 959                              | 19                                                                       |
| 2 - Cœur de Lorraine             | 304                              | 6                                                                        |
| 3 - Brie                         | 876                              | 18                                                                       |
| 4 - Longwy                       | 924                              | 18                                                                       |
| 5 - Thionville                   | 2 698                            | 54                                                                       |
| 6 - Metz                         | 4 403                            | 88                                                                       |
| 7 - Bassin houiller              | 2 769                            | 55                                                                       |
| 8 - Sarreguemines-Bitche-Saralbe | 996                              | 20                                                                       |
| 9 - Saulnois                     | 378                              | 8                                                                        |
| 10 - Sarrebourg                  | 700                              | 14                                                                       |
| 11 - Barrois                     | 660                              | 13                                                                       |
| 12 - Haut Val de Meuse           | 308                              | 6                                                                        |
| 13 - Ouest Vosgien               | 610                              | 12                                                                       |
| 14 - Terres de Lorraine          | 1 190                            | 24                                                                       |
| 15 - Val de Lorraine             | 1 145                            | 23                                                                       |
| 16 - Nancy                       | 3 383                            | 68                                                                       |
| 17 - Lunévillois                 | 983                              | 20                                                                       |
| 18 - Vosges centrales            | 1815                             | 36                                                                       |
| 19 - Déodat                      | 953                              | 19                                                                       |
| 20 - Remiremont                  | 883                              | 18                                                                       |
| Lorraine Nord                    | 15 006                           | 300                                                                      |
| Lorraine Sud                     | 11 931                           | 239                                                                      |
| Meurthe et Moselle               | 8 513                            | 170                                                                      |
| Meuse                            | 2 219                            | 44                                                                       |
| Moselle                          | 11 943                           | 239                                                                      |
| Vosges                           | 4 262                            | 85                                                                       |
| <b>Lorraine</b>                  | <b>26 937</b>                    | <b>539</b>                                                               |
| <b>France métropolitaine</b>     | <b>790 676</b>                   | <b>15 813</b>                                                            |

Source : INSEE - Exploitation : ORSAS Lorraine

## Projections de population

D'après les projections de population jusqu'en 2021, on peut s'attendre en Lorraine, à une **diminution** de 6,26 % de la population des 0-20 ans et de 7.42 % des 20-59 ans. Cette baisse de la population générale n'induit pas corrélativement une diminution de la population handicapée ; en effet on ne constate pas de diminution en termes de prévalence du handicap et le nombre de personnes handicapées vieillissantes va aller en augmentant.

Chez les enfants comme chez les adultes, la baisse la plus sensible se constate dans les Vosges, suivi de la Moselle : le département subissant la perte la moins importante étant la Meurthe et Moselle.

Les territoires qui perdent le plus de population sont l'ouest vosgien, Remiremont et le bassin houiller.

### Enfants

| tsp          | libellé tsp                              | Population moins de 20 ans en 2007 | Projection Population moins de 20 ans en 2021 | Evolution pop 2007-2021 en % |
|--------------|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|
| 1+2          | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 26 241                             | 25 531                                        | -2,71                        |
| 3            | PAYS DE BRIEY                            | 18 046                             | 18 729                                        | <b>3,78</b>                  |
| 4            | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 19 308                             | 19 139                                        | -0,87                        |
| 5            | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 53 519                             | 53 190                                        | -0,61                        |
| 6            | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 89 965                             | 83 714                                        | -6,95                        |
| 7            | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOUILLER         | 59 507                             | 51 884                                        | -12,81                       |
| 8            | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 22 797                             | 20 241                                        | -11,21                       |
| 9+10         | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 22 818                             | 21 503                                        | -5,76                        |
| 11+12        | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 21 723                             | 19 818                                        | -8,77                        |
| 13           | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 13 421                             | 11 885                                        | -11,44                       |
| 14           | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 24 904                             | 25 848                                        | <b>3,79</b>                  |
| 15           | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 24 568                             | 23 671                                        | -3,65                        |
| 16           | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 71 589                             | 64 897                                        | -9,35                        |
| 17           | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 20 165                             | 19 986                                        | -0,88                        |
| 18           | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 38 081                             | 34 826                                        | -8,55                        |
| 19           | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 20 787                             | 19 777                                        | -4,86                        |
| 20           | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 19 480                             | 16 794                                        | -13,79                       |
| <b>Total</b> |                                          | <b>566 917</b>                     | <b>531 432</b>                                | <b>-6,26</b>                 |

| Dépt   | libellé Dépt       | Population<br>moins de 20<br>ans en 2007 | Projection<br>Population<br>moins de 20 ans<br>en 2021 | Evolution<br>pop 2007-<br>2021 en % |
|--------|--------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 54     | Meurthe-et-Moselle | 178 579                                  | 172 270                                                | -3,53                               |
| 55     | Meuse              | 47 964                                   | 45 349                                                 | -5,45                               |
| 57     | Moselle            | 248 606                                  | 230 532                                                | -7,27                               |
| 88     | Vosges             | 91 768                                   | 83 281                                                 | -9,25                               |
| Région | Lorraine           | 566 917                                  | 531 432                                                | -6,26                               |

## Adultes

| tsp          | libellé tsp                              | Population<br>de 20 à 59<br>ans<br>en 2007<br>INSEE | Projection<br>Population<br>de 20 à 59<br>ans<br>en 2021 | Evolution<br>pop 2007-<br>2021 en<br>% |
|--------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1+2          | PAYS DE VERDUN + PAYS CŒUR DE LORRAINE   | 54 638                                              | 52 679                                                   | -3,59                                  |
| 3            | PAYS DE BRIEY                            | 39 647                                              | 38 046                                                   | -4,04                                  |
| 4            | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 45 719                                              | 43 255                                                   | -5,39                                  |
| 5            | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 124 910                                             | 121 458                                                  | -2,76                                  |
| 6            | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 208 636                                             | 193 476                                                  | -7,27                                  |
| 7            | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 136 892                                             | 117 938                                                  | -13,85                                 |
| 8            | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 55 851                                              | 50 357                                                   | -9,84                                  |
| 9+10         | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 49 951                                              | 48 205                                                   | -3,49                                  |
| 11+12        | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 48 142                                              | 42 103                                                   | -12,54                                 |
| 13           | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 30 520                                              | 25 748                                                   | -15,64                                 |
| 14           | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 49 960                                              | 48 865                                                   | -2,19                                  |
| 15           | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 50 729                                              | 47 254                                                   | -6,85                                  |
| 16           | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 170 691                                             | 160 347                                                  | -6,06                                  |
| 17           | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 40 081                                              | 38 266                                                   | -4,53                                  |
| 18           | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 80 398                                              | 74 407                                                   | -7,45                                  |
| 19           | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 43 613                                              | 40 299                                                   | -7,60                                  |
| 20           | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 43 514                                              | 36 655                                                   | -15,76                                 |
| <b>Total</b> |                                          | <b>1 273 890</b>                                    | <b>1 179 360</b>                                         | <b>-7,42</b>                           |
| tsp          | libellé tsp                              | Population<br>de 20 à 59<br>ans en 2007<br>INSEE    | Projection<br>Population<br>de 20 à 59<br>ans en<br>2021 | Evolution<br>pop 2007-<br>2021 en<br>% |
| 54           | Meurthe-et-Moselle                       | 396 826                                             | 376 034                                                  | -5,24                                  |
| 55           | Meuse                                    | 102 780                                             | 94 782                                                   | -7,78                                  |
| 57           | Moselle                                  | 576 240                                             | 531 435                                                  | -7,78                                  |
| 88           | Vosges                                   | 198 045                                             | 177 109                                                  | -10,57                                 |
| Région       | Lorraine                                 | 1 273 890                                           | 1 179 360                                                | -7,42                                  |

Si la diminution sensible de la population lorraine à l'horizon 2021 a pour conséquence une augmentation des taux d'équipement (voir ci-après), il convient d'être très prudent pour 2 raisons : Les taux 2021 sont calculés à partir de l'équipement actuel ; de plus la diminution globale de la population générale ne signifie pas que le nombre de personnes handicapées va aller en diminuant.

**Ce constat partagé avec tous les acteurs renforce le souci d'identifier précisément la population en situation de handicap et de bénéficier d'une plateforme informatisée de données partagées en matière de besoins, et d'un registre régional du handicap.**

## Description de l'offre

### L'offre médico-sociale

*Préambule : L'état des lieux de l'offre est une manière d'approcher les besoins au travers du nombre de places en établissements et services même si cette approche est réductrice.*

Les établissements et services médico-sociaux

Les établissements et services suivants relèvent du financement de l'Assurance Maladie, soit en totalité, soit de manière conjointe avec les conseils généraux. Dans le deuxième cas, la participation des conseils généraux porte sur l'hébergement et celle de l'Assurance Maladie sur les soins.

#### ➤ Dépistage et prise en charge précoce

Les **CAMSP** (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) interviennent auprès des 0-6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce, le diagnostic et l'orientation des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. Financement à 80% par l'Assurance Maladie et 20% par le département.

Les **CMPP** (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques) assurent pour les 3-18 ans, le dépistage et la rééducation des troubles neuropsychologiques ou du comportement sous autorité médicale. Financement Assurance Maladie.

#### ➤ Accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les **SESSAD** (Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux moins de 20 ans, en liaison avec les familles. Financement Assurance Maladie.

Les **SAMSAH** (Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées) ont vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser des missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Financement conjoint Assurance Maladie et conseils généraux.

#### ➤ Accompagnement en institution

Les **IME** (Instituts Médico-Educatifs) accueillent en internat ou externat des enfants et adolescents déficients intellectuels ou autistes quelque soit le degré de déficience. Financement Assurance Maladie.

Les **ITEP** (Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) accueillent des jeunes dont les troubles du comportement perturbent gravement la scolarisation et l'accès aux apprentissages. Financement Assurance Maladie.

Les **FAM** (Foyers d'Accueil Médicalisés) ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées dont la dépendance totale ou partielle nécessite le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants. Financement conjoint Assurance Maladie et conseils généraux.

Les **MAS** (Maisons d'Accueil Spécialisées) reçoivent des personnes ne pouvant effectuer seules les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants mais non intensifs. Financement Assurance Maladie.

Enfants handicapés

Au 08/03/2011 (source Finess), **6254** places sont autorisées dans les établissements et services médico-sociaux et 6249 places sont installées. Ces places se répartissent dans un total de **184 structures** :

- Lieux de diagnostic : 13 CAMSP, 18 CMPP.
- Lieux de prise en charge : 48 IME, 11 établissements pour polyhandicapés, 5 établissements pour déficients moteurs, 22 ITEP, 4 établissements sensoriels, 63 SESSAD.

La Lorraine se caractérisait en 2010 (source : STATISS) par une multiplicité de petites structures dont la taille moyenne est inférieure aux moyennes nationales pour les ITEP (21.43 places en Lorraine contre 43.6 places au niveau national) et les SESSAD (24.37 places en Lorraine contre 26 places au niveau national).

| Dépt                | libellé dépt        | Places Etab. enf. Ado Poly-hand. | Places en I.M.E. | Places en I.T.E.P. | Places en I.E.M. | Places en Inst. Déf. Auditifs | Places en Inst. Déf. Visuels | Places SESSAD | Total       |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------|-------------|
| 54                  | Meurthe-et-Moselle* | 106                              | 976              | 165                | 300              | 213                           | 60                           | 481           | <b>2301</b> |
| 55                  | Meuse*              | 18                               | 239              | 74                 | 0                | 0                             | 0                            | 169           | <b>500</b>  |
| 57                  | Moselle             | 168                              | 1334             | 187                | 62               | 194                           | 20                           | 591           | <b>2556</b> |
| 88                  | Vosges*             | 45                               | 543              | 63                 | 0                | 0                             | 0                            | 246           | <b>897</b>  |
| <b>Total Région</b> |                     | <b>337</b>                       | <b>3092</b>      | <b>489</b>         | <b>362</b>       | <b>407</b>                    | <b>80</b>                    | <b>1487</b>   | <b>6254</b> |

Source Finess : places autorisées au 08/03/2011

Les CAMSP et les CMPP ont une activité basée sur des files actives et n'ont donc pas de capacité autorisée sauf en Moselle où 270 places sont imputées aux CAMSP et inscrites dans Finess (elles sont neutralisées dans ce tableau).

Avec 1487 places de SESSAD pour un total de 6 254 places, la prise en charge ambulatoire représente 23,78% des places ; après la Meuse, les Vosges ont entrepris le redéploiement de places d'IME en places de SESSAD.

Adultes handicapés

Au 08/03/2011, **2 643** places sont autorisées dans les établissements et services à domicile financés ou co-financés par l'Assurance Maladie, pour un total de **115 structures** : 33 MAS, 28 FAM, 6 SAMSAH, 48 SSIAD. L'offre en établissement représente 77,79% de la capacité totale des places autorisées.

La taille moyenne des structures d'hébergement pour adultes (source STATIS 2010) reste très inférieure aux moyennes nationales. (MAS : 39.7 places en Lorraine contre 42 au niveau national / FAM : 25.14 places en Lorraine contre 27.28 au niveau national).

Les ESAT, structures financées sur des crédits d'Etat, représentent 5 157 places autorisées.

| libellé dépt        | Places en E.S.A.T | Places en F.A.M. | Places en M.A.S | Places en S.S.I.A.D. P.H. | Places en S.A.M.S.A.H | Total par dépt |
|---------------------|-------------------|------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| Meurthe-et-Moselle* | 1598              | 186              | 441             | 48                        | 308                   | 2581           |
| Meuse*              | 418               | 57               | 131             | 62                        | 0                     | 668            |
| Moselle             | 2287              | 338              | 518             | 92                        | 0                     | 3235           |
| Vosges*             | 854               | 158              | 227             | 67                        | 10                    | 1316           |
| <b>Total Région</b> | <b>5157</b>       | <b>739</b>       | <b>1317</b>     | <b>269</b>                | <b>318</b>            | <b>7800</b>    |

Source : Finess places autorisées au 08/03/2011

Les structures relevant de la compétence des conseils généraux

Les foyers de vie ou foyers occupationnels (parfois dénommés FAS ou foyer d'accueil spécialisé) accueillent, à la journée ou à temps complet, des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

On recense dans Finess, 1440 places autorisées en foyers d'hébergement, 1419 places en foyers de vie et 1566 places de SAVS :

| Département           | Places en Foyer Héberg. | Places en Foyer de Vie | Places en service d'accompagnement Vie Sociale (au 01/01/2011) |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Meurthe-et-Moselle    | 418                     | 537                    | 887                                                            |
| Meuse                 | 152                     | 152                    | 37                                                             |
| Moselle               | 605                     | 364                    | 427                                                            |
| Vosges                | 265                     | 366                    | 215                                                            |
| <b>Total Lorraine</b> | <b>1440</b>             | <b>1419</b>            | <b>1566</b>                                                    |

Source : Finess au 08/03/2011

## Publics spécifiques

L'état des lieux de la prise en charge des traumatisés crâniens et cérébro-lésés en Lorraine

L'UEROS (Unité expérimentale d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'évaluation sociale), rattachée à l'IRR de Nancy, est une structure médico-sociale financée par l'Assurance Maladie et destinée à favoriser l'insertion sociale et/ou professionnelle des personnes cérébro-lésées : elle évalue les séquelles physiques, psychiques et comportementales, les potentialités de la personne, élabore un programme de réentraînement à la vie active, assure un accompagnement et une aide à l'orientation. Elle comporte 7 places autorisées, le centre de pré-orientation pour adultes handicapés étant autorisé pour 15 places.

Cinq établissements médico-sociaux (MAS, FAM et ESAT) prennent en charge des personnes atteintes d'un traumatisme crânien (47 places autorisées et installées).

Dans le champ sanitaire, des structures SSR titulaires de la mention spécialisée "système nerveux" peuvent prendre en charge les patients cérébro-lésés les plus lourds à raison de 10 à 15 lits dédiés à la spécialité.

L'état des lieux de l'autisme en Lorraine

S'agissant du diagnostic précoce, un dispositif régional de ressources sur l'autisme existe depuis 2005 en Lorraine ; il comprend un centre régional de ressources et 5 unités délocalisées implantées sur toute la région faisant appel à des équipes sanitaires et médico-sociales. Chacune de ces unités comme le CRA est rattaché à un CHS et bénéficie d'une autorisation médico-sociale, leur financement provenant des deux enveloppes médico-sociales et sanitaire.

S'agissant de la prise en charge en établissement et service, l'offre fait apparaître au 08/03/2011, la situation suivante : 6 TSP sont encore dépourvus de places pour enfants autistes mais conformément à l'objectif du PRIAC, la requalification des places d'IME est en cours afin de correspondre à la réalité de la prise en charge des enfants autistes dans ces établissements.

La Meuse ne dispose pas encore de places spécifiques pour adultes autistes.



Nombre de places autorisées pour personnes autistes au 08/03/2011

| Département         | Places autisme enfants | Places autisme adultes | Total dépt |
|---------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Meurthe-et-Moselle* | 30                     | 42                     | 72         |
| Meuse*              | 22                     | 0                      | 22         |
| Moselle             | 95                     | 71                     | 166        |
| Vosges*             | 68                     | 30                     | 98         |
| <b>Total Région</b> | <b>215</b>             | <b>143</b>             | <b>358</b> |

Source : Finess

### Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent

Une étude menée en Lorraine en 2009 a dressé le tableau de l'offre et des demandes de prise charge des enfants et adolescents atteints de TCC : on constate une nette augmentation de ces troubles alors que les ITEP et les SESSAD sont saturés. Les recommandations sont les suivantes : Il conviendrait pour ces jeunes, d'intervenir en amont, grâce aux différentes associations de soutien à la parentalité, à l'accompagnement par les PMI, les CAMSP, CMPP...). Il faut informer et former (opposition, troubles de l'attention et hyperactivité...) à l'accompagnement de ces jeunes *les éducateurs et les enseignants tout en renforçant les liens et le travail en réseau des différents acteurs*. Parmi ces jeunes, un problème est posé par quelques adolescents réputés violents et ingérables que compte chaque département. A l'heure actuelle, aucune solution satisfaisante n'a émergé tant pour les jeunes que pour les institutions qui s'en occupent. Une étude fine des parcours de vie de ces jeunes, associée à un regroupement d'échanges de pratiques entre professionnels contribuerait à ouvrir de nouvelles modalités de prise en charge.

### **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.

**Les données qui suivent sont celles de la rentrée scolaire 2009.**

### 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

|                                                                    | 54          | 55         | 57          | 88         | Total       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Nb d'élèves scolarisés en milieu ordinaire - 1 <sup>er</sup> degré | 977         | 170        | 1354        | 345        | 2846        |
| Nb d'élèves scolarisés en milieu ordinaire - 2 <sup>d</sup> 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 AVSI (auxiliaire de vie scolaire individuel).

La dotation académique en emplois d'AVSI 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 31/01/2010, 16 élèves sont en attente d'un accompagnement individuel, ce qui représente un besoin en ETP de 6.06.

**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 localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) ayant remplacé depuis le 01/09/2010 les unités pédagogiques 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 d'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.

### Les étudiants en situation de handicap

Deux dispositifs régionaux ont été mis en place :

Le SISU (Service d'Intégration Scolaire et Universitaire) à Nancy est un service destiné à faciliter l'accès aux études pour les jeunes handicapés moteurs et sensoriels, sur les campus de Nancy et Metz. Il prépare également l'accès à l'emploi.

Le BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire) à Metz est un centre de consultation pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. Il dépend du CMPP.

### **Offre sanitaire : bilan du SROS III**

Le SROS III arrêté en 2006 avait prévu un volet "personnes présentant un handicap" visant principalement à améliorer les liens entre secteurs sanitaire et médico-social.

### **Objectifs généraux**

- Améliorer l'accessibilité aux soins
- Améliorer la continuité dans l'accompagnement social et les soins
- Renforcer la globalité de la prise en charge
- Améliorer l'articulation avec la politique de santé publique, la prévention, la médecine de ville, le secteur médico-social.

## Actions réalisées dans le cadre du SROS III

1. Sur le plan du patient : la fluidité du parcours de soins
  - ⌚ la **fiche de liaison** établissement médico-social/établissement de santé : proposition régionale de fiche Handicap
  - ⌚ les **échanges** entre les personnels, les **formations pluri-professionnelles** axés sur la pratique, les échanges concrets entre les équipes : indicateur CPOM
2. Sur le plan de la coopération entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux
  - ⌚ l'ouverture des établissements sanitaires et médico-sociaux sur leur environnement comme plate-forme de ressources : **le projet d'établissement**
  - ⌚ l'inscription du **volet « handicap »** dans le projet d'établissement
  - ⌚ la **convention de partenariat** : élaboration concertée avec les services concernés et évaluation des engagements réciproques
  - ⌚ la promotion de **profils de postes novateurs**: le référent handicap en établissement de santé par exemple
3. Sur le plan de la cohérence du territoire de santé de proximité : la diversification de la réponse de proximité
  - ⌚ **le réseau** : favoriser la connaissance mutuelle et structurer les collaborations  
**freins :**
    - les représentations culturelles et les logiques d'intervention différentes
    - les enjeux de pouvoir
    - les fonctionnements hiérarchiques verticaux
    - le défaut de clarification de la notion de limite
    - les législations et les modes de financement cloisonnés
    - la multiplicité des réseaux et le manque de disponibilité des acteurs de terrain
  - ⌚ la communication institutionnelle : l'organisation de **rencontres** entre les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain, l'information sur les bonnes pratiques inscrites dans les **fiches actions sur les préconisations** en matière de continuité de la prise en charge entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social
  - ⌚ la gestion sur un territoire d'une place dans un établissement médico-social pour la **prise en charge d'une situation d'urgence ou temporaire**
4. Sur le plan des politiques : l'articulation des schémas, des plans et des programmes
  - ⌚ approche **globale et transversale** pour favoriser la définition de leviers d'action pertinents sur des territoires pertinents
  - ⌚ **prise en compte par le PRIAC et par le SROS** des éclairages apportés par les outils de connaissance dégagés pour la compréhension des problématiques liées à l'articulation du SROS avec le PRIAC.

En dehors de quelques initiatives ponctuelles, des démarches n'ont pas été engagées au niveau régional mais la dynamique reste à impulser.

## Offre ambulatoire/accès aux soins

Depuis la loi de 1975, l'essentiel des soins spécifiques est assuré pour les personnes en situation de handicap mais ce n'est pas souvent le cas de l'accès aux soins courants qui reste un des enjeux majeurs de l'égalité des chances. Ce problème est encore plus accru chez les personnes polyhandicapées et handicapées mentales (davantage de problèmes de santé et une mortalité prématurée accrue).

La Haute Autorité de Santé a rendu public un rapport en janvier 2010 visant à améliorer l'accès aux soins courants (médecine générale, soins dentaires, urgences hospitalières) des personnes handicapées.

Les constats et préconisations sont les suivants :

- manque d'information et de formation chez tous les acteurs
- pas de prise en compte exhaustive de toutes les formes de soins de base dans la conception des projets de soins ou d'accompagnement
- retard dans la mise en accessibilité, notamment dans les transports et les lieux de soins
- renforcer l'accompagnement humain pour les personnes sourdes
- manque de disponibilité des professionnels aggravé par l'évolution démographique des professionnels de santé
- déficit d'écoute de la personne et de sa famille, difficulté de communication au sein des établissements
- les cloisonnements entre secteur sanitaire et médico-social sont un obstacle à l'accès aux soins de base
- nécessité de promouvoir les SAMSAH compte tenu de leur mission "d'accompagnement favorisant l'accès aux soins"
- consolider un socle de connaissances épidémiologiques

### **Accessibilité physique**

La loi de 2005 a renforcé l'accessibilité des handicapés aux bâtiments neufs et existants avec une prise en compte de tous les handicaps.

Le diagnostic d'accessibilité des personnes handicapées devait être réalisé obligatoirement au 01/01/2010 pour les établissements recevant du public. De plus, tous les ERP (établissements recevant du public) devront être accessibles d'ici à 2015, y compris les cabinets médicaux et dentaires.

Des dispositifs ont été mis en place en Lorraine :

### **Réseau Handi Access**

Il s'agit d'un réseau de santé dont les objectifs sont les suivants : améliorer l'accès des personnes handicapées aux cabinets médicaux et paramédicaux de ville, définir les besoins de formation des professionnels de santé et les sensibiliser aux problèmes du handicap. Ainsi un annuaire a été mis en ligne pour les personnes handicapées désirant accéder aux soins dans les meilleures conditions.

C'est un accès en ligne à un référencement des cabinets médicaux et paramédicaux recouvrant toutes les spécialités en Lorraine.

### **Le pôle d'accueil et de soins pour personnes sourdes et malentendantes**

Par une circulaire de 2007, le Ministère a préconisé l'implantation dans chaque région d'une unité d'accueil et de soins des patients sourds en langues des signes. L'objectif est de prévoir un accueil personnalisé par un professionnel pratiquant la LSF, une prise en charge médicale adaptée aux situations des patients

Ce pôle est situé au CHU de Nancy : il s'agit d'une équipe spécifique dirigée par le Dr Seigneur permettant un accès facilité et des consultations pour les personnes sourdes, avec la pratique de la LSF (langue des signes) et des autres modes de communication. Ce pôle a un rôle d'information et d'accompagnement dans le parcours de soins des personnes (principalement les adultes).

### **Accès aux soins au CHU de Nancy**

Le CHU de Nancy et son groupe de réflexion autour de l'accès aux soins hospitaliers de personnes atteintes de handicap moteur ou sensoriel a ouvert une rubrique spécifique sur son site internet. L'accueil des patients non valides y est assuré 24/24, la liste des personnes référentes à contacter par spécialité médicale est disponible.

### **Centre basse vision et basse audition**

Centre Lorrain d'Evaluation et de Réadaptation en basse vision (CLER) : implanté au sein de l'IJA de Nancy depuis le 01/10/2009, c'est un dispositif sanitaire (établissement de médecine physique et de réadaptation avec activité en SSR) mis en place par la fondation de l'Institut des jeunes aveugles et déficients visuels de Nancy. Il est conventionné avec le CHU de Nancy et collabore avec les établissements de réadaptation de la région : il a donc une vocation régionale pour une capacité annuelle de 180 patients). Il intervient pour évaluer la vision résiduelle et proposer l'acquisition de techniques de compensation, permettant à la personne d'acquérir une nouvelle autonomie. Il apporte dans le parcours de soins une possibilité de maintien et d'amélioration de l'autonomie des personnes. Une équipe pluridisciplinaire propose une prise en charge de réadaptation.

#### Centre lorrain basse audition

Selon le même principe que pour la basse vision, l'INJS a créé en collaboration avec le CHR de Metz-Thionville, le CLER basse audition

#### Pôle lorrain de la déficience sensorielle

Afin de coordonner et développer l'action des 2 CLER en faveur des patients et de fédérer l'action de l'ensemble des acteurs régionaux de la déficience sensorielle, l'INJS, l'IJA ont souhaité constituer un GCSMS garantissant une couverture du territoire lorrain, avec le partenariat de la mutualité française. L'objectif poursuivi est de permettre au patient déficient sensoriel de bénéficier, partout en Lorraine, d'une prise en charge globale lui permettant, sur la base d'un diagnostic de sa déficience, de disposer d'un parcours de réadaptation en vue d'un retour et d'un maintien à domicile.

### **La prévention**

La prévention en matière de handicap est à envisager pour plusieurs raisons :

- Stabilisation, voire augmentation du nombre de personnes en situation de handicap : augmentation des handicaps chez les tout petits, augmentation des personnes handicapées vieillissantes, augmentation de la population des personnes âgées, dont l'état se complique de déficiences.
- Intérêt du repérage précoce pour une évaluation précise des potentialités et des déficiences, à même de permettre l'élaboration d'un parcours individualisé et adapté.
- Importance de mettre tout en œuvre pour éviter le handicap social surajouté.

La prévention du handicap peut être primaire par la maîtrise des situations à risque de handicap, secondaire par le dépistage précoce du handicap, tertiaire en évitant les complications liées au handicap.

Le handicap périnatal : il représente entre 30 et 60 % des handicaps de l'enfant.

Les chiffres restent élevés, en dépit d'une baisse de la mortalité périnatale (21 ‰ en 1972, 7 ‰ en 1998), d'une augmentation considérable des IMG (interruption médicale de grossesse), d'une modification des pratiques (taux de césariennes de 6 % à 20 % en 15 ans) et des nombreuses mesures prises. L'évaluation par la Cour des Comptes des différents plans périnataux a montré l'insuffisante prise en compte des déterminants sociaux de la santé des mères.

La connaissance de la responsabilité de certains facteurs dans la genèse du handicap conduit à proposer des actions de prévention.

Si l'anoxie, la prématurité et l'hypotrophie sont retrouvées dans la majorité des situations de handicap périnatal, elles reconnaissent des causes évitables comme l'hypoxie chronique induite par le tabagisme maternel, les grossesses multiples issues de l'AMP, la prématurité induite devant une hypotrophie sévère, les embryofetopathies alcooliques, les conséquences multiples de la toxicomanie sans oublier l'importance des déterminants sociaux dans ces pathologies (grossesses déclarées tardivement, accompagnement insuffisant, précarité...) « la probabilité de voir se développer une déficience est inversement proportionnelle à la durée de gestation et au poids de la naissance » (HACK FANAROFF 2003).

La connaissance de ces facteurs de risque de handicap valide la prévention primaire comme l'accompagnement au sevrage tabagique des futures mères avec la généralisation de la mesure du CO dans l'air expiré pour toute future mère entrant en maternité. Tout comme elle valide la prévention secondaire comme la pérennisation du réseau régional de suivi des enfants vulnérables, permettant sur cette population à risque d'évaluer au mieux et au plus tôt une éventuelle déficience.

Le dépistage combiné de la trisomie 21 au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse est inscrit dans l'amélioration des pratiques selon l'arrêté du 23 juin 2009, grâce à une performance accrue de ce type de dépistage (plus spécifique, plus précoce et limitant les amniocentèses inutiles). Il devrait pouvoir être accessible aux 27000 futures mères de la région lorraine, grâce à la participation du réseau périnatal lorrain (information et délivrance d'un agrément aux échographistes ayant réalisé leur EPP (évaluation des pratiques professionnelles)).

Dans la période néonatale précoce, le dépistage non obligatoire de la phénylcétonurie, de l'hyperplasie des surrénales, de la mucoviscidose, de l'hypothyroïdie, de la drépanocytose, est réalisé à plus de 95%. La question d'un élargissement de ce dépistage fera l'objet d'une réflexion nationale (intérêt et inconvénients de la médecine prédictive).

En ce qui concerne le dépistage des troubles du développement, Les 20 examens obligatoires entre 0 et 6 ans ne sont pas toujours effectués, a fortiori pas toujours renseignés. (Cs 8 renseigné à 95 %, Cs 9 à 70 %, Cs 24 encore moins).

Si l'évaluation précise du handicap est du ressort du spécialiste, le repérage pourrait être effectué non seulement dans les structures médicales, mais aussi dans les lieux de vie de l'enfant, en particulier dans les structures d'accueil, dotées de puériculteur(trice) et les écoles préélémentaires sous réserve d'enseignants sensibilisés. Cet élargissement des acteurs du repérage, dont l'intérêt est multiple ne permet cependant pas de répondre au problème de la liste d'attente des structures d'évaluation que sont les CAMSP.

Le diagnostic et l'orientation sont dans tous les cas plus difficiles d'accès hors des villes.

Le bilan de 4 ans réalisé par la PMI dans les maternelles en moyenne section est un remarquable dispositif pour repérer les troubles sensoriels et les difficultés du langage mais on constate une disparité des modalités et du contenu de ce bilan dans les 4 départements lorrains. Ce bilan reflète les inégalités sociales de santé dès 4 ans avec un pourcentage d'anomalies plus grand chez les enfants scolarisés en ZEP. Or « l'investissement dans la prévention et les soins pour les populations précaires et notamment les enfants est extrêmement rentable en matière de santé publique » comme le souligne D. VERSINI, défenseur des enfants, dans son récent rapport.

Enfin, le bilan pré CP est effectué par les services de promotion de la santé des élèves et est réalisé à 90 % et plus mais de façon variable selon les départements (médecin ou infirmière).

La prévention du handicap chez l'adolescent va consister essentiellement à mener une prévention des conduites à risque (suicide, alcoolisme, accidents). Certains troubles de la conduite et du comportement peuvent relever d'une prévention tertiaire.

La prévention du handicap chez l'adulte peut porter sur 4 champs : la prévention des accidents de la route, la prévention des accidents du travail, la prévention des conduites à risque (alcool), la prévention du surhandicap ajouté. Le surhandicap social pose la question du handicap et de la précarité. Sa prévention passe par l'emploi et l'amélioration ciblée de l'insertion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap.

En matière de maltraitance, une vigilance renforcée reste de mise, tant les situations de risque de maltraitance sont nombreuses. La culture de la bientraitance adossée aux valeurs humaines de solidarité, d'ouverture d'esprit, de respect des autres et des différences de chacun doit constituer l'un des premiers chapitres de la prévention.

La prévention du handicap chez la personne âgée consiste à poursuivre les 9 axes du plan national « Bien Vieillir ».

Enfin, aucune action de prévention spécifique en matière de handicap, n'a été financée par le GRSP en Lorraine (2006-2009).



## IDENTIFICATION DES BESOINS

Une grosse lacune du secteur handicap est le manque d'identification des besoins réels de prise en charge.

Plusieurs sources de données peuvent être disponibles pour mieux appréhender le nombre de personnes handicapées.

### Données des MDPH

- Les données issues des **MDPH** manquent de fiabilité en raison de leur mode de recueil souvent manuel et de l'absence de logiciel permettant un recueil stabilisé de statistiques. D'après le dernier recensement effectué auprès des 4 MDPH de la région (30/09/2009), on peut toutefois observer des grandes tendances : 358 enfants sont en attente de places, dont 271 en SESSAD ce qui confirme le besoin de prise en charge à domicile. Au niveau des déficiences, un besoin important en établissement et en SESSAD existe pour les autistes et troubles envahissants du développement, les troubles du comportement et le handicap moteur.

Un total de 328 jeunes relevant de l'amendement Creton a été recensé sur la région.

Pour les adultes, 881 personnes sont en attente de places (42 % en FAM et 58 % en MAS).

Par arrêté du 13 septembre 2010, il est prévu que les MDPH remontent à la CNSA les données dans son système d'information avant le 10 de chaque mois. Dans ce cadre, la CNSA a prévu de mettre en œuvre un système national d'information partagé entre la CNSA et les MDPH "SIPAPH" portant sur ces remontées, en vue de permettre une meilleure connaissance de l'activité des MDPH et de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation.

Au niveau régional, les MDPH ont également souhaité mettre en place une coordination de leurs systèmes d'information.

- Les données d'activités (files actives) des **CAMSP**, structures chargées du dépistage et du diagnostic précoce de 0 à 6 ans, ne sont pas disponibles pour l'instant au niveau régional.

### Allocataires

Les allocataires de l'AAH (Allocation pour Adultes Handicapés) et de l'AEEH en Lorraine

| TSP                                 | Taux d'allocataires de l'AAH | Taux d'allocataires de l'AEEH |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Meuse Nord                      | 2.3%                         | 0.52%                         |
| 2 - Cœur de Lorraine                | 1.6%                         | 0.72%                         |
| 3 - Brie                            | 2.3%                         | 0.74%                         |
| 4 - Longwy                          | 2.2%                         | 0.56%                         |
| 5 - Thionville                      | 2.0%                         | 0.56%                         |
| 6 - Metz                            | 2.5%                         | 0.68%                         |
| 7 - Bassin houiller                 | 2.8%                         | 0.81%                         |
| 8 - Sarreguemines-Bitche-Sarrelouis | 2.6%                         | 0.81%                         |
| 9 - Saulnois                        | 2.8%                         | 0.71%                         |
| 10 - Sarrebourg                     | 2.4%                         | 0.63%                         |
| 11 - Barrois                        | <b>3.3%</b>                  | 0.63%                         |
| 12 - Haut Val de Meuse              | 1.9%                         | 0.62%                         |
| 13 - Ouest Vosgien                  | 2.2%                         | 0.81%                         |
| 14 - Terres de Lorraine             | 1.8%                         | 0.94%                         |
| 15 - Val de Lorraine                | 1.8%                         | 0.86%                         |
| 16 - Nancy                          | 2.3%                         | 0.89%                         |
| 17 - Lunévillois                    | 2.8%                         | 0.87%                         |
| 18 - Vosges centrales               | <b>3.5%</b>                  | 0.86%                         |
| 19 - Déodat                         | 2.4%                         | 0.88%                         |
| 20 - Remiremont                     | 1.9%                         | 0.82%                         |



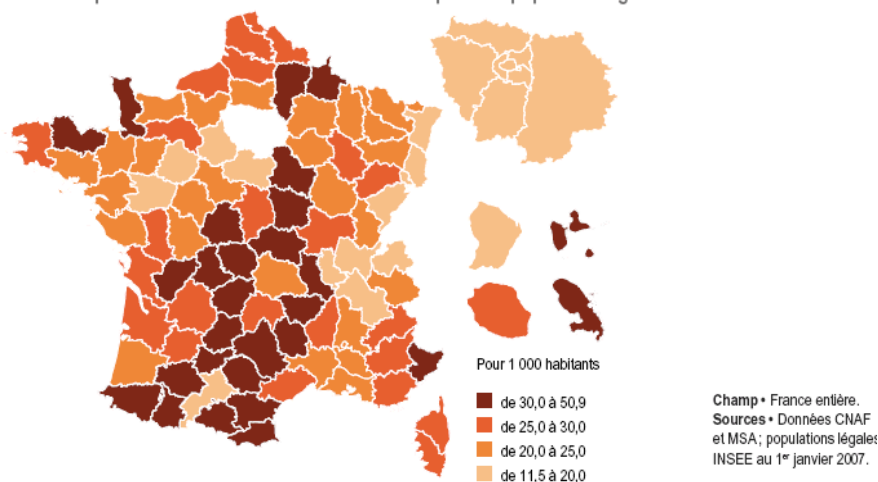
|                              |             |              |
|------------------------------|-------------|--------------|
| Lorraine Nord                | 2.4%        | 0.68%        |
| Lorraine Sud                 | 2.5%        | 0.85%        |
| Meurthe et Moselle           | 2.2%        | 0.84%        |
| Meuse                        | 2.6%        | 0.61%        |
| Moselle                      | 2.5%        | 0.69%        |
| Vosges                       | 2.7%        | 0.85%        |
| <b>Lorraine</b>              | <b>2.4%</b> | <b>0.76%</b> |
| <b>France métropolitaine</b> | <b>2.5%</b> | <b>1.01%</b> |

Sources : CAF 54,55,57,88 et CNAF

### ➤ AAH

L'allocation aux adultes handicapés est le 2<sup>ème</sup> minimum social en termes de nombre d'allocataires, après le RMI. Elle est attribuée en fonction de critères médicaux et sociaux évalués par les CDAPH. Elle est accordée aux personnes handicapées âgées de 20 ans ou plus à condition d'avoir un taux d'incapacité d'au moins 80%. Depuis la création de ce dispositif, le nombre d'allocataires ne cesse d'augmenter du fait d'un flux régulier d'entrées dans le dispositif plus important que les sorties. Ce rythme de croissance soutenu s'explique en partie par le gonflement de la population des 40 à 59 ans, alors même que le handicap croît avec l'âge. La hausse tendancielle pourrait refléter également celle de la prévalence du handicap, ainsi que le rôle des facteurs économiques (difficultés d'insertion sur le marché du travail accrues pour les PH).

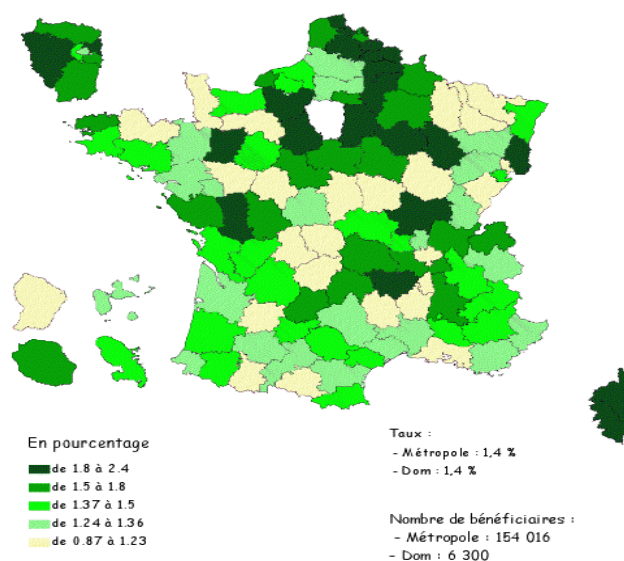
CARTE 1 • Proportion d'allocataires de l'AAH fin 2008 parmi la population âgée de 20 à 64 ans



➤ **AEEH**

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. Son attribution est également décidée par la CDAPH.

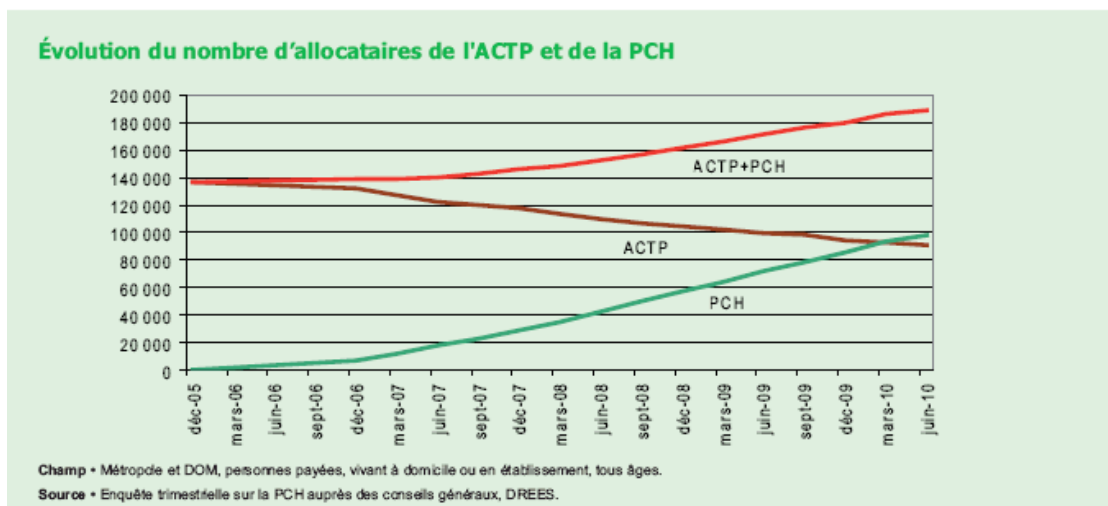
Proportion de bénéficiaires de l'allocation d'Education de l'Enfant Handicapé  
au 31 décembre 2009  
sur l'ensemble des allocataires



au 31 décembre 2009

➤ **PCH**

La prestation de compensation du handicap est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie de personnes handicapées. Ces besoins doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par la MDPH sur la base d'un projet de vie exprimée par la personne. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement. Cette prestation qui couvre les aides humaines et matérielles, est en forte augmentation : fin 2009, 71700 personnes en ont bénéficié avec une augmentation de 67 % en un an.



## Parcours de vie

### Enfants

Il convient de souligner la problématique particulière chez l'enfant de l'association handicap (a fortiori en cas de trouble mineur) et précarité, dont la prise en compte doit être globale, précoce, préventive pour lutter contre une fatale aggravation quasi inéluctable.

- On assiste depuis la loi de 2005 à une montée en charge de la scolarisation des enfants handicapés, en particulier avec la mise en place des PPS (projet personnalisé de scolarisation).
- Il convient de noter que 30 % des enfants issus de l'aide sociale à l'enfance sont hébergés dans des établissements médico-sociaux.

Un certain nombre d'enfants lorrains sont actuellement hébergés en Belgique où la prise en charge paraît intéressante, car elle traite l'enfant dans sa globalité.

### Adultes

Il est nécessaire d'assurer la fluidité des parcours en tenant compte des éléments suivants :

- L'intégration des handicapés dans le monde du travail.
- Les changements d'établissements en fonction de l'état de santé de la personne handicapée.
- La prise en compte du vieillissement des personnes handicapées oblige à adapter la prise en charge et faire évoluer les structures d'hébergement.
- Problème des handicaps surajoutés.

D'une manière générale, nous manquons de données qualitatives sur les prises en charge et sur la bonne adéquation des personnes dans leur structure. Une dynamique régionale est à impulser dans ce domaine.

## ANALYSE DE L'OFFRE ET EVOLUTION PREVISIBLE

### Offre médico-sociale

#### Bilan des financements octroyés depuis 2006

##### Bilan général 2006-2010

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.

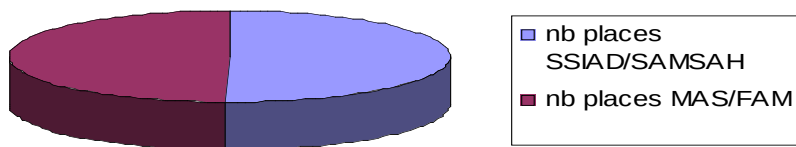
Au niveau de la répartition entre départements, la Moselle a bénéficié de 53 % des financements régionaux de 2006 à 2012, suivie de la Meurthe et Moselle pour 20 %, les Vosges pour 14 % et la Meuse pour 13 %.

##### Bilan des créations 2009 + enveloppes anticipées 2010-2012

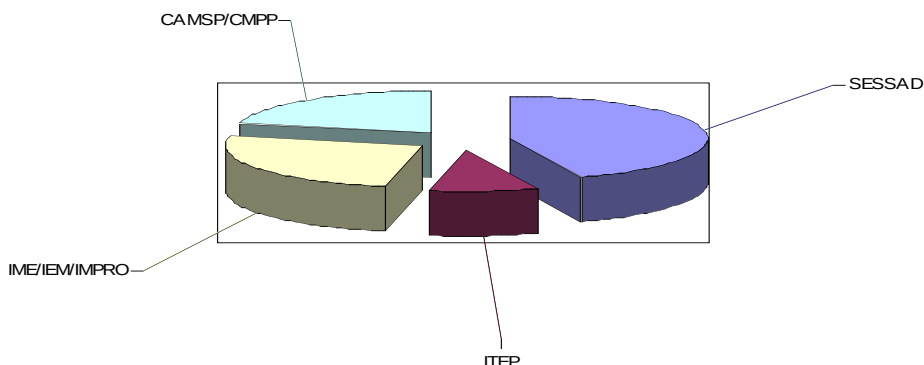
Le bilan de l'actualisation 2009 du PRIAC (enveloppe 2010 et enveloppes anticipées 2011 et 2012 notifiées au 31/12/2009) représente un montant total de **12 759 132** en mesures nouvelles **pour 513 places**.

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.

**Répartition du Nb de places à domicile/Nb de places en établissements 2006-2012**



**Financement total par catégories de structures sur 6 ans**



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 les adultes

| TSP | Nb de places financées | Montant   | Actions /priorités du PRIAC                                                                                                                            |
|-----|------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 21                     | 1 383 540 | MAS Verdun : TSP prioritaire                                                                                                                           |
| 7   | 44                     | 879 726   | FAM St-Avold/FAM Forbach : Plan autisme                                                                                                                |
| 8   | 17                     | 1 637 523 | MAS Rohbach solde : opération du 1 <sup>er</sup> PRIAC                                                                                                 |
| 14  | 34                     | 327 233   | SAMSAH Neuves Maisons : TSP prioritaire                                                                                                                |
| 16  | 199                    | 1 878 351 | FAM Agi et SISU Nancy : étudiants handicapés<br>FAM Michelet et SAMSAH : plan autisme<br>FAM Malzéville : plan autisme<br>FAM Ars : handicap psychique |
| 18  | 14                     | 363 174   | FAM Châtel/Moselle : personnes handicapées vieillissantes                                                                                              |
| 19  | 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 les enfants

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

Source : DRASS de Lorraine

## Taux d'équipement et analyse

### Enfants handicapés

La Lorraine présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale. Pour mémoire, le taux national en places installées était de 89,1 % au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

On note aussi une disparité infra départementale malgré une volonté de rééquilibrage territorial depuis 2006. Le taux d'équipement moyen régional en places autorisées pour enfants est de 113,8 (pop 2006) et de **122,33** avec les projections de population 2021. Cette augmentation est due à une diminution de la population de l'ordre de 7 %. La situation des taux départementaux montre que le département 54 a un taux élevé (131,83) même s'il comprend des établissements à vocation régionale, suivi de la Moselle (121,72), de la Meuse (110,26) et des Vosges (110,95).

La prise en compte des projections de population ne modifie pas la hiérarchie des territoires en terme d'équipement. **Les territoires les plus déficitaires sont le Val de Lorraine, Longwy, Sarreguemines, Briey, sud ouest 54.** Les territoires les plus équipés sont Nancy, Ouest Vosgien et le Saulnois/Sarrebouurg.

### Adultes handicapés

Il s'agit des taux d'équipement relatifs aux équipements relevant de la compétence de l'Etat ou de la compétence conjointe avec les conseils généraux.

| TSP | Libellé dépt.      | Population de 20 à 59 ans en 2006 INSEE | Capacité totale adultes | Taux d'équipt pop 2006 | Projection Population de 20 à 59 ans en 2021 | Capacité totale adultes | Taux d'équipt pop 2021 |
|-----|--------------------|-----------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 54  | Meurthe-et-Moselle | 396904                                  | 3094                    | <b>77,95</b>           | 376034                                       | 3094                    | <b>82,28</b>           |
| 55  | Meuse              | 102850                                  | 906                     | <b>88,09</b>           | 94782                                        | 906                     | <b>95,59</b>           |
| 57  | Moselle            | 575216                                  | 4018                    | <b>69,85</b>           | 531435                                       | 4018                    | <b>75,61</b>           |
| 88  | Vosges             | 198648                                  | 1816                    | <b>91,42</b>           | 177109                                       | 1816                    | <b>102,54</b>          |

Comme pour les enfants, on note une augmentation sensible des taux d'équipement entre 2006 et 2021 compte tenu de la forte baisse de la population en Lorraine.

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

Les TSP les plus déficitaires sont **le sud ouest 54, Sarreguemines, Briey, Remiremont et la Déodat**. Les territoires les mieux pourvus sont les Vosges centrales, le Lunévillois et le Saulnois.

## Evolutions prévisibles de l'offre médico-sociale

Dans le cadre de l'actualisation 2010 du PRIAC, une programmation pluriannuelle 2010-2013 a été déterminée en tenant compte des objectifs nationaux et régionaux.

La dotation 2010 de places nouvelles est de **4 629 906** et a permis de financer **147 places**, dont 104 places pour adultes. Cette dotation connaît une diminution de 9% par rapport à 2009. La programmation pluriannuelle 2011-2013 établie dans le cadre de l'actualisation 2010 du PRIAC se base sur une enveloppe moyenne annuelle d'environ 7 M .

Les objectifs ayant permis d'établir cette programmation sont les suivants :

Une programmation respectant l'objectif de la CNSA : 30 % pour les enfants et 70 % pour les adultes.

Pour les enfants, une priorité est donnée à la création d'un CAMSP, aux SESSAD et au renforcement des ITEP. Les déficiences prises en compte de manière prioritaire sont l'autisme, les troubles du comportement et le polyhandicap.

Pour les adultes, compte tenu de la bonne couverture géographique en places de SSIAD pour adultes handicapés, les priorités se sont portées sur la création de places de MAS, de FAM et de SAMSAH. Les déficiences prises en compte de manière prioritaire sont l'autisme, les traumatisés crâniens, le handicap psychique. Une attention particulière est également portée sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

Les enveloppes anticipées acquises en 2010 permettent d'autoriser dès à présent certaines structures :

En 2011: 2 976 388 pour 100 places

En 2012 : 2 922 694 pour 76 places

En 2013 : 2 488 494 pour 48 places.

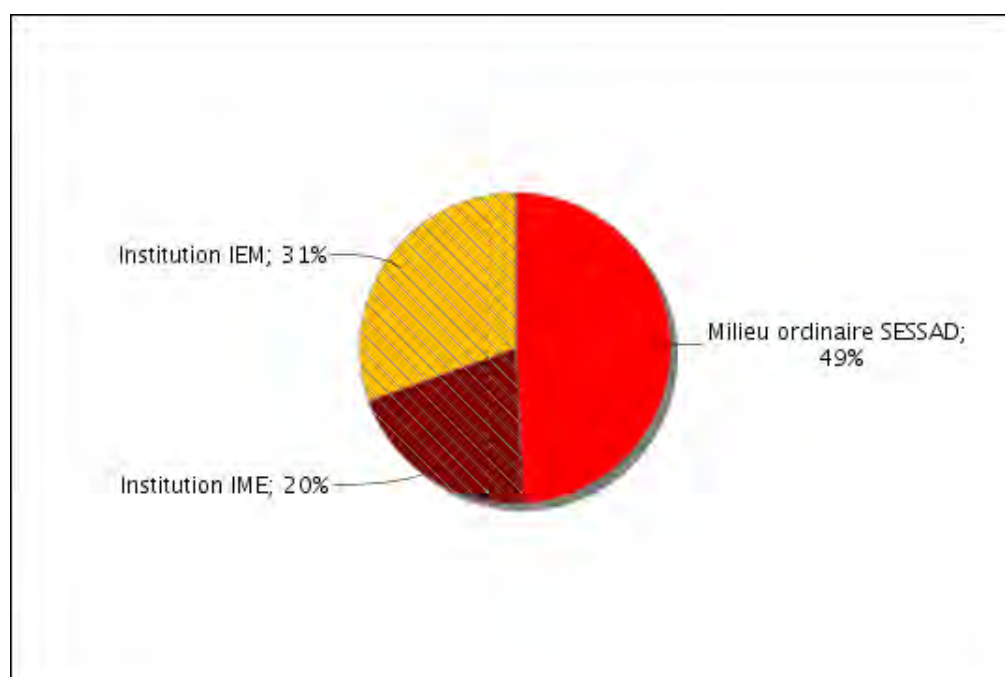
#### Définition des enveloppes anticipées :

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

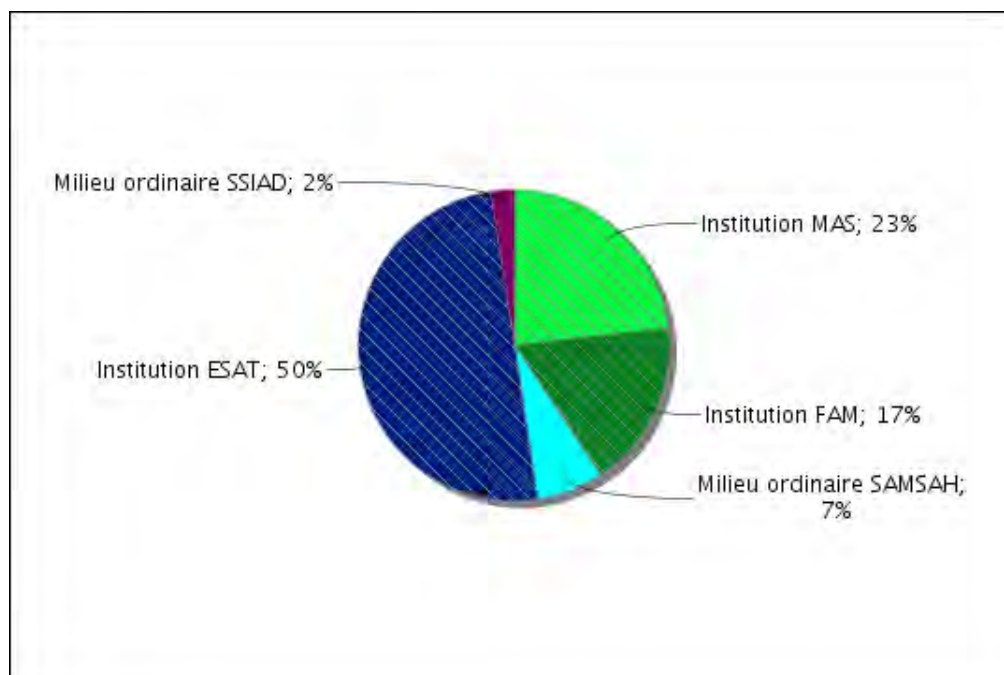
Elle notifie de plus des « enveloppes anticipées » au titre des années  $n+1$ ,  $n+2$  et  $n+3$ , qui sont réputées correspondre à un pourcentage des dotations en places nouvelles des années  $n+1$ ,  $n+2$  et  $n+3$ .

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 les arrêtés d'autorisation correspondants, et d'engager les travaux de construction ou d'extension préalables à leur mise en fonction.

#### Programmation prévisionnelle 2010-2013







Des précisions données sur les besoins amélioreront le système d'information, à même de permettre propositions de mise en réseau des différents acteurs, voire de regroupements de structures. Les nouveaux outils, appels à projet... permettront d'impulser cette dynamique.

### Offre sanitaire et ambulatoire

- ⑦ SSR pédiatriques : ils viennent d'être labellisés et leur évaluation est prévue dans l'avenant au SROS.
- ⑦ Démographie médicale : face à une raréfaction de l'offre sanitaire pédiatrique, une réflexion est à mener sur le travail en filières et sur la délégation éventuelle des tâches.
- ⑦ Psychiatrie : traitée par le groupe psychiatrie.

### Orientations prévisibles en matière de prévention

Loi santé publique : propositions du haut conseil de santé publique :

L'évaluation des 100 objectifs de la loi de Santé Publique du 9 août 2004 a permis après un bilan contrasté de l'évaluation de ces objectifs quantifiés, de proposer pour la prochaine loi des **objectifs relatifs aux déterminants de santé** (santé environnementale et santé au travail, addictions, nutrition, risques liés aux soins), des objectifs relatifs aux pathologies et aux groupes de populations.

Ces orientations s'inscrivent dans le renforcement de la prévention et en particulier des situations génératrices de handicap :

- ⑦ améliorer la santé périnatale en réduisant l'incidence de la prématurité, de la très grande prématurité et des naissances vivantes de poids inférieur à 2500g ;
- ⑦ améliorer la santé maternelle ;
- ⑦ renforcer la prévention des addictions ;
- ⑦ réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant ;
- ⑦ poursuivre la lutte contre la violence routière ;
- ⑦ réduire les traumatismes intentionnels dans l'enfance ;
- ⑦ réduire les expositions à fort impact sur la santé en particulier pour les populations sensibles (femmes et enfants) ;
- ⑦ prévenir les accidents survenant en milieu professionnel (en 2005 59000 accidents du travail ont entraîné une incapacité permanente partielle) ;
- ⑦ prévenir et prendre en charge des maladies professionnelles.



En ce qui concerne le vieillissement, le HCSP, propose d'envisager dans la future loi de santé publique une vision "plus active" du vieillissement afin d'en limiter le retentissement en terme d'incapacités et de qualité de vie. Ces nouvelles orientations amélioreront la prévention de facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes.

## VIEILLISSEMENT

### PREAMBULE

La rédaction du « PRIAC 2009-2011 de la région Lorraine », présentait un état des lieux complet de l'offre médico-sociale, et un bilan de la période 2006/2008, réactualisé en 2010

Les volets Personnes Agées et SSR du SROS ont quant à eux été révisés en 2010, et ont donné lieu à des travaux également très complets.

Les 4 schémas départementaux ont été également révisés en 2009 et 2010 ; ils comportent également des états des lieux exhaustifs, et décrivent les axes prioritaires de chaque département.

Ce sont ces données actualisées qui sont reprises pour l'élaboration de ce volet du PRS.

Il faut d'entrée signaler que l'évaluation des besoins demeure toujours aussi peu satisfaisante, et les conseils généraux, qui sont au contact direct des usagers, rencontrent toujours les mêmes difficultés, notamment dans la connaissance réelle des listes d'attentes gérées par chaque EHPAD avec des doublons certains.

### Données démographiques et état de santé des personnes âgées

#### Evolution démographique attendue

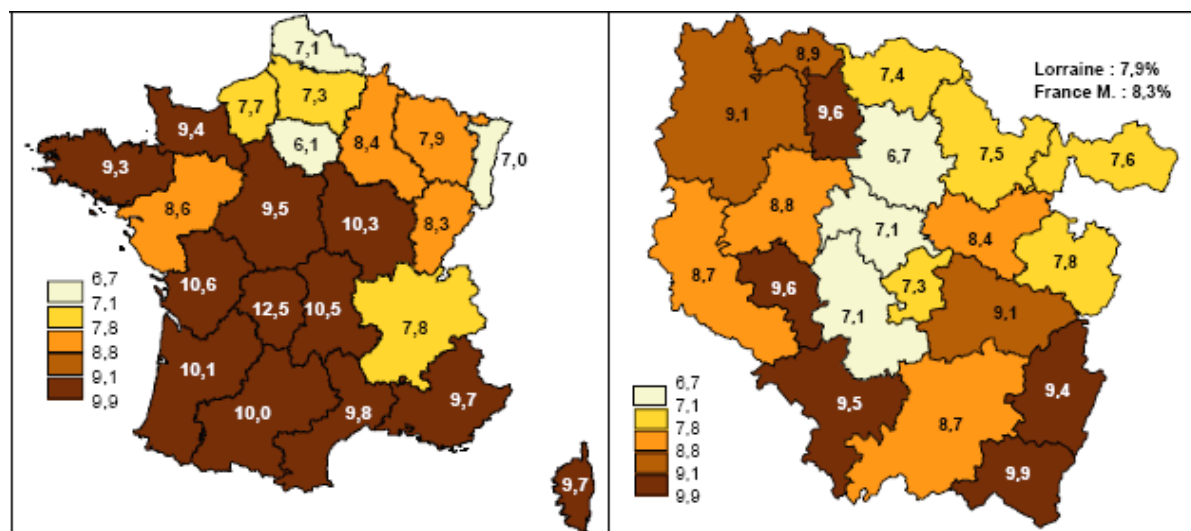
Les travaux menés en 2008/2009 étaient basés sur des prévisions d'évolution à l'horizon 2010 ou 2015.

Pour le PRS et le schéma médico-social, les projections à 10 ans, soit 2021, paraissent une base de travail cohérente pour une action à moyen terme.

La population âgée de 85 ans et plus constitue la meilleure base pour l'accueil en structure avec hébergement, celle de 75 ans et plus, pour le maintien à domicile

C'est cette dernière tranche qui permet les comparaisons au niveau national en terme de taux d'équipement.

#### Part des 75 ans et + dans la population en 2006



## Répartition de la population par TSP (regroupés) des 85 ans et +

| TSP          | Nom TSP                                  | Recensement   | Projections   |               | Evolution<br>2006-2021 | Evolution<br>2006-2031 |
|--------------|------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|------------------------|
|              |                                          | 2006          | 2021          | 2031          |                        |                        |
| 5            | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 2 920         | 7 307         | 7 436         | 150,2%                 | 154,6%                 |
| 4            | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 1 198         | 2 812         | 2 441         | 134,8%                 | 103,8%                 |
| 8            | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 1 369         | 3 145         | 3 379         | 129,8%                 | 146,8%                 |
| 3            | PAYS DE BRIEY                            | 1 215         | 2 788         | 2 402         | 129,4%                 | 97,7%                  |
| 7            | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 3 404         | 7 494         | 8 036         | 120,1%                 | 136,1%                 |
| 6            | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 5 150         | 11 025        | 12 264        | 114,1%                 | 138,1%                 |
| 14           | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 1 350         | 2 763         | 2 967         | 104,8%                 | 119,8%                 |
| 15           | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 1 405         | 2 865         | 3 047         | 103,9%                 | 116,8%                 |
| 9+10         | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 1 596         | 3 160         | 3 476         | 97,9%                  | 117,8%                 |
| 1+2          | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAIN   | 1 929         | 3 631         | 3 480         | 88,2%                  | 80,4%                  |
| 11+12        | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 1 831         | 3 383         | 3 393         | 84,7%                  | 85,3%                  |
| 13           | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 1 349         | 2 468         | 2 656         | 83,0%                  | 96,9%                  |
| 18           | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 3 066         | 5 572         | 5 754         | 81,7%                  | 87,6%                  |
| 20           | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 2 000         | 3 623         | 3 843         | 81,2%                  | 92,2%                  |
| 19           | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 1 809         | 3 241         | 3 271         | 79,2%                  | 80,8%                  |
| 17           | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 1 572         | 2 788         | 2 872         | 77,4%                  | 82,7%                  |
| 16           | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 5 402         | 9 033         | 10 029        | 67,2%                  | 85,7%                  |
| <b>Total</b> |                                          | <b>38 566</b> | <b>77 098</b> | <b>80 745</b> | <b>99,9%</b>           | <b>109,4%</b>          |
| 54           | Meurthe-et-Moselle*                      | 12 142        | 23 049        | 23 758        | 89,8%                  | 95,7%                  |
| 55           | Meuse*                                   | 3 760         | 7 014         | 6 873         | 86,5%                  | 82,8%                  |
| 57           | Moselle                                  | 14 440        | 32 130        | 34 591        | 122,5%                 | 139,6%                 |
| 88           | Vosges*                                  | 8 224         | 14 905        | 15 523        | 81,2%                  | 88,8%                  |

Source : INSEE - projection de population

\* Les populations totales des départements de la Meuse, Meurthe-et-Moselle et des Vosges correspondent à l'agrégé plusieurs TSP et ne respectent pas complètement les limites départementales.

Pour la Meurthe-et-Moselle, il s'agit du regroupement des TSP de Briey, Longwy, Val de Lorraine, Pays du SO meurthe-et-mosellan, Lunéville, Pange, Toul, Verdun, et de la région de Nancy.

Pour la Meuse, il s'agit du regroupement des TSP de Verdun, du Barrois, du Cœur de lorraine et du Haut Val de Meuse.

| Répartition de la population par TSP (regroupés) des 75 ans et + |                                          |                |                |                |              |                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|------------------------|
| TSP                                                              | Nom tsp                                  | Recensement    |                | Projections    |              | Evolution<br>2006-2021 |
|                                                                  |                                          | 2006           | 2021           | 2031           |              | Evolution<br>2006-2031 |
| 6                                                                | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 24 920         | 32 904         | 44 216         | 32,0%        | 77,4%                  |
| 9+10                                                             | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 7 380          | 9 533          | 12 550         | 29,2%        | 70,1%                  |
| 5                                                                | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 16 622         | 21 149         | 26 686         | 27,2%        | 60,5%                  |
| 8                                                                | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 7 657          | 9 662          | 13 141         | 26,2%        | 71,6%                  |
| 15                                                               | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 6 736          | 8 478          | 11 553         | 25,9%        | 71,5%                  |
| 14                                                               | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 6 544          | 8 084          | 11 469         | 23,5%        | 75,2%                  |
| 13                                                               | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 5 546          | 6 808          | 9 155          | 22,8%        | 65,1%                  |
| 7                                                                | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 18 561         | 22 745         | 32 072         | 22,5%        | 72,8%                  |
| 20                                                               | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 8 354          | 10 087         | 13 438         | 20,7%        | 60,9%                  |
| 16                                                               | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 21 940         | 26 421         | 35 206         | 20,4%        | 60,5%                  |
| 18                                                               | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 13 349         | 15 277         | 20 584         | 14,4%        | 54,2%                  |
| 19                                                               | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 7 907          | 9 024          | 12 111         | 14,1%        | 53,2%                  |
| 11+12                                                            | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 8 052          | 9 086          | 12 679         | 12,8%        | 57,5%                  |
| 17                                                               | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 7 039          | 7 844          | 10 379         | 11,4%        | 47,5%                  |
| 1+2                                                              | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 9 333          | 9 949          | 13 670         | 6,6%         | 46,5%                  |
| 3                                                                | PAYS DE BRIEY                            | 7 225          | 7 648          | 9 134          | 5,9%         | 26,4%                  |
| 4                                                                | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 7 454          | 7 820          | 9 410          | 4,9%         | 26,2%                  |
| <b>Total</b>                                                     |                                          | <b>184 616</b> | <b>222 518</b> | <b>297 453</b> | <b>20,5%</b> | <b>61,1%</b>           |
| 54                                                               | Meurthe-et-Moselle*                      | 56 937         | 66 295         | 87 151         | 16,4%        | 53,1%                  |
| 55                                                               | Meuse*                                   | 17 384         | 19 035         | 26 349         | 9,5%         | 51,6%                  |
| 57                                                               | Moselle                                  | 75 139         | 95 992         | 128 665        | 27,8%        | 71,2%                  |
| 88                                                               | Vosges*                                  | 35 155         | 41 196         | 55 288         | 17,2%        | 57,3%                  |

Source : INSEE - projection de population

Que l'on s'attache à la population des plus de 75 ans ou des plus de 85 ans, la Moselle se détache nettement des autres départements et elle connaîtra le plus fort taux de croissance de sa population âgée et très âgée.

Le nombre des Lorrains de plus de 85 ans devrait doubler en 10 ans, dans des proportions très proches pour Meurthe- et-Moselle, Meuse et Vosges, la Moselle atteignant quant à elle + 122 %.

Les plus de 75 ans n'augmenteraient que de 20% en Lorraine avec un faible taux en Meuse, mais + 28 % en Moselle.

### Les modes de vie des personnes âgées

La dernière publication de l'INSEE concernant les modes de vie des français date du recensement 1999, la différence d'espérance de vie hommes/femmes étant alors plus marquée qu'actuellement :

- 48 % de femmes de + de 75 ans vivaient seules,
- 62,8 % des hommes de la même tranche d'âge vivait en couple.

| Mode de vie des personnes selon l'âge et le sexe (en %) |                  |             |             |             |                           |             |                            |             |                                     |            |            |            |
|---------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                         | 1999             |             |             |             |                           |             |                            |             |                                     |            |            |            |
|                                                         | Chez les parents |             | Seul        |             | Vit en couple sans enfant |             | Vit en couple avec enfants |             | Parent d'une famille mono-parentale |            | Autres*    |            |
|                                                         | F                | H           | F           | H           | F                         | H           | F                          | H           | F                                   | H          | F          | H          |
| Moins de 25 ans                                         | 86,6             | 90,6        | 3,9         | 3,2         | 3,8                       | 1,7         | 1,4                        | 0,5         | 0,5                                 | 0,0        | 3,8        | 4,0        |
| 25 - 29 ans                                             | 15,0             | 29,1        | 15,4        | 18,0        | 27,3                      | 25,6        | 32,7                       | 19,6        | 4,9                                 | 0,3        | 4,6        | 7,4        |
| 30 - 44 ans                                             | 3,0              | 7,6         | 8,2         | 13,5        | 8,6                       | 11,0        | 66,9                       | 61,6        | 10,9                                | 1,4        | 2,5        | 4,9        |
| 45 - 59 ans                                             | 1,1              | 2,2         | 11,8        | 11,5        | 32,7                      | 27,2        | 42,2                       | 52,1        | 9,4                                 | 2,4        | 2,8        | 4,6        |
| 60 - 74 ans                                             | 0,3              | 0,5         | 27,3        | 13,2        | 53,7                      | 64,7        | 8,2                        | 15,1        | 4,6                                 | 1,2        | 5,8        | 5,3        |
| 75 ans et +                                             | 0,0              | 0,0         | 48,4        | 20,0        | 23,9                      | 62,8        | 1,5                        | 5,2         | 4,5                                 | 1,4        | 21,6       | 10,6       |
| <b>Ensemble</b>                                         | <b>27,4</b>      | <b>33,8</b> | <b>14,7</b> | <b>10,4</b> | <b>20,8</b>               | <b>22,0</b> | <b>26,1</b>                | <b>27,6</b> | <b>5,6</b>                          | <b>1,0</b> | <b>5,4</b> | <b>5,1</b> |

Champ : France métropolitaine

\*: vit dans un ménage de plusieurs personnes ou en collectivité

Source : Insee, recensement de la population

En 1999, 21,6 % des femmes de plus de 75 ans et 10,6 % des hommes vivaient en collectivité.

L'environnement social est un important déterminant de la santé qui mériterait d'être renseigné par des données actualisées.

En 2008, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées était de 123 pour 1000 personnes de 75 ans et plus (source : STATISS 2009).

### L'espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie en bonne santé se définit comme l'espérance de vie sans limitation d'activité (ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatismes) L'espérance de vie sans incapacité à 50 ans, actuellement de 19,74 ans est de 24,12 ans au Danemark. Son amélioration permet de limiter et de retarder la dépendance.

En France, en 2007, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est estimée à 64,2 ans pour les femmes. Elle est plus faible pour les hommes (63,1 ans). Entre 1995 et 2003, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance avait augmenté d'un an et demi pour les femmes et d'une demi-année pour les hommes, mais ces derniers bénéficient d'une nette amélioration récente qui a effacé cette différence d'évolution. Ces durées sont un peu inférieures à celles observées dans les pays nordiques.

#### Nombre d'années de vie en bonne santé, par sexe

| En années     |             |             |             |             |            |             |            |             |            |             |     |             |             |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-----|-------------|-------------|
|               | 1995        | 2000        | 2001        | 2002        |            | 2003        |            | 2004        |            | 2005        |     | 2006        | 2007        |
| <b>Hommes</b> |             |             |             |             |            |             |            |             |            |             |     |             |             |
| Allemagne     | 60,0        | 63,2        | 64,1        | 64,4        | (e)        | 65,0        | (e)        | :           |            | 55,0        | (b) | 58,5        | 58,8        |
| Italie        | 66,7        | 69,7        | 69,8        | 70,4        | (e)        | 70,9        | (e)        | 67,9        | (b)        | 65,7        |     | 64,7        | 62,8        |
| <b>France</b> | <b>60,0</b> | <b>60,1</b> | <b>60,5</b> | <b>60,4</b> | <b>(e)</b> | <b>60,6</b> | <b>(e)</b> | <b>61,2</b> | <b>(b)</b> | <b>62,0</b> |     | <b>62,7</b> | <b>63,1</b> |
| Espagne       | 64,2        | 66,5        | 66,0        | 66,6        | (e)        | 66,8        | (e)        | 62,5        | (b)        | 63,2        |     | 63,7        | 63,2        |
| Belgique      | 63,3        | 65,7        | 66,6        | 66,9        | (e)        | 67,4        | (e)        | 58,4        | (b)        | 61,7        |     | 62,8        | 63,3        |
| Royaume-Uni   | 60,6        | 61,3        | 61,1        | 61,4        | (e)        | 61,5        | (e)        | :           |            | 63,2        | (b) | 65,0        | 64,8        |
| Grèce         | 65,8        | 66,3        | 66,7        | 66,7        | (e)        | 66,7        | (e)        | 63,7        | (b)        | 65,7        |     | 66,3        | 65,9        |
| Danemark      | 61,6        | 62,9        | 62,2        | 62,8        | (e)        | 63,0        | (e)        | 68,3        | (b)        | 68,4        |     | 67,7        | 67,4        |
| Suède         | :           | 63,1        | 61,9        | 62,4        | (e)        | 62,5        | (e)        | 62,0        | (b)        | 64,2        |     | 67,1        | 67,5        |
| <b>Femmes</b> |             |             |             |             |            |             |            |             |            |             |     |             |             |
| Allemagne     | 64,3        | 64,6        | 64,5        | 64,5        | (e)        | 64,7        | (e)        | :           |            | 55,1        | (b) | 58,0        | 58,4        |
| Italie        | 70,0        | 72,9        | 73,0        | 73,9        | (e)        | 74,4        | (e)        | 70,2        | (b)        | 66,5        |     | 64,1        | 62,0        |
| Espagne       | 67,7        | 69,3        | 69,2        | 69,9        | (e)        | 70,2        | (e)        | 62,5        | (b)        | 63,1        |     | 63,3        | 62,9        |
| Belgique      | 66,4        | 69,1        | 68,8        | 69,0        | (e)        | 69,2        | (e)        | 58,1        | (b)        | 61,9        |     | 62,8        | 63,7        |
| <b>France</b> | <b>62,4</b> | <b>63,2</b> | <b>63,3</b> | <b>63,7</b> | <b>(e)</b> | <b>63,9</b> | <b>(e)</b> | <b>64,1</b> | <b>(b)</b> | <b>64,3</b> |     | <b>64,1</b> | <b>64,2</b> |
| Royaume-Uni   | 61,2        | 61,2        | 60,8        | 60,9        | (e)        | 60,9        | (e)        | :           |            | 65,0        | (b) | 65,1        | 66,2        |
| Suède         | :           | 61,9        | 61,0        | 61,9        | (e)        | 62,2        | (e)        | 60,9        | (b)        | 63,1        |     | 67,1        | 66,6        |
| Grèce         | 69,2        | 68,2        | 68,8        | 68,5        | (e)        | 68,4        | (e)        | 65,2        | (b)        | 67,2        |     | 67,9        | 67,1        |
| Danemark      | 60,7        | 61,9        | 60,4        | 61,0        | (e)        | 60,9        | (e)        | 68,8        | (b)        | 68,2        |     | 67,1        | 67,4        |

: = Non disponible e = Valeur estimée b = Rupture de série p = Valeur provisoire

Source : Eurostat - Dernière mise à jour : 25.08.2009

### La dépendance des personnes âgées

La question est de savoir dans quelle mesure l'augmentation de la population âgée va s'accompagner d'une hausse de la dépendance.

Le nombre de personnes dépendantes est approché par le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Or seulement 6,7 % des 16,4 millions de personnes de plus de soixante ans perçoivent cette allocation.

Les maladies et les incapacités fonctionnelles augmentant avec l'âge, le lien entre le vieillissement de la population et l'augmentation des cas de perte d'autonomie est établi, et les probabilités d'entrer en état de dépendance s'accroissent à partir de soixante-quinze ans et s'élèvent fortement entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans ainsi que le démontre une étude récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (*Données individuelles APA 2006-2007, DREES.*)

– d'autre part, les premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 indiquent que les pertes modérées d'autonomie touchent 13,7 % des personnes âgées de soixante à soixante-dix ans mais 25 % des personnes âgées de quatre-vingts ans ; de même la dépendance frappe 3,3 % des premières et 13,7 % des secondes ;

– enfin, la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées se constate majoritairement auprès des personnes de plus de soixante-quinze ans.

Mais l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. Selon le professeur Étienne-Émile Baulieu, cette tendance favorable devrait encore se maintenir quelque temps car les expérimentations animales démontrent que lorsque la longévité augmente, l'apparition des pathologies liées au vieillissement est retardée en conséquence.

On peut espérer que les politiques de prévention des pathologies les plus responsables d'un état de dépendance – accidents vasculaires cérébraux (AVC), maladies cardio-vasculaires, conséquences des chutes, démence, et la recherche médicale dans le traitement ou la possibilité de retarder la survenue des maladies dégénératives, contribueront à éviter un scénario catastrophe.

En Lorraine, des projections ont été réalisées par l'INSEE à la demande de deux départements de la région : celles-ci prévoyaient qu'à l'horizon 2015, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait augmenter de 17,8% en Meurthe et Moselle et de 22 % en Moselle (contre + 15,9% en France métropolitaine)

## La santé des personnes âgées

La prévalence des maladies chroniques augmente du fait du vieillissement de la population.

Cette morbidité croissante motive des recours plus fréquents aux hospitalisations et la recherche de solutions pour prendre en charge cette grande fragilité.

La progression des affections de longue durée est observée France entière (Source : Points de Repères Novembre 2008/ CNAMTS)

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Parmi les 8 millions de personnes protégées par le régime général qui, en 2007, bénéficiaient de cette prestation, 1,4 millions soit 18 % étaient âgées de 80 ans et plus.

Plus de 75 % des personnes de 90 ans et plus sont en ALD.

**L'analyse des données du PMSI 2009** montre quelques évolutions par rapport à 2007.

Tous séjours confondus, la part des 75 ans et plus tend à augmenter : de 20,50% des séjours en 2007, elle passe à presque 22% des séjours en 2009. La part des séjours de médecine réalisés pour les patients de 75 ans et plus tend à diminuer légèrement : elle passe de 78% en 2007 à 77,12% en 2009.

| CLASSE D'ÂGE | Nb séj<br>(1j et plus) | % du nb séj<br>par classe d'âge | Nb journées<br>(1j et plus) | % du nb séj<br>par classe d'âge |
|--------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 0 à 74 ans   | 347 802                | 76,48%                          | 1 773 743                   | 65,59%                          |
| 75 à 79 ans  | 40 780                 | 8,97%                           | 317 360                     | 11,74%                          |
| 80 à 84 ans  | 35 101                 | 7,72%                           | 310 667                     | 11,49%                          |
| 85 et plus   | 31 077                 | 6,83%                           | 302 460                     | 11,18%                          |
| <b>Total</b> | <b>454 760</b>         |                                 | <b>2 704 230</b>            |                                 |

Tout comme en 2007, le poids relatif de la prise en charge des patients de 75 ans et plus est plus sensible en nombre de journées qu'en nombre de séjours. La part relative des plus de 75 ans tend à

augmenter, que ce soit en nombre de séjours ou en nombre de journées, surtout au profit des plus de 85 ans. Les séjours de 0 jour ont été exclus du calcul.

Le CHU et le CHR accueillent 23,50 % des séjours des 75 ans et plus de la région, soit un peu moins qu'en 2007 (25 %). 26,41% des séjours en hospitalisation complète du CHU sont effectués par des patients de 75 ans et plus (25 % en 2007). Cette proportion tend à baisser au CHR de Metz Thionville : de 34 % en 2007, elle passe à 60,49 % en 2009.

**Tous établissements lorrains confondus, 35,15 % des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33 % en 2007**

Les deux principaux motifs d'hospitalisation décrits en 2007 : chirurgies majeures orthopédiques, cardiopathies et valvulopathies sont retrouvés en 2009. Par contre, la cataracte, 3<sup>ème</sup> motif d'hospitalisation complète en 2007 avec 4,65% des séjours des 75 ans et plus, se trouve reléguée en 5<sup>ème</sup> position, avec 3% des séjours, en raison de la progression de la chirurgie ambulatoire pour ce type d'actes.

Tout comme en 2007, on retrouve un effet du mode de sortie sur la durée moyenne de séjour.

|                                       | MODE DE SORTIE   |          |                               |           |                                |                      |                       |
|---------------------------------------|------------------|----------|-------------------------------|-----------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
|                                       | DMS<br>TS<br>SEJ | DOMICILE | Dont<br>DOMICILE<br>vers EHPA | TRANSFERT | Dont<br>TRANSFERT<br>vers USLD | MUTATION<br>vers SSR | MUTATION<br>vers USLD |
| 0 à 74 ans                            | <b>5,10</b>      | 4,60     | 10,62                         | 9,62      | 17,57                          | 14,81                | 15,74                 |
| 75 à 79 ans                           | <b>7,78</b>      | 6,56     | 11,13                         | 11,02     | 18,64                          | 15,53                | 1,96                  |
| 80 à 84 ans                           | <b>8,85</b>      | 7,47     | 11,59                         | 11,40     | 14,37                          | 15,47                | 16,15                 |
| 85 et plus                            | <b>9,73</b>      | 8,46     | 11,65                         | 11,21     | 13,32                          | 15,58                | 15,00                 |
| <b>TS SEJ<br/>Quel que soit l'âge</b> | <b>5,95</b>      | 5,14     | 11,35                         | 10,34     | 15,67                          | 15,30                | 14,89                 |

**La DMS, tous séjours et toutes classes d'âge confondues, tend à diminuer, sauf pour les plus de 85 ans**, pour qui elle reste relativement stable autour de 10 jours. Globalement, toutes les DMS sont en légère baisse, sauf pour les patients de 75 à 79 ans en attente de transfert pour une USLD : la DMS passe de 16,4 jours en 2007 à 18,64 jours en 2009.

La surmortalité lorraine pour certaines pathologies graves est confirmée (Source FNORS : Vieillissement des populations et état de santé dans les régions de France/Septembre 2008)

La surmortalité en Lorraine pour certaines pathologies chroniques est précisée dans le rapport de la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (données de 2002-2004).

Le taux de mortalité en 2002-2004 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus dépasse le taux français pour 3 pathologies :

| Pathologie                 | Lorraine | France métropolitaine |
|----------------------------|----------|-----------------------|
| Maladies cardiovasculaires | 28,4     | 25,3                  |
| Tumeurs malignes           | 14,8     | 14,3                  |
| Affections respiratoires   | 6,9      | 5,5                   |

Malgré une mortalité en Lorraine sensiblement plus importante qu'en France, on observe une demande moins importante pour les reconnaissances en ALD :

| Affections de longue durée             | Lorraine | France métropolitaine |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| Maladies cardiovasculaires             | 23,3     | 28                    |
| Tumeurs malignes                       | 13,8     | 15,4                  |
| Affections respiratoires               | 1,7      | 1,9                   |
| Troubles mentaux organiques et démence | 8,4      | 9,5                   |

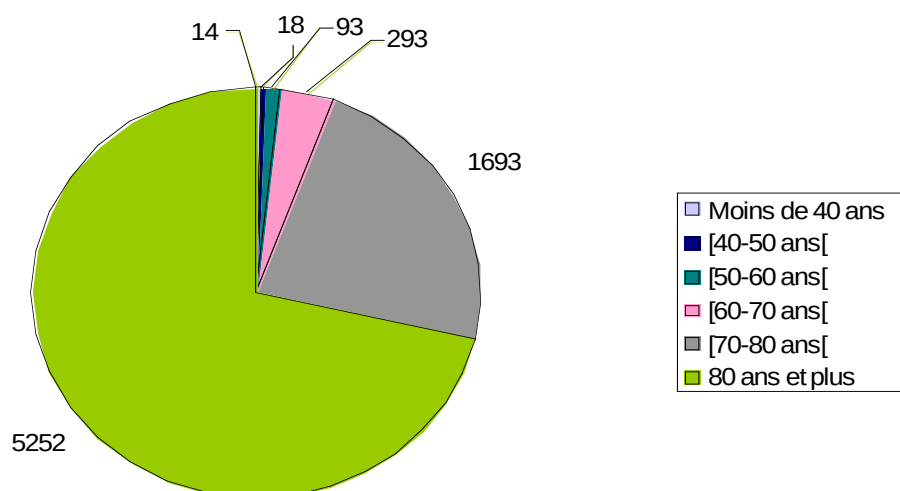
**La maladie d'Alzheimer (ALD 15)**



La maladie d'Alzheimer constitue un problème de santé préoccupant. Un bilan épidémiologique, réalisé à l'occasion des Assises Alzheimer qui se sont tenues à Nancy le 25 juin 2009, n'a permis que de recueillir des données parcellaires, illustrant bien la difficulté de connaître la réalité de cette maladie dont les modes de prise en charge sont extrêmement divers.

Néanmoins, on peut retenir que le nombre d'assurés en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer augmente d'année et année (données des directions régionales du service médical du Nord-est et d'Alsace: départements 54, 55, 57 et 88, portant sur 1 771 000 assurés du régime général). Il y avait en 2006 4661 assurés du régime général reconnus en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer, et 7363 en 2008. Cela signifie que pour les personnes âgées de 80 ans et plus, le nombre d'assurés en ALD 15 a augmenté de 49,5% de 2006 à 2008 (85% pour les 70-80 ans, 88% pour les 60-70 ans, et 66% pour les 50-60 ans). Pratiquement les trois quarts des assurés actuellement en ALD 15 pour maladie d'Alzheimer sont âgés de 80 ans et plus. Les nouvelles admissions suivent la même dynamique de progression : + 37,5% par an pour les 80 ans et plus, +50,5% par an pour les 70-80 ans, +72% par an pour les 60-70 ans. En 2006, 1034 assurés du régime général se sont vus accorder une ALD 15 pour maladie d'Alzheimer, contre 1477 en 2008. Ces nouveaux patients admis en ALD ont pour les 2/3 80 ans et plus.

### Répartition par tranche d'âge en 2008



Les données du Conseil Général de Meurthe et Moselle apportent un éclairage supplémentaire : en 2008, 32% des personnes bénéficiant de l'APA à domicile présentaient des troubles cognitifs (toutes étiologies confondues). En EHPAD, c'est pratiquement 80% des patients qui présentent des troubles cognitifs.

Les coupes PATHOS réalisées par les DRSM du Nord-est et d'Alsace en EHPAD, sur 7800 personnes âgées de 60 ans et plus, permettent d'affirmer qu'au moins un patient sur deux accueilli en EHPAD présente une démence. Le croisement des données des girages et des coupes pathos permet de situer ce chiffre autour de 70 %.

Les données de 4 réseaux gériatologiques (Gérard Cuny à Nancy et agglomération, Age et Santé dans le Barrois, Réseaulu dans le Lunévillois et Regeme) sont concordantes : environ 60% des patients évalués par ces réseaux présentent des troubles cognitifs.

Les données du Collège des Gériatres Lorrains permettent de constater qu'environ 1730 nouveaux patients ont été traités en Lorraine pour maladie d'Alzheimer, tous traitements confondus, et qu'environ 8000 patients sont traités actuellement en Lorraine.

Pour se faire une idée plus précise de la prévalence de la maladie d'Alzheimer en Lorraine, il est possible de réaliser des estimations à partir des données épidémiologiques fournies par l'étude

PAQUID, et des projections INSEE pour les patients de 75 ans et plus. En 2005, il y avait en Lorraine 25100 patients de 75 ans et plus atteints de maladie d'Alzheimer (850 000 France entière, 7900 en Meurthe et Moselle, 2600 en Meuse, 9200 en Moselle et 5400 dans les Vosges). Ce chiffre est **évalué à 28900 en 2010, et passera à 31000 en 2015**.

Ces estimations sont en parfaite cohérence avec les chiffres cités précédemment, et permettent d'approcher l'ampleur du problème posé par cette pathologie. Il convient de rappeler que 50% seulement des patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer sont diagnostiqués, et qu'un patient sur 5 seulement est traité.

### Caractéristiques des personnes âgées hébergées en structures en Lorraine

#### Age moyen des résidents en structure

| Catégorie d'établissements  | NB établissements répondants | Moyenne d'âge des résidents à l'entrée dans l'établissement | Moyenne d'âge des résidents au moment de l'enquête |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Maison de retraite et EHPAD | 226                          | 79,7                                                        | 83,5                                               |
| Foyer logement              | 111                          | 73,7                                                        | 79,4                                               |
| Centres de jour pour PA     | 1                            | 75,7                                                        | 77,3                                               |
| USLD                        | 54                           | 80,1                                                        | 82,5                                               |
| Etablissements exp. pour PA | 1                            | 57,9                                                        | 61,9                                               |
| Etab. Accueil temporaire    | 2                            | 83,8                                                        | 85,6                                               |
| Total                       | 395                          | 78,5                                                        | 82,5                                               |

Source : Enquête EHPA 2007

Une enquête portant sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées est réalisée périodiquement par la DREES. Les données sont exploitées localement par les services statistiques des ARS ; sont également disponibles des données sur les durées de séjour, les décès... En matière d'âge moyen, seuls les chiffres des maisons de retraite, foyers logements et USLD sont significatifs : on entrain en moyenne vers 80 ans en maison de retraite et EHPAD en 2007, et vers 74 ans en foyer-logement.

#### La dépendance en EHPAD

La grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Ces niveaux sont :

**La dépendance totale ou lourde, GIR 1 et 2**

**La dépendance partielle ou légère, GIR 3 et 4**

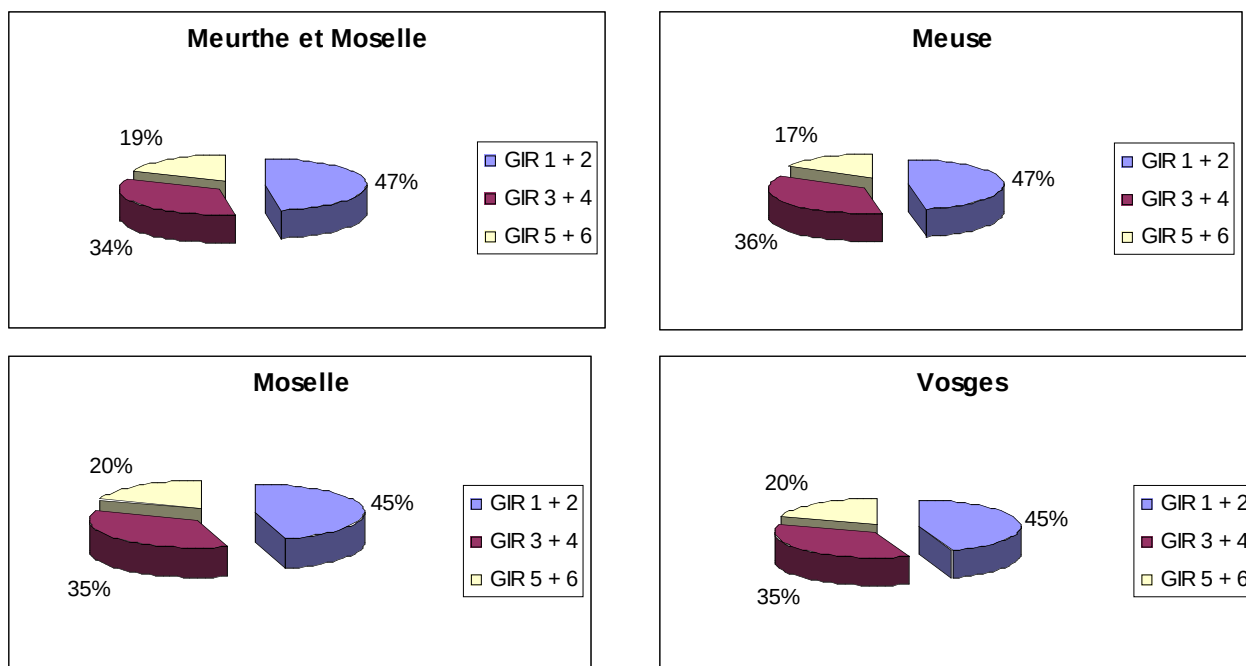
**La dépendance très légère, GIR 5**

**L'absence de dépendance, GIR 6**

Les données ci-dessous sont extraites de l'outil SAISEHPAD au 1<sup>er</sup> mars 2010 et incluent les données des USLD.



Alors que les taux d'équipement sont très variables selon les départements (cf. description de l'offre, infra), le résultat de la détermination des GIR fait apparaître des niveaux de dépendance sensiblement identiques :



### La santé des résidents en EHPAD

**L'analyse des données issues des coupes PATHOS** réalisées en 2007 et 2008 dans les EHPAD permet d'avoir un descriptif des populations présentes de 60 ans et plus en termes de dépendance, pathologies et niveaux de soins nécessaires.

Ces coupes réalisées sous la responsabilité des médecins coordonnateurs et validées par les médecins conseils selon une méthode nationale ont porté en Lorraine sur 7744 personnes, et au niveau national sur 257 064 personnes.

Les caractéristiques d'âge et sexe sont proches de la moyenne nationale : 75 % de femmes, 25 % d'hommes, âge moyen 84 ans versus 85 au niveau national.

Le GMP ou GIR moyen pondéré qui évalue globalement la perte d'autonomie, est sensiblement moins élevé en Lorraine, avec une valeur de 585 versus 613 au plan national.

Les 4 états pathologiques les plus fréquents en Lorraine suivent le même ordre qu'en France :

| Etat pathologique                   | Lorraine |    | France   |    |
|-------------------------------------|----------|----|----------|----|
|                                     | effectif | %  | effectif | %  |
| Hypertension artérielle             | 4 581    | 59 | 130 993  | 51 |
| Syndrome démentiel                  | 3 407    | 44 | 125 133  | 49 |
| Incontinence                        | 2 948    | 38 | 113 302  | 44 |
| Troubles chroniques du comportement | 2 915    | 38 | 98 764   | 38 |

L'effectif de personnes en EHPAD qui justifient de soins médico-techniques importants (SMTI) correspondant à la définition des USLD s'élève à 7,14 % de la population, versus 9,69 % de la population pour l'ensemble des EHPAD vus en France (données CNSA mai 2009).

En Lorraine, si les profils de soins des 553 patients âgés justifiant de SMTI sont très divers pour 439 d'entre eux, 51 présentent des profils psychiatriques « de crise » et 50 nécessitent une rééducation fonctionnelle intensive.

Un syndrome démentiel est noté pour 3407 personnes soit 44 % des dossiers analysés : parmi ceux-ci, 1699 ont des fonctions mentales altérées avec conservation de leurs capacités motrices et sont susceptibles d'être « perturbatrices ».

## Description de l'offre

### Les dispositifs de prévention

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) avait élaboré un **Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005**, dont les actions ont été reprises ou poursuivies.

Ses objectifs étaient de :

- Diminuer l'incidence des chutes et des syndromes post chutes, de la dénutrition et de l'incontinence et promouvoir un bon usage du médicament ;
- Promouvoir des démarches qualité de la fonction restauration / nutrition en fixant, notamment, un objectif de dépistage de la dénutrition ou de son risque à l'admission ou en cours d'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples pour adapter en conséquence le soutien nutritionnel. Cet objectif est inscrit dans le programme national nutrition santé (PNNS) ;
- Faire évoluer les pratiques des professionnels par des actions de sensibilisation et de formation à la prévention des facteurs de risque en particulier sur les quatre thèmes prioritaires précités ;
- Réaliser et diffuser des outils de prévention ;
- Mieux connaître les facteurs de variabilité des réponses aux traitements et éduquer les patients au bon usage des médicaments.

### Le plan national « bien vieillir » 2007-2009

L'augmentation rapide de l'espérance de vie moyenne depuis le début du siècle met en évidence le rôle important des facteurs extrinsèques (conditions de vie et de travail, nutrition, amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène, et les progrès de la médecine).

Le programme national "bien vieillir" visait à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation.

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée ;
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité ;
- avoir une activité physique ou sportive régulière ;
- adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- adapter son environnement physique et social ;
- conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ;
- lutter contre l'isolement ;
- valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement.

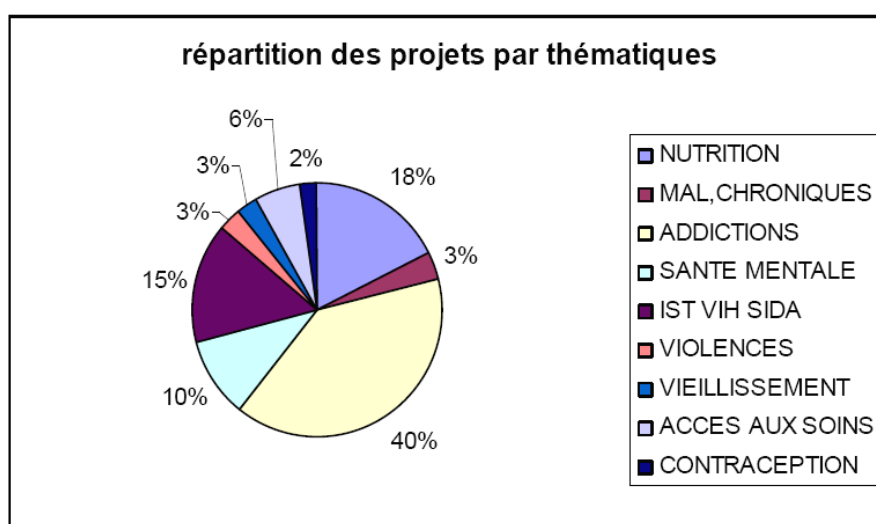
Ces préconisations ont largement été relayées par une multitude d'acteurs locaux : assurance-maladie, mutuelles (prévention des chutes, ateliers équilibres), Centres Communaux d'Action Sociale, associations (ateliers mémoire Alzheimer), clubs du 3<sup>ème</sup> âge et sportifs.....

Le plan a également été mis en œuvre par des appels à projets conjoints CNSA-DGAS-DGS identifiant et soutenant des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations...), visant à promouvoir chez les seniors la prévention des maladies pouvant entraîner une perte d'autonomie ou son aggravation, l'amélioration de la qualité de vie, ou à encourager des comportements favorables à un vieillissement réussi.

L'objectif était de faciliter l'appropriation et la déclinaison du plan national "bien vieillir" par les acteurs territoriaux, dans la continuité de l'expérimentation menée par les premiers 17 sites pilotes retenus en 2003 et dans l'objectif d'une intégration dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP).

En Lorraine, ce dispositif est apparu très lourd et contraignant pour les opérateurs souhaitant s'inscrire dans le dispositif, et l'expérience de la première année n'a pas été renouvelée dans le cadre du GRSP.

Les actions en faveur des personnes âgées sont relativement marginales lorsque l'on fait le bilan des actions du PRSP financées en 2009 : elles ne représentent que 2% des actions financées.



Les CLICS et les réseaux gérontologiques mènent également des actions de prévention (cf infra)

### Le plan Alzheimer 2008-2012

Le plan s'intéresse aux malades, mais également à leurs proches et aux aidants.

Le risque de surmortalité des aidants dans les 3 années qui suivent le début de la maladie de leur proche est évalué à plus de 60%, et la moitié des conjoints de malades développent une dépression. Les solutions de répit plateformes ou accueils de jour et hébergement temporaire sont une des priorités du plan, ainsi que l'amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels (mesure 3), par la formation des médecins généralistes

La mesure 15 concerne l'amélioration du bon usage des médicaments : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se voient souvent prescrire des médicaments psychotropes, notamment en raison des troubles comportementaux présents dans certaines phases de la maladie et de nombreuses pathologies associées ; les risques d'accoutumance et les accidents iatrogènes sont donc très importants.

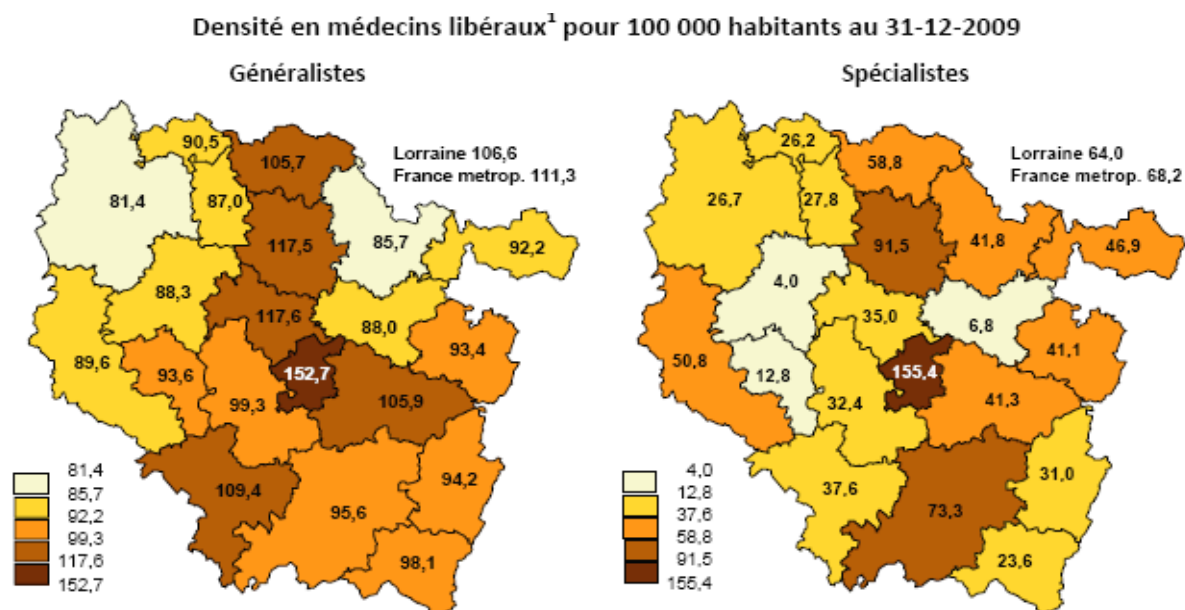
Un groupe de travail a été mis en place pour élaborer des recommandations de pratiques cliniques sur les modalités de sédation

Des programmes d'élaboration et d'amélioration des pratiques professionnelles sur le thème du bon usage du médicament, incluant les psychotropes, sont élaborés et diffusés.

Les professionnels de santé libéraux et les réseaux gériatologiques

### Les professionnels de santé libéraux

L'ORSAS a analysé l'offre de soins ambulatoires en Lorraine et note de fortes disparités :



### Une offre médicale concentrée sur Metz et Nancy

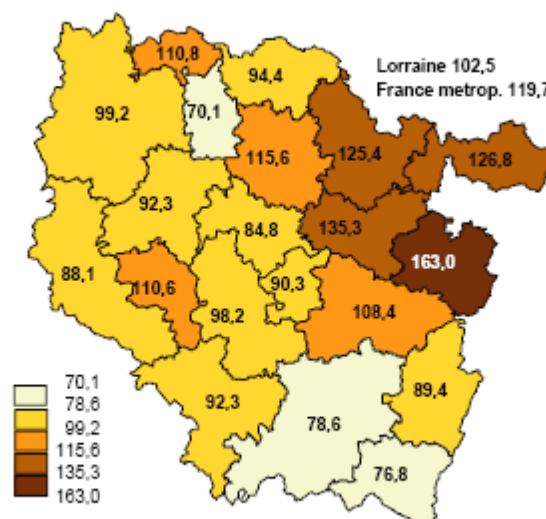
Les densités en médecins libéraux en Lorraine sont inférieures à la moyenne française. Au 31 décembre 2009, en incluant les médecins du secteur minier, on comptait 106,6 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en Lorraine contre 111,3 pour 100 000 en France métropolitaine et 64,0 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants en Lorraine contre 68,2 pour 100 000 en France métropolitaine.

Les densités en médecins libéraux sont plus fortes en ville qu'à la campagne. Cette inégalité est beaucoup plus importante chez les médecins spécialistes que chez les médecins généralistes.

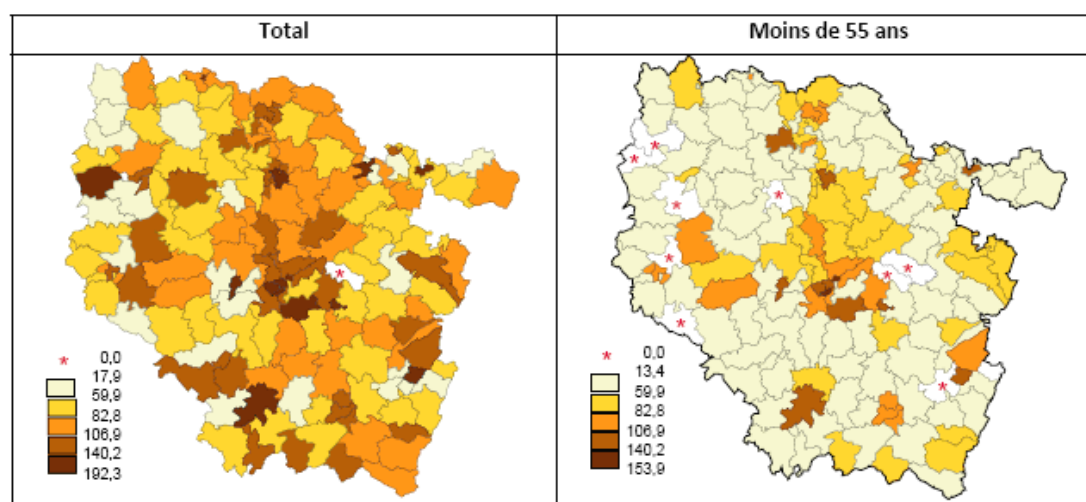
Le territoire de Nancy et de son agglomération enregistre les plus fortes densités (152,7 généralistes et 155,4 spécialistes pour 100 000 habitants). Les densités sont également relativement élevées dans le territoire de Metz (117,5 généralistes et 91,5 spécialistes pour 100 000 habitants). Le Val de Lorraine (117,6 pour 100 000 habitants) bénéficie également d'une densité en médecins généralistes non seulement supérieures à la moyenne régionale, mais aussi à la moyenne nationale. Une forte densité en médecins spécialistes libéraux est observée dans le Pays d'Épinal – Cœur des Vosges (73,3 pour 100 000 habitants).

Les densités en médecins généralistes sont plus faibles dans les territoires à dominante rurale tels que la Meuse du Nord (81,4 pour 100 000), le Cœur de Lorraine (Saint-Mihiel, 88,3 pour 100 000) et le Saulnois (88,0 pour 100 000). Les densités sont également faibles dans les territoires ayant un passé minier, bien qu'on ait intégré les médecins salariés du secteur minier. On compte 85,7 médecins pour 100 000 habitants dans le Bassin Houiller et 87,0 pour 100 000 dans le Bassin de Briey.

Les médecins spécialistes libéraux sont presque inexistants dans les territoires à dominante rurale. On compte seulement 4,0 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans le Cœur de Lorraine (Saint-Mihiel) et 6,8 pour 100 000 dans le Saulnois.

Densité en infirmiers libéraux<sup>1</sup> pour 100 000 habitants au 31-12-2009

La densité en infirmiers libéraux est plus faible en Lorraine (102,5 pour 100 000) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (119,7 pour 100 000). Leur répartition à travers la Lorraine est très différente de celle constatée chez les médecins libéraux. Les densités ne sont pas plus élevées en ville qu'à la campagne. Elles sont supérieures à la moyenne régionale mais également à la moyenne française dans l'est de la Moselle et en particulier dans le Saulnois (135,3 pour 100 000) et dans le Pays de Sarrebourg (163,0 pour 100 000). Les densités sont beaucoup plus faibles dans le Pays de Remiremont et de ses vallées (76,8 pour 100 000) et dans le Bassin de Briey (70,1 pour 100 000).

Densité en médecins libéraux<sup>1</sup> par canton pour 100 000 habitants au 31-12-2009

1 : Y compris les salariés du secteur minier.

La répartition très inégale des médecins généralistes libéraux sur le territoire lorrain est particulièrement visible à l'échelle des cantons. Les densités dépassent 140 pour 100 000 dans les villes mais elles peuvent être inférieures à 50 pour 100 000 dans 10 cantons et aucun médecin généraliste n'est installé dans le canton d'Arracourt au nord de Lunéville. Ces faibles densités rurales ont des conséquences sur la qualité des soins. Les temps d'accès peuvent être importants et les médecins ruraux peuvent être surchargés, ce qui risque de les décourager et limite la possibilité d'avoir un rendez-vous avec eux.

La carte des densités en médecins généralistes libéraux âgés de moins de 55 ans montre que 8 cantons supplémentaires risquent de ne plus avoir de médecins sur leur sol s'ils ne trouvent pas de remplaçants à ceux qui vont partir en retraite d'ici une dizaine d'année.



## Les réseaux gérontologiques

L'objectif général des réseaux gérontologiques est d'optimiser le maintien à domicile des personnes âgées dès lors que les conditions de qualité et de sécurité sont remplies, l'accès à une structure de soins si nécessaire, puis le retour à domicile.

Selon la circulaire DHOS/UNCAM du 15 Mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées », les réseaux de santé gérontologiques s'adressent prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, en situation de fragilité, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :

- patients gériatriques se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique rendant critique le maintien ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation,
- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides du champ sanitaire et social...
- des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Quand la situation le nécessite, l'accès aux services d'un réseau « personnes âgées » peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de 75 ans.

La prise en charge proposée doit correspondre aux besoins de santé et médico-sociaux des personnes âgées.

L'entrée dans le réseau nécessite l'accord de la personne âgée et/ou de son entourage et de son médecin traitant.

Les objectifs opérationnels des réseaux gérontologiques sont :

- assurer le repérage de la population répondant aux critères cités ci-dessus,
- établir un Plan d'Intervention Personnalisé pour la personne âgée, en équipe pluridisciplinaire, comportant un diagnostic complet psycho-médico-social, un choix de solutions,
- coordonner et engager les démarches auprès des intervenants, apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels : le réseau favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les intervenants sanitaires et sociaux (professionnels libéraux, professionnels des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux) sans jamais se substituer au médecin traitant de la personne âgée,
- mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation pour la santé ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques,
- définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services.

Pour fonctionner, ces réseaux bénéficient d'un financement annuel par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) avec, parfois, un co-financement du Conseil Régional de Lorraine.

En Lorraine, il existe 13 réseaux gérontologiques qui travaillent de concert avec les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) puisque certains réseaux gérontologiques sont portés par des CLIC (GERONTONORD à THIONVILLE et GPS à SARREBOURG).

| PROJETS FIQCS                          | Budget 09<br>Co financeur | FIQCS 2009<br>Total des paiements |
|----------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| GERONTOLOGIE                           | 458 616,00                | 1 355 000,00                      |
| GERONTONORD (THIONVILLE)               | 25 320,00                 | 150 000,00                        |
| REGESA (DIEUZE)                        | 37 150,00                 | 125 000,00                        |
| REGEME (CREUTZWALD)                    | 9 347,00                  | 200 000,00                        |
| REGE2M (METZ)                          | 37 250,00                 | 170 000,00                        |
| DOMI RESEAU (LONGWY)                   | 63 633,00                 | 100 000,00                        |
| MAILL'AGE (BRIEY)                      | 0,00                      | 0,00                              |
| RGPS (SARREBOURG)                      | 22 936,00                 | 160 000,00                        |
| G. CUNY (NANCY)                        | 26 350,00                 | 200 000,00                        |
| AGE ET SANTE (BAR LE DUC)              | 229 630,00                | 65 000,00                         |
| SEL ET VERMOIS (ST NICOLAS DE PORT)    | 0,00                      | 45 000,00                         |
| VAL DE LORRAINE RGV L (PONT A MOUSSON) | 2 000,00                  | 90 000,00                         |
| RESEAU LU (LUNEVILLE)                  | 5 000,00                  | 50 000,00                         |
| RESAPEG (TOUL)                         |                           | 0,00                              |

Les 2 réseaux non financés sont en cours de constitution.

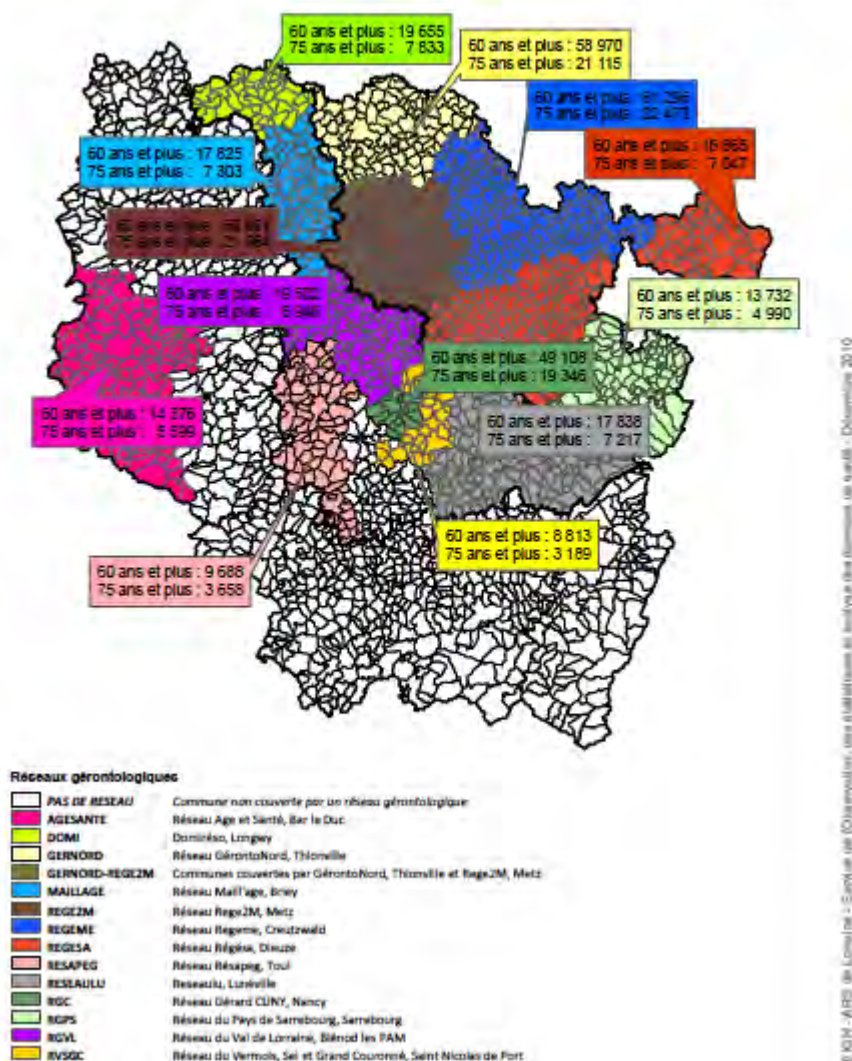
Il n'existe pas de réseau gérontologique au sens de la circulaire de 2007 dans les Vosges.

Une filière informelle existe. Les 6 équipes pluridisciplinaires maillant le territoire sont connues des partenaires locaux et ont établi des contacts et collaborations avec les partenaires du secteur : médecins-traitants, structures sociales (CCAS), médico-sociales et sanitaires.

Dans la Meuse, le réseau ne couvre pas l'ensemble du territoire.

## Couverture des réseaux gérontologiques en Lorraine à la date du 02 décembre 2010

Source : RP INSEE 2007



### Les services relevant des Conseils généraux

#### L'action sociale, dont l'APA

Depuis les lois de décentralisation, les compétences en matière d'action sociale ont été confiées aux départements, qui ont la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale au nombre desquelles l'aide sociale aux personnes âgées qui recouvre les dépenses de compensation de la perte d'autonomie (allocation personnalisée d'autonomie - APA), celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et plus marginalement, celles de l'aide à domicile.

Le montant de l'APA est attribué en fonction du GIR de la personne

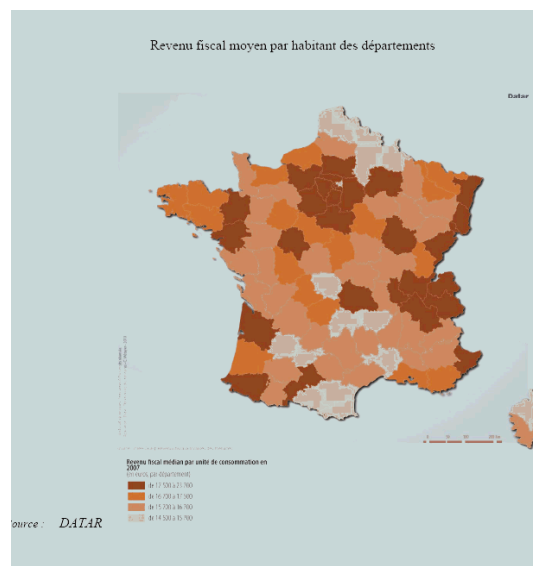
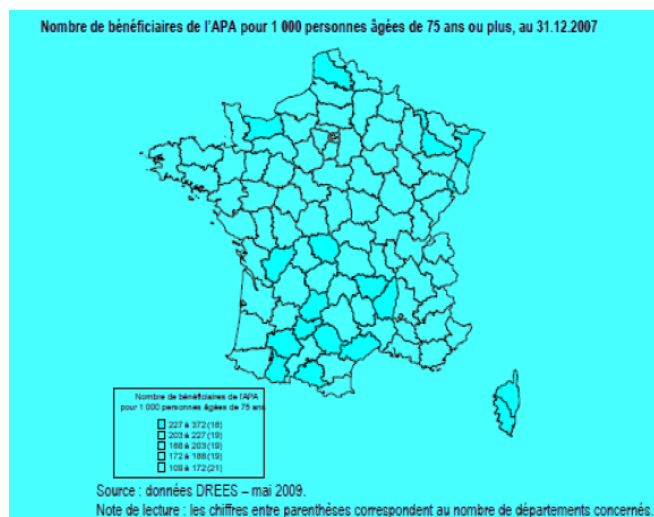
Les GIR 5 et 6 n'ouvrent pas droit au bénéfice de l'allocation.

Les dépenses d'APA sont en augmentation constante Selon le rapport Jamet, cette augmentation peut être expliquée par deux facteurs sociodémographiques principaux :



« - **d'une part, le vieillissement de la population**, qui conduit à augmenter la part dans la population totale de personnes de plus de 75 ans. Le lien entre vieillissement et dépendance est toutefois complexe, dans la mesure où le niveau de dépendance de la population peut être affecté à la fois par les évolutions médicales (meilleur dépistage et meilleure prise en charge de pathologies entraînant la dépendance) et par des déterminants sociaux ;

- **d'autre part, le niveau de ressources des personnes âgées dépendantes**, dans la mesure où le montant de l'APA versé par le département est affecté d'un ticket modérateur calculé en fonction des ressources du demandeur et dont le montant peut représenter jusqu'à 90% du plan d'aide. »



Le nombre de bénéficiaire de l'APA est loin d'être en corrélation avec le revenu fiscal.

Les chiffres suivants ont été collationnés par l'ORSAS de Lorraine et concernent l'APA à domicile

| Nombre de bénéficiaires de l'APA et taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus |                                             |            |       |            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|-------|------------|-------|
| Source : Conseil général 54, 55, 57 et 88                                           |                                             |            |       |            |       |
|                                                                                     |                                             | 31/12/2008 |       | 31/12/2009 |       |
|                                                                                     |                                             | Nombre     | Taux  | Nombre     | Taux  |
| TSP18                                                                               | Pays d'Épinal : Cœur des Vosges             | 1 150      | 8,3%  | 1 209      | 8,8%  |
| TSP20                                                                               | Pays de Remiremont et de ses vallées        | 754        | 8,9%  | 761        | 8,9%  |
| TSP1                                                                                | Meuse du Nord                               | 745        | 10,0% | 672        | 9,0%  |
| TSP12                                                                               | Pays du Haut Val de Meuse                   | 234        | 10,2% | 213        | 9,3%  |
| TSP11                                                                               | Pays Barrois                                | 512        | 8,7%  | 565        | 9,6%  |
| TSP19                                                                               | Pays de la Déodatie                         | 740        | 9,2%  | 773        | 9,6%  |
| TSP13                                                                               | Pays de l'Ouest Vosgien                     | 625        | 10,9% | 611        | 10,7% |
| TSP2                                                                                | Pays Cœur de Lorraine                       | 269        | 12,3% | 252        | 11,5% |
| TSP6                                                                                | Territoire de Metz                          | 2 981      | 11,5% | 3 201      | 12,3% |
| TSP16                                                                               | Territoire de Nancy et de son agglomération | 3 132      | 13,9% | 2 920      | 13,0% |
| TSP5                                                                                | Territoire de Thionville                    | 2 284      | 13,3% | 2 459      | 14,4% |
| TSP7                                                                                | Bassin Houiller                             | 2 566      | 13,4% | 2 875      | 15,0% |
| TSP3                                                                                | Pays du Bassin de Briey                     | 1 171      | 15,6% | 1 153      | 15,3% |
| TSP9                                                                                | Pays du Saulnois                            | 363        | 14,3% | 391        | 15,4% |
| TSP10                                                                               | Pays de Sarrebourg                          | 838        | 16,4% | 901        | 17,7% |
| TSP14                                                                               | Pays Terres de Lorraine                     | 1 401      | 20,9% | 1 324      | 19,7% |
| TSP8                                                                                | Pays de Sarreguemines-Bitche-Saralbe        | 1 522      | 19,3% | 1 609      | 20,4% |
| TSP15                                                                               | Pays du Val de Lorraine                     | 1 596      | 23,0% | 1 444      | 20,8% |
| TSP17                                                                               | Pays Lunévillois                            | 1 813      | 25,0% | 1 759      | 24,3% |
| TSP4                                                                                | Territoire de Longwy                        | 1 930      | 24,7% | 1 921      | 24,6% |
| Lor Nord                                                                            | Lorraine Nord                               | 14 669     | 14,3% | 15 434     | 15,0% |
| Lor Sud                                                                             | Lorraine Sud                                | 11 957     | 13,6% | 11 579     | 13,2% |
| D54                                                                                 | Meurthe-et-Moselle                          | 11 050     | 18,9% | 10 520     | 18,0% |
| D55                                                                                 | Meuse                                       | 1 754      | 9,7%  | 1 705      | 9,5%  |
| D57                                                                                 | Moselle                                     | 10 554     | 13,6% | 11 436     | 14,7% |
| D88                                                                                 | Vosges                                      | 3 268      | 9,1%  | 3 352      | 9,3%  |
| Lorraine                                                                            | Lorraine                                    | 26 626     | 14,0% | 27 013     | 14,2% |
| France                                                                              | France                                      | 669 180    | 12,7% |            |       |

Les taux de bénéficiaires sont rapportés au nombre de personnes âgées de + de 75 ans.

Les écarts peuvent être expliqués par le niveau de revenu, en corrélation ou non avec leur état de santé ; on devrait donc trouver un taux supérieur en Meuse par rapport à la Meurthe et Moselle, dont le revenu fiscal est plus élevé ; or c'est le contraire.

L'offre en places d'EHPAD peut influencer sur le maintien à domicile ; mais les conseils généraux observent fréquemment des GIR élevés chez des personnes maintenues à domicile, soit par choix, soit parce que le reste à charge en EHPAD est jugé trop élevé par eux-mêmes ou les obligés alimentaire.

L'information, les politiques locales, et les différences entre les pratiques des professionnels sont également des facteurs explicatifs.

### Les Centres Locaux d'Information et de coordination

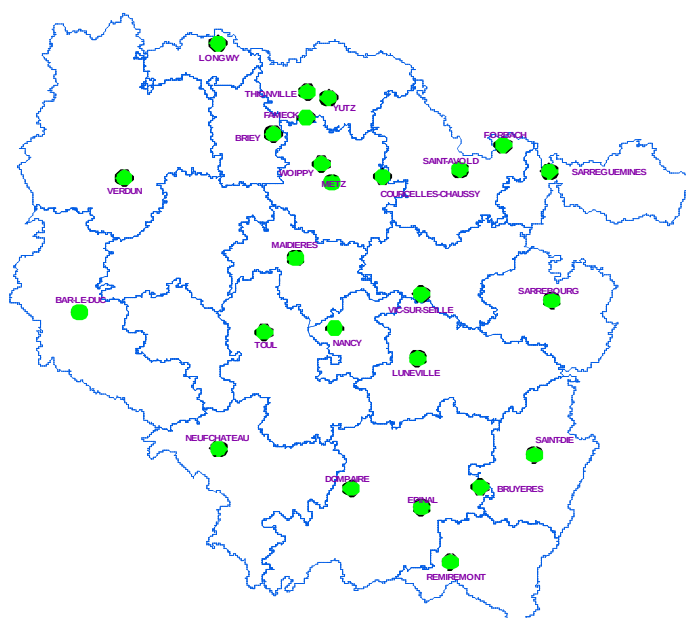
Les CLIC sont des guichets d'accueil destinés aux personnes âgées et à leur famille, dont les missions sont : d'informer et de faciliter leurs démarches.

Les CLIC remplissent 3 missions principales en fonction de leur niveau de labellisation technique

- niveau de label 1 : assurer l'information des particuliers et des professionnels du territoire
- niveau de label 2 : procéder à des évaluations individuelles multidimensionnelles de situations complexes de personnes en incapacité afin de proposer un plan d'aide ;
- niveau de label 3 : assurer la coordination des interventions dans le cadre du suivi des situations au cours du temps.

L'objectif est que les CLIC parviennent tous à terme au label de niveau 3, assurant :

- **L'évaluation globale multidimensionnelle** est le préalable à une prise en charge de qualité des maladies chroniques stabilisées et de leurs conséquences. Cette évaluation nécessite l'intervention de plusieurs professionnels et s'attache à plusieurs dimensions de la personne âgée : l'état de la personne (ses maladies chroniques, ses déficiences, ses incapacités), son environnement social, son habitat, ses ressources économiques et sa protection sociale.
- **L'élaboration du plan d'aide personnalisé**, qui définit les différentes interventions nécessaires pour améliorer les conditions de vie de la personne et de son entourage (aides humaines, matérielles et techniques) en fonction de l'évaluation réalisée.
- **La recherche de ressources financières** pour rendre effectif le plan d'aide. C'est le rôle du CLIC de rassembler ces ressources en s'appuyant sur les connaissances et le savoir-faire des professionnels du secteur social notamment.
- **La coordination des professionnels qui vont apporter leur aide à la personne âgée** afin de rendre leur travail plus cohérent et d'éviter l'éparpillement des prestations.
- **Le suivi des personnes dépendantes** afin d'assurer des prises en charge de qualité qui s'inscrivent dans la durée.



Source : Conseils généraux de Lorraine

© IGN/DRIAS de Lorraine - service statistiques

Les départements sont relativement bien couverts, sauf en Meuse où seuls les territoires de Bar le Duc et Verdun sont pourvus.

En l'absence de CLIC et de réseaux, les liens avec les usagers et les professionnels de santé sont assurés par 27 Instances Locales de Coordination Gérontologique, qui ont un statut associatif, et les Unités Territoriales d'Action Sociale du Conseil Général.

#### **L'expérience de Maison pour l'Autonomie et l'intégration des Malades Alzheimer (MAIA - mesure 4 du plan national Alzheimer) portée par le Conseil Général de Meurthe et Moselle**

Les Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été définies dans le *Plan Alzheimer 2008-2012* en proposant des expérimentations. Les expérimentations ont débutées en février 2009. Urbaines pour certaines, rurales pour d'autres, situées sur des territoires de taille différente, les MAIA offrent un large éventail de situation répartis sur toute la France permettant de préparer une phase de généralisation.

Le projet meurthe-et-mosellan retenu a la particularité de concerner un territoire urbain : Nancy, en partenariat avec le réseau Gérard Cuny, et le lunévillois rural avec Réseau'Lu.

Les MAIA sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné.

Elles proposent :

- une réponse harmonisée quelle que soit la structure à laquelle on s'adresse dans le dispositif MAIA,
- une réponse complète puisque la MAIA peut proposer toutes les prestations et services disponibles,
- une réponse adaptée à la demande : informations, orientation, mise en place de soins, services ou prestations.

Pour les situations plus complexes, un accompagnement individualisé est assuré par un « gestionnaire de cas » (mesure 5 du plan national Alzheimer).

Quatre gestionnaires de cas, qui suivent une formation universitaire spécifique, participent à l'expérimentation en Meurthe et Moselle.

Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit. Interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant, il est formé pour intervenir sur les situations complexes dont il est le référent. Ce suivi intensif l'amène à accompagner une quarantaine de situations. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé basé sur les besoins identifiés.

Pour proposer cette réponse, les MAIA s'appuient sur les structures existantes, sans créer de nouvelle « maison ». Elles organisent une meilleure coopération entre les différents prestataires : dans une MAIA, les différents partenaires non seulement se coordonnent, mais également définissent ensemble leurs règles de fonctionnement, les critères de mise en place des gestionnaires de cas, les outils d'évaluation des besoins de la personne malade, les outils de partage d'information...

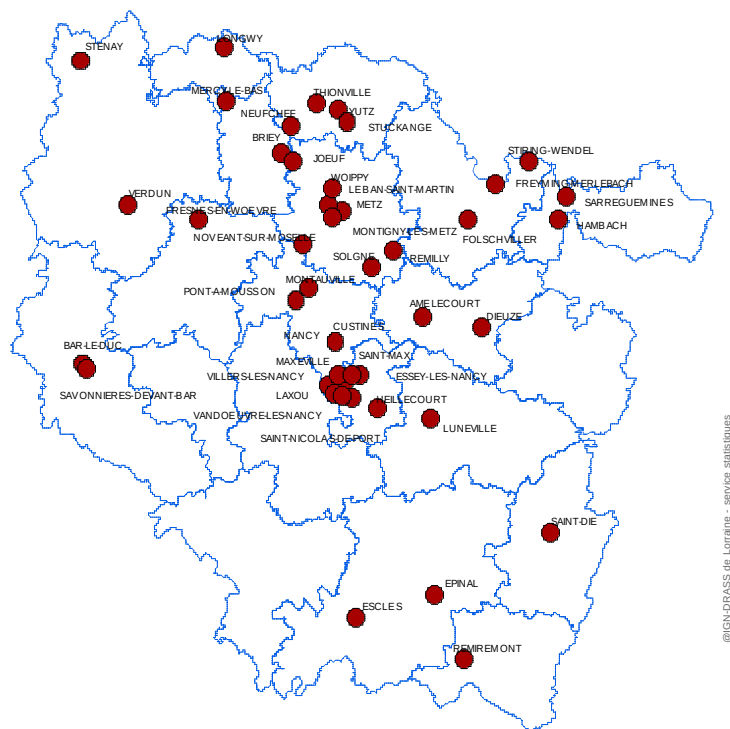
L'expérimentation MAIA au-delà de la période initiale 2009-2010 est prolongée. La poursuite de leur financement par la CNSA et le ministère de la santé et des sports est assurée en 2011, sous réserve d'objectifs définis avec l'équipe projet nationale.

La pérennisation des MAIA expérimentales s'accompagne **d'une généralisation progressive du dispositif** et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, actuellement en débat à l'Assemblée Nationale, devrait comporter des dispositions leur donnant une assise juridique.

### **Les services d'aide à domicile**

Aux côtés des services d'aide à domicile autorisés et tarifés par les Conseils généraux coexistent les services agréés par les ex-DDTEFP, et de nombreux services privés, voire l'emploi direct de salariés, favorisé par le dispositif des Chèques Emploi-Services

## Localisation des services d'aide à domicile autorisés par les Conseils Généraux



Source : CG de Lorraine

@IGN-DRASS de Lorraine - service statistiques

Cette carte fait apparaître les villes où sont installés les sièges sociaux des services, et les territoires blancs sont en réalité desservis par des services dont le rayon d'action est important (par exemple, l'ouest vosgien est desservi par le SAD d'Epinal).

Une enquête a été menée en 2008 par la DREES auprès des aides à domicile (Etudes et résultats N° 741 • octobre 2010) ; elle permet d'étudier la nature de leurs activités. Une large part de leurs interventions auprès des personnes fragilisées est consacrée aux activités domestiques : 97 % font le ménage ou lavent la vaisselle, 71 % nettoient le linge et 73 % préparent les repas. Pour 83 % d'entre elles, cette aide consiste aussi à inciter les personnes fragilisées à faire elles-mêmes les activités.

L'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne (ADL) constitue le cœur de métier de l'intervenante à domicile et, selon leur mode d'exercice, leur intensité varie : 22 % des activités y sont consacrées pour les salariées en emploi direct contre 34 % pour les salariées de services prestataires, mandataires ou en emploi mixte. Le niveau de diplôme et la formation professionnelle interviennent aussi dans la répartition des activités, la part d'ADL augmentant avec le niveau de diplôme.

Sur les dernières années, les intervenantes ont constaté des changements dans leurs activités. 68 % d'entre elles imputent ces changements à un état de santé dégradé des personnes chez qui elles interviennent et à un niveau de dépendance plus important.

Un effort considérable a été consenti pour la formation et la qualification des intervenantes, afin d'améliorer la qualité et participer au développement de la bientraitance... Ce secteur connaît actuellement des difficultés financières qui ont conduit à lui accorder une aide exceptionnelle de la CNSA en 2010.

### Les structures d'hébergement non médicalisées

**Logements - foyers** : Il s'agit d'un groupe de logements associés à des équipements ou des services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie, animation...). Ils offrent aux personnes âgées qui ne sont pas dépendantes, une solution associant logement autonome et services collectifs. Ces établissements ne sont généralement pas médicalisés.

**Accueil familial :** La personne âgée ou la personne handicapée est accueillie à titre payant dans une famille autre que la sienne. Il est de la compétence du Conseil Général qui délivre un agrément pour l'accueil de une à trois personnes au maximum. Les personnes âgées qui ne veulent plus, ou ne peuvent plus rester à leur domicile, peuvent ainsi demeurer dans leur région habituelle et maintenir une vie de famille plus conviviale que dans les institutions.

## Les foyers-logements en Lorraine

Source : FINESS au 14/10/2010



En 2010, la Lorraine comptait 6 575 places en foyers-logements pour personnes âgées réparties sur 124 établissements :

- 2 500 en Meurthe et Moselle
- 374 en Meuse
- 2 220 en Moselle
- 581 dans les Vosges

### Offre médico-sociale

Hormis les Services de Soins Infirmiers à Domicile, les établissements médico-sociaux font l'objet d'autorisations et de financements conjoints des Conseils Généraux et des ARS.

## Les dispositifs et leur financement

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2006, chargée de :

- financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées,
- garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps,
- assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Deux ressources fiscales ont été spécifiquement affectées par la loi au financement de la prise en charge de toute perte d'autonomie : la contribution solidarité autonomie (CSA) et une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité.

Les structures d'accueil pour personnes âgées (co)financées peuvent être classées en 4 grandes catégories :

**Les EHPAD** (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : ces établissements s'adressent aux personnes âgées qui sont en perte d'autonomie et dont le maintien à domicile devient difficile.

**Les Accueils de jour** (autonome ou inclus dans un EHPAD) : c'est un accueil de une ou plusieurs journées par semaine, de personnes âgées ou handicapées vivant à leur domicile. Il peut concerner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec comme objectif principal de préserver l'autonomie de ces personnes et de permettre une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.

**Les Hébergements temporaires** (en EHPAD) : hébergement limité dans le temps, pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément : isolement, absence des aidants, travaux dans le logement... Cet hébergement peut également être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile

Ces structures sont autorisées et financées conjointement par les DG ARS et les présidents des Conseils Généraux

La tarification est ternaire et composée des éléments suivants : un tarif hébergement, un tarif soins et un tarif dépendance.

Ces trois tarifs journaliers alimentent trois sections budgétaires distinctes, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée. Ce point fait l'objet des décrets du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001.

### Le tarif hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations relatives à l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien, l'animation de la vie sociale.

### Le budget soins

Les établissements ont la possibilité de choisir entre un tarif de soins global ou un tarif de soins partiel (n'intégrant pas les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans l'établissement -hors médecin coordonnateur et infirmières libérales-, ainsi que les examens de biologie, de radiologie et les médicaments).



### Le tarif dépendance

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif, correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné, repéré selon son GIR (groupe iso-ressources). GIR 1 et 2 : résident très dépendant, GIR 3 et 4 : résident dépendant, GIR 5 et 6 : résident peu dépendant ou valide.

Seuls les résidents classés dans les GIR 1 à 4 peuvent prétendre au bénéfice de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie** (APA).

### La fixation et le paiement des tarifs

La fixation et le paiement des différents tarifs de l'établissement obéissent aux règles suivantes :

- Le tarif hébergement :
  - est arrêté par le président du conseil général si l'établissement est habilité à l'aide sociale,
  - est acquitté par le résident, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire, mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupération sur succession ;
- Le tarif soins :
  - est arrêté par le DG de l'ARS
  - est acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale versée par la CPAM compétente en fonction de l'implantation de l'établissement, celle-ci assurant ensuite la répartition entre régimes et entre caisses ;
- Le tarif dépendance :
  - est arrêté par le président du conseil général,
  - est acquitté par le résident, mais est couvert par l'APA (dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire, pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et qui en font la demande).

**Les SSIAD** (Services de Soins Infirmiers à Domicile) : ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Les services de soins à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés (petites unités de vie notamment) prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Ils sont autorisés par le DGARS et financés par la dotation CNSA.



## L'offre en Lorraine

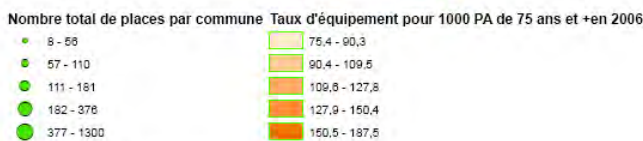
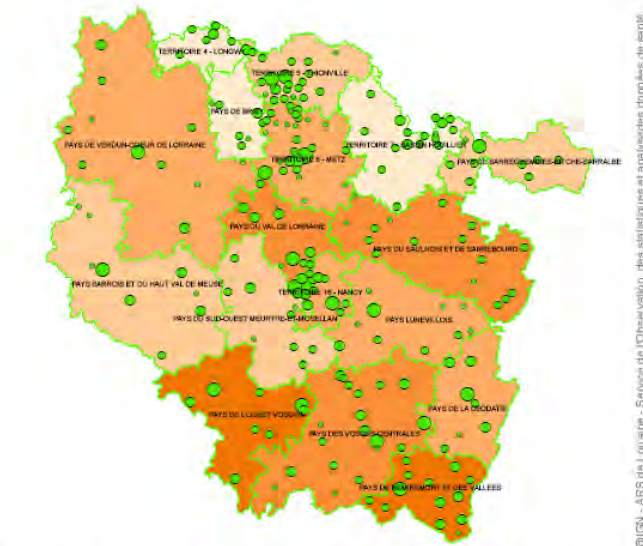
### Hébergement complet, accueils de jour et hébergement temporaire

#### Taux pour 75 ans et +

#### Taux pour 85 ans et +

Nombre de places autorisées en  
Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées (1)  
pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2006

Localisation par commune

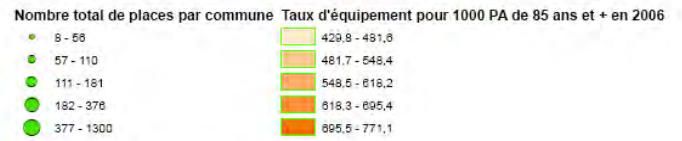
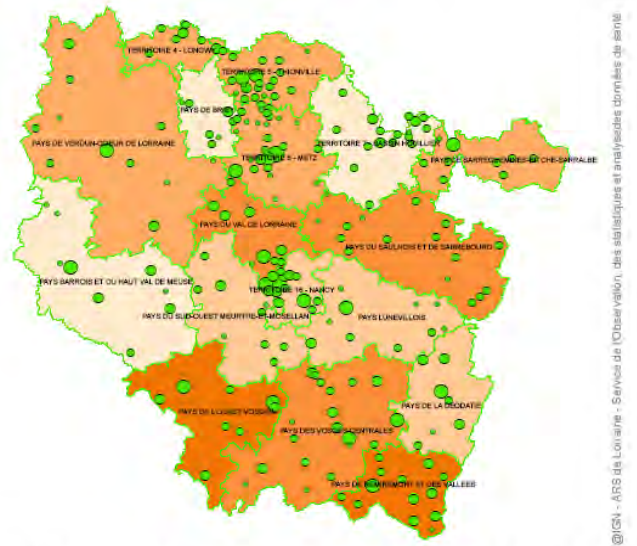


(1) Maisons de Retraite, EHPAD, Etablissements expérimentaux, Etablissements d'accueil temporaire et Centres de jour pour personnes âgées

Source : FINESS février 2010 - INSEE RP 2006

Nombre de places autorisées en  
Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées (1)  
pour 1000 personnes âgées de 85 ans et plus en 2006

Localisation par commune



(1) Maisons de Retraite, EHPAD, Etablissements expérimentaux, Etablissements d'accueil temporaire et Centres de jour pour personnes âgées

Source : FINESS février 2010 - INSEE RP 2006

### Hébergement complet, accueils de jour et hébergement temporaire

| N° tsp                | Libellé de TSP                           | Total 75 ans et + en 2007 | Capacités autorisées | Capacités installées | Capacités autorisées<br>Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2007 | Capacités installées<br>Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2007 |
|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1+2                   | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 9638                      | 1184                 | 1124                 | 122,9                                                                         | 116,6                                                                         |
| 3                     | PAYS DE BRIEY                            | 7527                      | 565                  | 477                  | 75,1                                                                          | 63,4                                                                          |
| 4                     | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 7798                      | 686                  | 368                  | 88,0                                                                          | 47,2                                                                          |
| 5                     | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 17112                     | 1766                 | 1295                 | 103,2                                                                         | 75,7                                                                          |
| 6                     | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 25987                     | 3419                 | 2825                 | 131,6                                                                         | 108,7                                                                         |
| 7                     | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 19120                     | 1469                 | 1275                 | 76,8                                                                          | 66,7                                                                          |
| 8                     | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 7871                      | 810                  | 745                  | 102,9                                                                         | 94,7                                                                          |
| 9+10                  | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 7642                      | 1110                 | 1069                 | 145,2                                                                         | 139,9                                                                         |
| 11+12                 | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 8187                      | 936                  | 867                  | 114,3                                                                         | 105,9                                                                         |
| 13                    | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 5725                      | 1096                 | 1046                 | 191,4                                                                         | 182,7                                                                         |
| 14                    | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 6719                      | 703                  | 612                  | 104,6                                                                         | 91,1                                                                          |
| 15                    | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 6946                      | 958                  | 938                  | 137,9                                                                         | 135,0                                                                         |
| 16                    | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 22509                     | 2694                 | 2590                 | 119,7                                                                         | 115,1                                                                         |
| 17                    | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 7248                      | 857                  | 832                  | 118,2                                                                         | 114,8                                                                         |
| 18                    | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 13796                     | 1991                 | 1917                 | 144,3                                                                         | 139,0                                                                         |
| 19                    | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 8021                      | 982                  | 953                  | 122,4                                                                         | 118,8                                                                         |
| 20                    | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 8511                      | 1532                 | 1407                 | 180,0                                                                         | 165,3                                                                         |
| <b>Total Lorraine</b> | <b>Total Lorraine</b>                    | <b>190357</b>             | <b>22758</b>         | <b>20340</b>         | <b>119,6</b>                                                                  | <b>106,9</b>                                                                  |
| 54                    | Meurthe-et-Moselle*                      | 58748                     | 6463                 | 5817                 | 110,0                                                                         | 99,0                                                                          |
| 55                    | Meuse*                                   | 17825                     | 2120                 | 1991                 | 118,9                                                                         | 111,7                                                                         |
| 57                    | Moselle                                  | 77732                     | 8574                 | 7209                 | 110,3                                                                         | 92,7                                                                          |
| 88                    | Vosges*                                  | 36052                     | 5601                 | 5323                 | 155,4                                                                         | 147,6                                                                         |

(1) Extraction Finess du 10/08/2011 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA

INSEE : recensement population 2007

## Hébergement complet, accueils de jour et hébergement temporaire

| N° tsp                | Libellé de TSP                           | Total 75 ans et + en 2021 | Capacités autorisées | Capacités installées | Capacités autorisées Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2021 | Capacités installées Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2021 |
|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1+2                   | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 9 949                     | 1184                 | 1124                 | 119,0                                                                      | 113,0                                                                      |
| 3                     | PAYS DE BRIEY                            | 7 648                     | 565                  | 477                  | 73,9                                                                       | 62,4                                                                       |
| 4                     | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 7 820                     | 686                  | 368                  | 87,7                                                                       | 47,1                                                                       |
| 5                     | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 21 149                    | 1766                 | 1295                 | 83,5                                                                       | 61,2                                                                       |
| 6                     | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 32 904                    | 3419                 | 2825                 | 103,9                                                                      | 85,9                                                                       |
| 7                     | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOUILIER         | 22 745                    | 1469                 | 1275                 | 64,6                                                                       | 56,1                                                                       |
| 8                     | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 9 662                     | 810                  | 745                  | 83,8                                                                       | 77,1                                                                       |
| 9+10                  | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 9 533                     | 1110                 | 1069                 | 116,4                                                                      | 112,1                                                                      |
| 11+12                 | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 9 086                     | 936                  | 867                  | 103,0                                                                      | 95,4                                                                       |
| 13                    | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 6 808                     | 1096                 | 1046                 | 161,0                                                                      | 153,6                                                                      |
| 14                    | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 8 084                     | 703                  | 612                  | 87,0                                                                       | 75,7                                                                       |
| 15                    | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 8 478                     | 958                  | 938                  | 113,0                                                                      | 110,6                                                                      |
| 16                    | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 26 421                    | 2694                 | 2590                 | 102,0                                                                      | 98,0                                                                       |
| 17                    | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 7 844                     | 857                  | 832                  | 109,3                                                                      | 106,1                                                                      |
| 18                    | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 15 277                    | 1991                 | 1917                 | 130,3                                                                      | 125,5                                                                      |
| 19                    | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 9 024                     | 982                  | 953                  | 108,8                                                                      | 105,6                                                                      |
| 20                    | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 10 087                    | 1532                 | 1407                 | 151,9                                                                      | 139,5                                                                      |
| <b>Total Lorraine</b> | <b>Total Lorraine</b>                    | <b>222 518</b>            | <b>22758</b>         | <b>20340</b>         | <b>102,3</b>                                                               | <b>91,4</b>                                                                |
| 54                    | Meurthe-et-Moselle*                      | 66 295                    | 6463                 | 5817                 | 97,5                                                                       | 87,7                                                                       |
| 55                    | Meuse*                                   | 19 035                    | 2120                 | 1991                 | 111,4                                                                      | 104,6                                                                      |
| 57                    | Moselle                                  | 95 992                    | 8574                 | 7209                 | 89,3                                                                       | 75,1                                                                       |
| 88                    | Vosges*                                  | 41 196                    | 5601                 | 5323                 | 136,0                                                                      | 129,2                                                                      |

(1) Extraction Finess du 10/08/2011 pour maison de retraite-EHPAD-Ets expérimentaux-Ets d'accueil temporaire et centre de jour PA

INSEE : projection population 2021

Globalement, l'équipement de la Lorraine se situe dans les moyenne nationales .Cependant, la valeur moyenne de ce taux ne doit pas occulter des disparités assez notoires dans la région. Les territoires de santé de proximité situés au nord de la Lorraine, les anciennes zones ferrifères et minières sont particulièrement dépourvues en structures d'hébergement pour personnes âgées. Tandis que les zones situées plus au sud, en particulier l'Ouest vosgien, Remiremont et les Vallées mais aussi le Saulnois et les Vosges centrales connaissent un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Pour le département des Vosges, ce taux d'équipement plus confortable est contrebalancé par le taux d'équipement en places d'USLD le plus faible de la région.

Les autorisations délivrées dans le cadre des précédents schémas et du PRIAC permettront après construction des nouvelles structures et des extensions programmées de réduire les écarts ; Mais les taux de vieillissement attendus dans les 2 départements les plus urbanisés verront le retour des déséquilibres si un coup de frein est donné aux extensions de capacités d'EHPAD.

Les places d'hébergement temporaire et accueils de jour sont incluses dans ces chiffres ; en ce qui concerne l'hébergement temporaire, les aléas financiers liés à leur non occupation conduisent trop souvent les établissements à les utiliser comme des places d'hébergement permanent, ou comme « sas » d'entrée à l'hébergement permanent, ce qui les empêche de remplir les fonctions attendues : répit ou indisponibilité des aidants et des familles, et solution d'attente pour le retour à domicile après une période d'hospitalisation.

Les accueils de jour sont inégalement répartis sur le territoire : les zones urbaines sont mieux pourvues, les transports pouvant être organisés plus aisément ; la Meurthe et Moselle a été particulièrement dynamique dans leur développement, le département de la Moselle a jusqu'à présent limité les accueils de jour à 2 places par EHPAD.

Les restructurations voulues par la circulaire du 23 février 2010 font actuellement l'objet de travaux conjoint avec les conseils généraux ; cependant, la taille minimum requise de 6 places est loin de faire l'unanimité : en zone rurale, la durée des trajets est rédhibitoire

### Accueils de jour

| N° tsp                | Libellé de TSP                           | Total 75 ans et + en 2007 | Places en accueil jour autorisées | Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2007 | Places en accueil jour installées | Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + 2007 |
|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1+2                   | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 9638                      | 21                                | 2,2                                                   | 19                                | 2,0                                                   |
| 3                     | PAYS DE BRIEY                            | 7527                      | 8                                 | 1,1                                                   | 5                                 | 0,7                                                   |
| 4                     | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 7798                      | 11                                | 1,4                                                   | 0                                 | 0,0                                                   |
| 5                     | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 17112                     | 31                                | 1,8                                                   | 9                                 | 0,5                                                   |
| 6                     | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 25987                     | 63                                | 2,4                                                   | 44                                | 1,7                                                   |
| 7                     | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 19120                     | 10                                | 0,5                                                   | 5                                 | 0,3                                                   |
| 8                     | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 7871                      | 16                                | 2,0                                                   | 15                                | 1,9                                                   |
| 9+10                  | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 7642                      | 12                                | 1,6                                                   | 12                                | 1,6                                                   |
| 11+12                 | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 8187                      | 32                                | 3,9                                                   | 22                                | 2,7                                                   |
| 13                    | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 5725                      | 14                                | 2,4                                                   | 9                                 | 1,6                                                   |
| 14                    | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOELLAN     | 6719                      | 27                                | 4,0                                                   | 21                                | 3,1                                                   |
| 15                    | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 6946                      | 37                                | 5,3                                                   | 37                                | 5,3                                                   |
| 16                    | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 22509                     | 99                                | 4,4                                                   | 99                                | 4,4                                                   |
| 17                    | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 7248                      | 47                                | 6,5                                                   | 22                                | 3,0                                                   |
| 18                    | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 13796                     | 41                                | 3,0                                                   | 29                                | 2,1                                                   |
| 19                    | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 8021                      | 8                                 | 1,0                                                   | 4                                 | 0,5                                                   |
| 20                    | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 8511                      | 21                                | 2,5                                                   | 11                                | 1,3                                                   |
| <b>Total Lorraine</b> | <b>Total Lorraine</b>                    | <b>190357</b>             | <b>498</b>                        | <b>2,6</b>                                            | <b>363</b>                        | <b>1,9</b>                                            |
| 54                    | Meurthe-et-Moselle*                      | 58748                     | 229                               | 3,9                                                   | 184                               | 3,1                                                   |
| 55                    | Meuse*                                   | 17825                     | 53                                | 3,0                                                   | 41                                | 2,3                                                   |
| 57                    | Moselle                                  | 77732                     | 132                               | 1,7                                                   | 85                                | 1,1                                                   |
| 88                    | Vosges*                                  | 36052                     | 84                                | 2,3                                                   | 53                                | 1,5                                                   |

**SSIAD – SPASAD****Capacités autorisées**

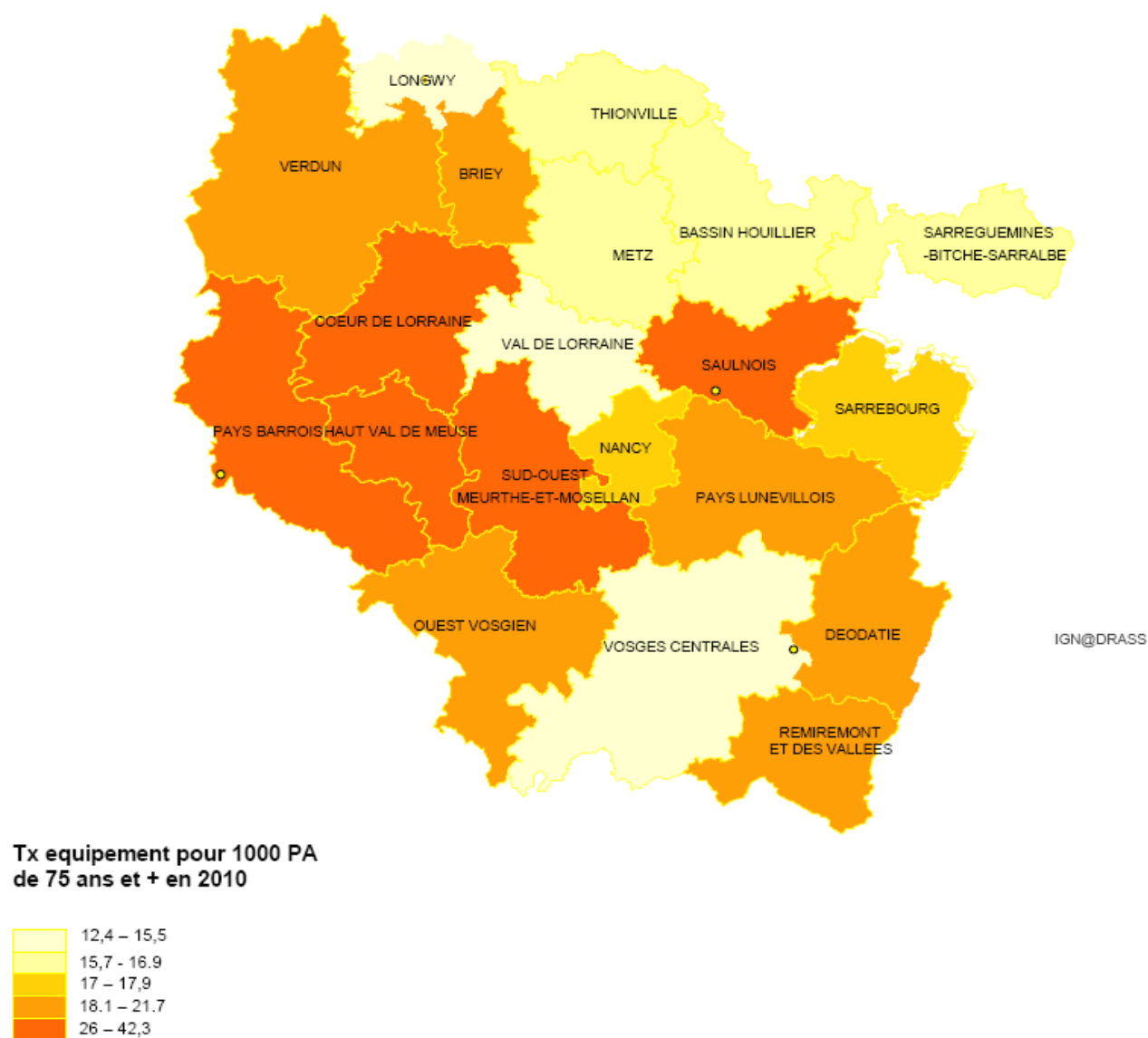
| N° tsp | Libellé de TSP                           | Capacités autorisées SSIAD SPASAD 10/08/11 | Total 75 ans et + en 2007 | Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + sur pop. 2007 | Total 75 ans et + pop. projetée en 2021 | Taux d'équipement pour 1000 pers. de 75 ans et + sur pop. 2021 |
|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1+2    | PAYS DE VERDUN + PAYS COEUR DE LORRAINE  | 233                                        | 9638                      | 24,2                                                           | 9 949                                   | 23,4                                                           |
| 3      | PAYS DE BRIEY                            | 126                                        | 7527                      | 16,7                                                           | 7 648                                   | 16,5                                                           |
| 4      | TERRITOIRE N°4 - LONGWY                  | 105                                        | 7798                      | 13,5                                                           | 7 820                                   | 13,4                                                           |
| 5      | TERRITOIRE N°5 - THIONVILLE              | 426                                        | 17112                     | 24,9                                                           | 21 149                                  | 20,1                                                           |
| 6      | TERRITOIRE N°6 - METZ                    | 534                                        | 25987                     | 20,5                                                           | 32 904                                  | 16,2                                                           |
| 7      | TERRITOIRE N°7 - BASSIN HOULLIER         | 346                                        | 19120                     | 18,1                                                           | 22 745                                  | 15,2                                                           |
| 8      | PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE    | 150                                        | 7871                      | 19,1                                                           | 9 662                                   | 15,5                                                           |
| 9+10   | PAYS DU SAULNOIS + PAYS DE SARREBOURG    | 234                                        | 7642                      | 30,6                                                           | 9 533                                   | 24,5                                                           |
| 11+12  | PAYS BARROIS + PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE | 279                                        | 8187                      | 34,1                                                           | 9 086                                   | 30,7                                                           |
| 13     | PAYS DE L'OUEST VOSGIEN                  | 153                                        | 5725                      | 26,7                                                           | 6 808                                   | 22,5                                                           |
| 14     | PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN    | 228                                        | 6719                      | 33,9                                                           | 8 084                                   | 28,2                                                           |
| 15     | PAYS DU VAL DE LORRAINE                  | 120                                        | 6946                      | 17,3                                                           | 8 478                                   | 14,2                                                           |
| 16     | TERRITOIRE N°16 - NANCY                  | 414                                        | 22509                     | 18,4                                                           | 26 421                                  | 15,7                                                           |
| 17     | PAYS LUNÉVILLOIS                         | 157                                        | 7248                      | 21,7                                                           | 7 844                                   | 20,0                                                           |
| 18     | PAYS DES VOSGES CENTRALES                | 238                                        | 13796                     | 17,3                                                           | 15 277                                  | 15,6                                                           |
| 19     | PAYS DE LA DÉODATIE                      | 157                                        | 8021                      | 19,6                                                           | 9 024                                   | 17,4                                                           |
| 20     | PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES        | 188                                        | 8511                      | 22,1                                                           | 10 087                                  | 18,6                                                           |
|        | <b>Total</b>                             | <b>4088</b>                                | <b>190357</b>             | <b>21,5</b>                                                    | <b>222 518</b>                          | <b>18,4</b>                                                    |
| 54     | Meurthe-et-Moselle*                      | 1150                                       | 58748                     | 19,6                                                           | 66 295                                  | 17,3                                                           |
| 55     | Meuse*                                   | 512                                        | 17825                     | 28,7                                                           | 19 035                                  | 26,9                                                           |
| 57     | Moselle                                  | 1690                                       | 77732                     | 21,7                                                           | 95 992                                  | 17,6                                                           |
| 88     | Vosges*                                  | 736                                        | 36052                     | 20,4                                                           | 41 196                                  | 17,9                                                           |

Extraction Finess du 10/08/2011 pour SSIAD-SPASAD

INSEE : recensement population 2007 - projection population 2021

Les disparités sont également très importantes, la Meuse connaissant un taux d'équipement particulièrement élevé.

# Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées

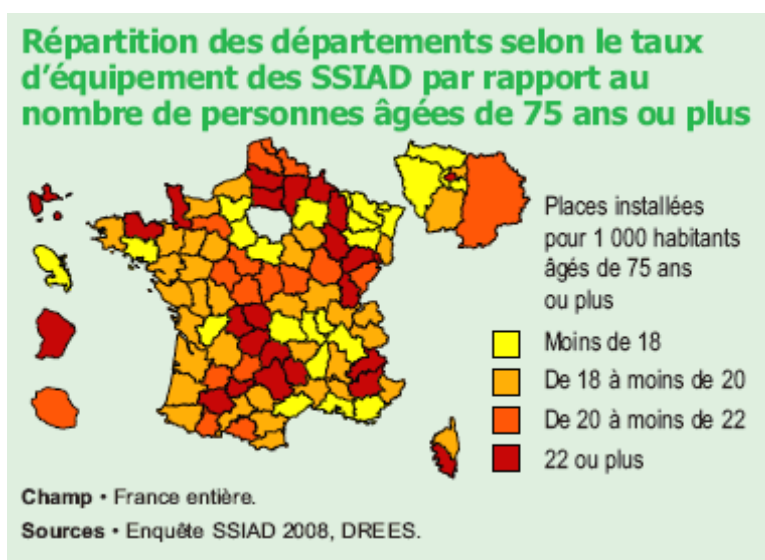


Taux d'équipement moyen lorrain : 18,6

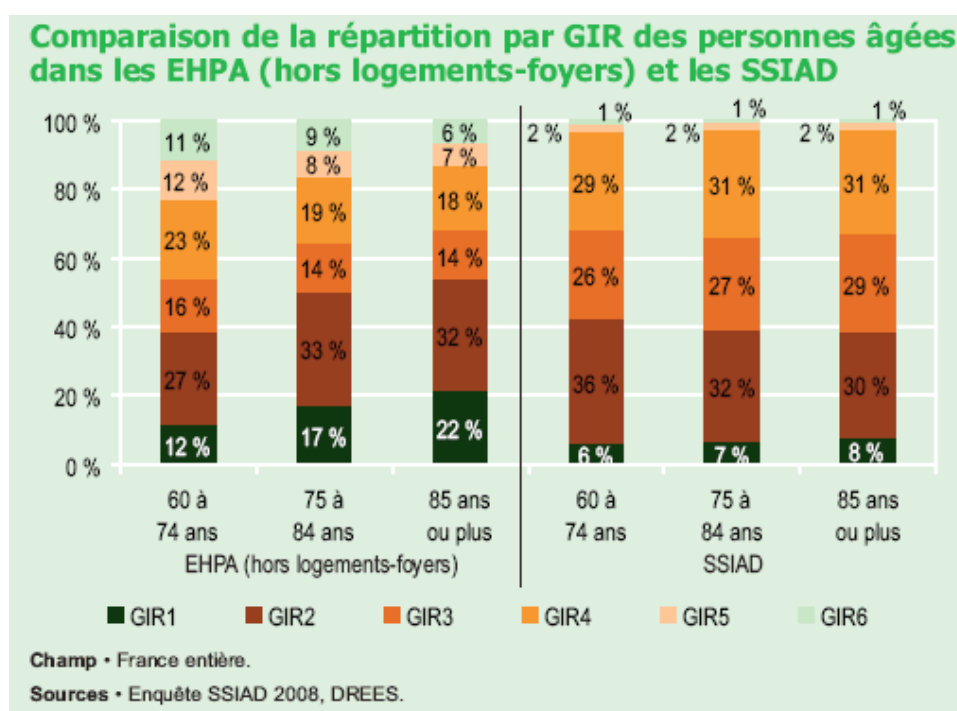
Source : FINESS au 1/11/2010 - INSEE - Projections de population au 1/01/2010

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié en septembre 2010 le numéro 739 d'« Etude et Résultats » intitulé « Les services de soins infirmiers à domicile en 2008 » décrivant notamment leur activité, leurs personnels et la population prise en charge.





Hormis la Meuse, la Lorraine se caractérise par un taux d'équipement parmi les plus faibles ; en 2008, il existait un nombre de places financées non autorisées qui s'est sensiblement réduit aujourd'hui.



On observe que les SSIAD accueillent moins souvent de personnes lourdement dépendantes que les établissements (7 % de GIR 1 contre 19 %) [Perrin-Haynes 2010] mais également moins de personnes peu ou pas dépendantes (3 % de GIR 5 et 6 contre 15 %) tandis qu'ils suivent plus fréquemment les personnes âgées moyennement dépendantes (57 % de GIR 3 et 4 contre 33 %). Dans les deux types de structures, les GIR 2 constituent environ un tiers des personnes suivies.

■ TABLEAU 4

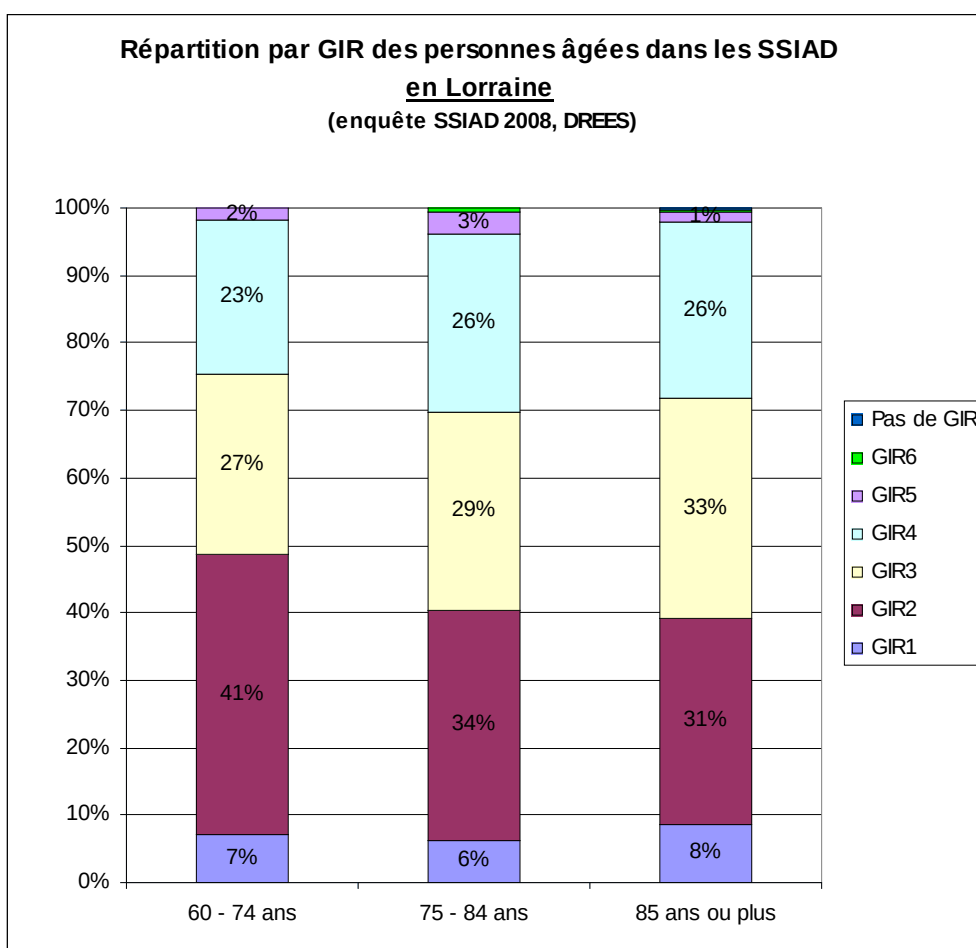
### Répartition en pourcentage des bénéficiaires SSIAD par Groupe iso-ressource (GIR) et classe d'âge

|                | GIR1     | GIR2      | GIR3      | GIR4      | GIR5     | GIR6     | Pas de GIR | Total      |
|----------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|------------|
| 60 - 74 ans    | 6        | 36        | 26        | 28        | 2        | 1        | 1          | 100        |
| 75 - 84 ans    | 7        | 32        | 27        | 31        | 2        | 1        | 1          | 100        |
| 85 ans ou plus | 8        | 30        | 28        | 30        | 2        | 1        | 1          | 100        |
| <b>Total</b>   | <b>7</b> | <b>32</b> | <b>27</b> | <b>30</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>1</b>   | <b>100</b> |

**Champ** • France entière - Bénéficiaires suivis entre le 6 et 19 octobre 2008.

**Sources** • Enquête SSIAD 2008, DREES.

Les données recueillies par la DREES sont transmises pour exploitation aux services statistiques régionaux.





La proportion plus importante de personnes en GIR 2 est particulièrement sensible chez les 60-74 ans, population généralement moins présente en établissement avec hébergement.

**Répartition en pourcentage des bénéficiaires SSIAD par  
Groupe iso-ressource (GIR) et classe d'âge  
pour la région Lorraine**

|                | GIR1 | GIR2 | GIR3 | GIR4 | GIR5 | GIR6 | Pas de<br>GIR | Total |
|----------------|------|------|------|------|------|------|---------------|-------|
| 60 - 74 ans    | 7%   | 41%  | 27%  | 23%  | 2%   | 0%   | 0%            | 100%  |
| 75 - 84 ans    | 6%   | 34%  | 29%  | 26%  | 3%   | 1%   | 0%            | 100%  |
| 85 ans ou plus | 8%   | 31%  | 33%  | 26%  | 1%   | 0%   | 0%            | 100%  |
| Total          | 7%   | 34%  | 30%  | 26%  | 2%   | 0%   | 0%            | 100%  |

Enquête SSIAD 2008, DREES / Bénéficiaires suivis entre le 06 et 19 octobre 2008.

On peut observer que le nombre de personnes en GIR 2 et 3 est plus élevé en Lorraine qu'au plan national, ce qui peut s'expliquer par un taux d'équipement plus faible, mais également par l'état de santé général des lorrains.

## Offre sanitaire

### Données générales

| N° tsp | Libellé de TSP                                   | Total<br>75 ans<br>et + en<br>2007 | Sanitaire (2)                           |                                        |                                                |                                    |                                                                         |                                                                           |                                                                |                                                    |
|--------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|        |                                                  |                                    | Lits en<br>médecine<br>(hosp.<br>Comp.) | Places<br>HAD<br>(hosp. à<br>domicile) | Lits en<br>psy<br>générale<br>(hosp.<br>Comp.) | Lits en<br>SSR<br>(hosp.<br>Comp.) | Tx équip.<br>Lits en<br>médecine<br>(hosp.<br>Comp.)<br>pour<br>1000 PA | Tx<br>équip.<br>Places<br>HAD<br>(hosp. à<br>domicile)<br>pour<br>1000 PA | Tx<br>équip.<br>Lits en<br>psy<br>générale<br>(hosp.<br>Comp.) | Tx<br>équip.<br>Lits en<br>SSR<br>(hosp.<br>Comp.) |
| 1+2    | PAYS DE VERDUN<br>+ PAYS COEUR DE<br>LORRAINE    | 9638                               | 224                                     | 15                                     | 95                                             | 97                                 | 23,2                                                                    | 1,6                                                                       | 9,9                                                            | 10,1                                               |
| 3      | PAYS DE BRIEY                                    | 7527                               | 176                                     | 10                                     | 28                                             | 60                                 | 23,4                                                                    | 1,3                                                                       | 3,7                                                            | 8,0                                                |
| 4      | TERRITOIRE N°4 -<br>LONGWY                       | 7798                               | 115                                     | 10                                     | 23                                             | 36                                 | 14,7                                                                    | 1,3                                                                       | 2,9                                                            | 4,6                                                |
| 5      | TERRITOIRE N°5 -<br>THONVILLE                    | 17112                              | 170                                     |                                        |                                                | 137                                | 9,9                                                                     | 0,0                                                                       | 0,0                                                            | 8,0                                                |
| 6      | TERRITOIRE N°6 -<br>METZ                         | 25987                              | 1120                                    | 90                                     | 487                                            | 516                                | 43,1                                                                    | 3,5                                                                       | 18,7                                                           | 19,9                                               |
| 7      | TERRITOIRE N°7 -<br>BASSIN<br>HOULLIER           | 19120                              | 601                                     | 25                                     |                                                | 273                                | 31,4                                                                    | 1,3                                                                       | 0,0                                                            | 14,3                                               |
| 8      | PAYS DE<br>SARREGUEMINES-<br>BITCHE-<br>SARRALBE | 7871                               | 200                                     |                                        | 513                                            | 126                                | 25,4                                                                    | 0,0                                                                       | 65,2                                                           | 16,0                                               |
| 9+10   | PAYS DU<br>SAULNOIS + PAYS<br>DE SARREBOURG      | 7642                               | 172                                     | 5                                      | 190                                            | 204                                | 22,5                                                                    | 0,7                                                                       | 24,9                                                           | 26,7                                               |
| 11+12  | PAYS BARROIS +<br>PAYS DU HAUT<br>VAL DE MEUSE   | 8187                               | 185                                     | 15                                     | 179                                            | 92                                 | 22,6                                                                    | 1,8                                                                       | 21,9                                                           | 11,2                                               |
| 13     | PAYS DE L'OUEST<br>VOSGIEN                       | 5725                               | 167                                     | 13                                     | 218                                            | 169                                | 29,2                                                                    | 2,3                                                                       | 38,1                                                           | 29,5                                               |
| 14     | PAYS DU SUD-<br>OUEST MEURTHE-<br>ET-MOSELLAN    | 6719                               | 44                                      |                                        |                                                | 130                                | 6,5                                                                     | 0,0                                                                       | 0,0                                                            | 19,3                                               |
| 15     | PAYS DU VAL DE<br>LORRAINE                       | 6946                               | 44                                      |                                        |                                                | 164                                | 6,3                                                                     | 0,0                                                                       | 0,0                                                            | 23,6                                               |

|                           |                                         |               |             |            |             |             |             |            |             |             |
|---------------------------|-----------------------------------------|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| 16                        | TERRITOIRE N°16<br>- NANCY              | 22509         | 1251        | 50         | 396         | 632         | 55,6        | 2,2        | 17,6        | 28,1        |
| 17                        | PAYS<br>LUNÉVILLOIS                     | 7248          | 119         |            |             | 143         | 16,4        | 0,0        | 0,0         | 19,7        |
| 18                        | PAYS DES<br>VOSGES<br>CENTRALES         | 13796         | 283         | 30         |             | 264         | 20,5        | 2,2        | 0,0         | 19,1        |
| 19                        | PAYS DE LA<br>DÉODATIE                  | 8021          | 171         |            |             | 195         | 21,3        | 0,0        | 0,0         | 24,3        |
| 20                        | PAYS DE<br>REMIREMONT ET<br>DES VALLEES | 8511          | 166         | 18         |             | 76          | 19,5        | 2,1        | 0,0         | 8,9         |
| <b>Total<br/>Lorraine</b> | <b>Total Lorraine</b>                   | <b>190357</b> | <b>5208</b> | <b>281</b> | <b>2129</b> | <b>3314</b> | <b>27,4</b> | <b>1,5</b> | <b>11,2</b> | <b>17,4</b> |
| 54                        | Meurthe-et-Moselle*                     | 58748         | 1749        | 70         | 447         | 1165        | 29,8        | 1,2        | 7,6         | 19,8        |
| 55                        | Meuse*                                  | 17825         | 409         | 30         | 274         | 189         | 22,9        | 1,7        | 15,4        | 10,6        |
| 57                        | Moselle                                 | 77732         | 2263        | 120        | 1190        | 1256        | 29,1        | 1,5        | 15,3        | 16,2        |
| 88                        | Vosges*                                 | 36052         | 787         | 61         | 218         | 704         | 21,8        | 1,7        | 6,0         | 19,5        |

(2) SAE 2010

**SAE 2009**

Filières gériatriques : recensement décembre 2009

**Erreur ! Liaison incorrecte.****Les USLD**

La définition et les missions des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ont été révisées :

- ⌚ Ces unités accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active, soit 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 médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.
  - ⌚ Les missions des USLD sont listées dans l'annexe 2 de l'article 84 de la loi 2007 :
    - Elles assurent aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels.
    - Elles préviennent l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes.
    - Elles élaborent un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie.
    - Elles assurent l'accompagnement des familles et des proches.
    - Certains groupes de personnes par leur âge (moins de 60 ans) ou leur symptomatologie (troubles du comportement, troubles neurologiques) mériteront des prises en charge adaptées avec si nécessaire, création d'unités spécifiques.
- Les coupes PATHOS conduites en 2006 dans chaque établissement ont permis d'orienter la détermination des capacités en places d'EHPAD et places d'USLD nouvelle définition retenues pour chaque établissement.

A partir de ces résultats, un arbitrage régional puis national a validé les capacités définitives.

Les résultats des opérations de partition ramènent les capacités d'USLD à 1194 lits au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Elles ont conduit à des taux d'équipement déséquilibrés entre départements (3,88 pour 1000 en 88, et 7,14 en 54). L'objectif, qui était d'atteindre 6/1000 personnes âgées de + de 75 ans est de ce fait compromis.

Répartition des places USLD nouvelle définition au 1<sup>er</sup> janvier 2010

| TSP                             | Nb de lits<br>USLD<br>au<br>01/01/2010 | Population<br>75 ans et+<br>en 2006 | 6 pour<br>1000 | Ecart | Population<br>75 ans et+<br>en 2015 | 6 pour<br>1000 | Ecart                                                       | Population<br>75 ans et+<br>en 2021 | 6 pour<br>1000 | Ecart                                                       |
|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------|
| 1+2 VERDUN+CŒUR DE LORRAINE     | 48                                     | 9 333                               | 56             | 8     | 10014                               | 60             | 12                                                          | 9 949                               | 60             | 12                                                          |
| 3 BRIEY                         | 0                                      | 7 225                               | 43             | 43    | 8299                                | 50             | 50                                                          | 7 648                               | 46             | 46                                                          |
| 4 LONGWY                        | 30                                     | 7 454                               | 45             | 15    | 8828                                | 53             | 23                                                          | 7 820                               | 47             | 17                                                          |
| 5 THIONVILLE                    | 90                                     | 16 622                              | 100            | 10    | 20944                               | 126            | 36                                                          | 21 149                              | 127            | 37                                                          |
| 6 METZ                          | 120                                    | 24 920                              | 150            | 30    | 31936                               | 192            | 72                                                          | 32 904                              | 197            | 77                                                          |
| 7 BASSINHOULLER                 | 120                                    | 18 561                              | 111            | -9    | 21232                               | 127            | 7                                                           | 22 745                              | 136            | 16                                                          |
| 8 SARREGUEMINES/BITCHE/SARRALBE | 60                                     | 7 657                               | 46             | -14   | 8938                                | 54             | -6                                                          | 9 662                               | 58             | -2                                                          |
| 9+10 SAULNOIS+SARREBOURG        | 75                                     | 7 380                               | 44             | -31   | 9162                                | 55             | -20                                                         | 9 533                               | 57             | -18                                                         |
| 11+12 BARROIS HAUT VAL DE MEUSE | 88                                     | 8 052                               | 48             | -40   | 9202                                | 55             | -33                                                         | 9 086                               | 55             | -33                                                         |
| 13 OUEST VOSGIEN                | 30                                     | 5 546                               | 33             | 3     | 6658                                | 40             | 10                                                          | 6 808                               | 41             | 11                                                          |
| 14 SUD OMM                      | 92                                     | 6 544                               | 39             | -53   | 7522                                | 45             | -47                                                         | 8 084                               | 49             | -43                                                         |
| 15 VAL DE LORRAINE              | 0                                      | 6 736                               | 40             | 40    | 8901                                | 53             | 53                                                          | 8 478                               | 51             | 51                                                          |
| 16 NANCY                        | 196                                    | 21 940                              | 132            | -64   | 24235                               | 145            | -51                                                         | 26 421                              | 159            | -37                                                         |
| 17 LUNEVILLOIS                  | 115                                    | 7 039                               | 42             | -73   | 8041                                | 48             | -67                                                         | 7 844                               | 47             | -68                                                         |
| 18 VOSGES CENTRALES             | 60                                     | 13 349                              | 80             | 20    | 15153                               | 91             | 31                                                          | 15 277                              | 92             | 32                                                          |
| 19 DEODATIE                     | 30                                     | 7 907                               | 47             | 17    | 8806                                | 53             | 23                                                          | 9 024                               | 54             | 24                                                          |
| 20 REMIREMONT ET VALLEES        | 40                                     | 8 354                               | 50             | 10    | 10242                               | 61             | 21                                                          | 10 087                              | 61             | 21                                                          |
| TOTAL                           | 1194                                   | 184 616                             | 1108           | -86   | 218 113                             | 1 309          | 115                                                         | 222 518                             | 1 335          | 141                                                         |
|                                 | Nb de lits<br>USLD<br>au<br>01/01/2010 | Population<br>75 ans et+<br>en 2006 | 6 pour<br>1000 | Ecart | Population<br>75 ans et+<br>en 2015 | 6 pour<br>1000 | Taux<br>d'équipement<br>par départ <sup>1</sup><br>pop 2015 | Population<br>75 ans et+<br>en 2021 | 6 pour<br>1000 | Taux<br>d'équipement<br>par départ <sup>1</sup><br>pop 2021 |
| Meurthe-et-Moselle              | 433                                    | 56 937                              | 342            | -91   | 65826                               | 395            | 6,578                                                       | 66295                               | 398            | 6,531                                                       |
| Meuse                           | 136                                    | 17 384                              | 104            | -32   | 19216                               | 115            | 7,077                                                       | 19035                               | 114            | 7,145                                                       |
| Moselle                         | 465                                    | 75 139                              | 451            | -14   | 92212                               | 553            | 5,043                                                       | 95992                               | 576            | 4,844                                                       |
| Vosges                          | 160                                    | 35 155                              | 211            | 51    | 40859                               | 245            | 3,916                                                       | 41196                               | 247            | 3,884                                                       |
| TOTAL                           | 1194                                   | 184 616                             | 1108           | -86   | 218113                              | 1309           | 5,474                                                       | 222518                              | 1335           | 5,366                                                       |

## Les SSR

L'enquête nationale 2006 sur l'âge des patients dans les **services de SSR** montre que ces services accueillent une proportion importante de personnes âgées :

- 70 % des soins de suite polyvalents prenaient en charge des patients de plus de 75 ans en moyenne (en excluant les SSR spécialisés uniquement dans la prise en charge des enfants et des Etats Végétatifs Persistants).
- A l'inverse 93 % des services de rééducation fonctionnelle prenaient en charge des patients de moins de 75 ans en moyenne.

La parution des décrets n° 376 et n° 377 du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que de la circulaire DHOS du 3 octobre 2008 modifie leur cadre réglementaire.

En termes d'autorisation cela se traduit par une modalité unique d'autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation avec possibilités de mentions complémentaires :

## SSR sans mention spécialisée

Ils constituent une offre de proximité, en termes de planification, ils doivent être présents sur tous les Territoires de Santé de Proximité.

Toutes les pathologies doivent pouvoir être prises en charge dans ces services (à l'exclusion de celles dont les critères relèvent des SSR spécialisés. Cependant, certains SSR non spécialisés s'inscrivant dans une filière spécifique prendront en charge uniquement des patients porteurs de pathologies en rapport avec leur spécialité (ex : SSR non spécialisés s'inscrivant dans la filière cardiovasculaire).

**Filières** : les SSR non spécialisés doivent s'inscrire clairement dans une filière au sein de l'annuaire régional pour une meilleure lisibilité. Par exemple, un SSR non spécialisé avec rééducation de l'appareil locomoteur s'inscrit dans la filière Appareil locomoteur ; un SSR non spécialisé ayant une activité majoritairement gériatrique s'inscrit dans la filière gériatrique.

**SSR AVEC MENTION SPECIALISEE**

Les SSR spécialisés assurent un rôle d'expertise et de recours (en termes de ressources médicales, paramédicales et/ou de plateau technique) vis-à-vis d'autres établissements sanitaires et médico-sociaux, et en particulier auprès des SSR non spécialisés. **C'est le niveau de prise en charge (lourdeur des pathologies, complexité des cas ...) qui justifie les mentions spécialisées et non la discipline médicale développée au sein des SSR.**

**La mention spécialisée : « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance »**

Les SSR ayant la mention spécialisée « personne âgée polypathologique » doivent prendre en charge des personnes âgées polypathologiques, susceptibles de décompenser une ou plusieurs pathologies au cours de leur prise en charge (cas lourds et complexes). Le schéma recommande un maillage territorial garantissant la mission d'accessibilité et de proximité en cohérence avec le vieillissement de la population et répondant à une coordination et à une réflexion territoriales.

Les personnes âgées peuvent être accueillies dans tous les SSR, spécialisés ou non, sauf ceux dédiés aux enfants, en fonction de leur pathologie

Les SSR au sein desquels sont reconnus les UCC peuvent avoir la mention spécialisée.

Les SSR non spécialisés ayant une activité majoritairement gériatrique doivent s'inscrire dans la filière gériatrique.

En termes de planification, les SSR spécialisés doivent assurer un maillage cohérent du territoire en fonction de la spécialité concernée.

La prise en charge spécifique au sein des SSR spécialisés doit être assurée par une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de gériatre, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue et permettant de réaliser une évaluation standardisée gériatrique et un bilan cognitif.

*Les professions médicales au 31 décembre 2008 en SSR (en ETP) :*

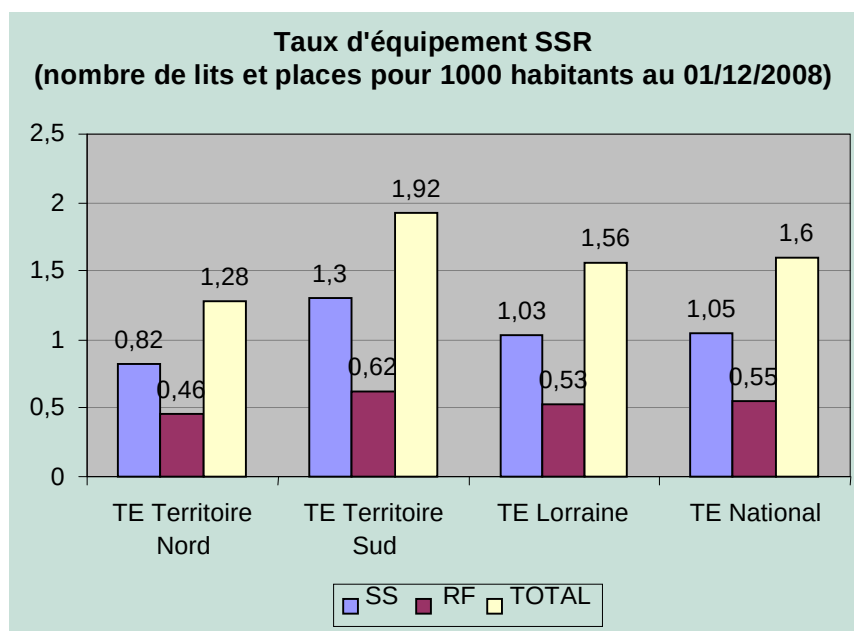
|                       | SOINS DE SUITE |              |              | READAPTATION FONCTIONNELLE |              |              | LORRAINE        |
|-----------------------|----------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Qualifications        | NORD           | SUD          | TOTAL        | NORD                       | SUD          | TOTAL        | TOTAL (SS + RF) |
| Médecins MPR          | 0,00           | 1,40         | <b>1,40</b>  | 20,60                      | 44,16        | <b>64,76</b> | <b>66,16</b>    |
| Médecins gériatres    | 25,61          | 12,93        | <b>38,54</b> | 1,00                       | 1,00         | <b>2,00</b>  | <b>40,54</b>    |
| Médecins généralistes | 15,23          | 14,23        | <b>29,46</b> | 3,30                       | 1,00         | <b>4,30</b>  | <b>33,76</b>    |
| Médecins cardiologues | 0,50           | 1,50         | <b>2,00</b>  | 3,70                       | 2,13         | <b>5,83</b>  | <b>7,83</b>     |
| Médecins pneumologues | 0,00           | 0,00         | <b>0,00</b>  | 0,00                       | 0,80         | <b>0,80</b>  | <b>0,80</b>     |
| Médecins neurologues  | 0,00           | 1,60         | <b>1,60</b>  | 0,00                       | 2,00         | <b>2,00</b>  | <b>3,60</b>     |
| Autres                | 2,35           | 8,42         | <b>10,77</b> | 1,00                       | 4,14         | <b>5,14</b>  | <b>15,91</b>    |
| <b>TOTAL</b>          | <b>43,69</b>   | <b>40,08</b> | <b>83,77</b> | <b>29,60</b>               | <b>55,23</b> | <b>84,83</b> | <b>168,60</b>   |

*Source : données établissements lorrains*

Le nombre d'ETP médical global est plus important dans le territoire Sud (95,31 ETP) que dans le territoire Nord (73,29 ETP), illustrant la disparité du taux d'équipement en lits et places en SSR.

La déclinaison par spécialités met en évidence :

- une majorité de médecins gériatres dans le territoire Nord
- une majorité de médecins MPR dans le territoire Sud.



De façon globale, le taux d'équipement lorrain est proche du taux d'équipement national tant pour l'hospitalisation complète que pour les alternatives à l'hospitalisation complète. Toutefois, une disparité apparaît entre les deux territoires de la région Lorraine au profit du territoire Sud. A noter que dans le territoire Sud se trouvent des centres de recours régionaux.

Les SSR font face à des difficultés d'aval qui provoquent un engorgement important de leurs services : une photographie un jour donné (réalisée entre décembre 2008 et janvier 2009) en Lorraine dans les SSR montre que 22 % des patients présents en SSR dans le territoire Nord étaient médicalement sortants (= en attente d'une solution d'aval) et 17 % dans le territoire Sud.

**Les territoires de santé de proximité les plus touchés par l'absence de solutions d'aval sont :**

| TERRITOIRE NORD         | % d'attente par rapport au total d'attente en Lorraine | TERRITOIRE SUD            | % d'attente par rapport au total d'attente en Lorraine |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|
| TSP 1 = Pays de Verdun  | 7,3 %                                                  | TSP 13 = Ouest Vosgien    | 4,1 %                                                  |
| TSP 5 = Thionville      | 12,3 %                                                 | TSP 16 = Nancy            | 23,9 %                                                 |
| TSP 6 = Metz            | 7,8 %                                                  | TSP 18 = Vosges centrales | 7,1 %                                                  |
| TSP 7 = Bassin Houiller | 8,8 %                                                  | TSP 19 = Déodat           | 4,5 %                                                  |

*TSP avec difficultés d'aval en SSR – Coupe janvier 2009*

**La majorité des patients médicalement sortants étaient en attente d'une place en :**

|                                                      | TERRITOIRE NORD | TERRITOIRE SUD |
|------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| <b>EHPAD</b>                                         | 39 %            | 36,4 %         |
| <b>ULSD</b>                                          | 23,3 %          | 13,6 %         |
| <b>Mise en place d'aides/aménagement du domicile</b> | 14,4 %          | 20,5 %         |
| <b>SSIAD</b>                                         | 9 %             | 4 %            |

Ces données mériteraient d'être affinées pour définir la solution d'aval attendue : par exemple, les personnes prises en charge en SSR au CHU de Nancy peuvent être en attente d'une place d'EHPAD ou d'un aménagement de domicile sur une zone beaucoup plus large que le TSP de Nancy.

### **L'hospitalisation à domicile**

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) s'inscrit dans une logique de réponse graduée aux besoins de prise en charge et d'organisation de filière de soins.

L'article [R.6121-4](#) CSP définit les structures d'HAD comme des structures permettant « d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.»

Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement, et concernent donc un nombre important de personnes âgées, des glissements pouvant être observés avec la prise en charge par les SSIAD.

Les domaines de la santé susceptibles d'être pris en charge dans ce type de structure sont de plus en plus ouverts : cancérologie, orthopédie, périnatalité, neurologie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie, par exemple.

Pour les résidents d'un EHPA, les conditions de prise en charge sont fixées par arrêté ; les conventions et interventions sont relativement mineures.

Le SROS III se fixait comme objectif d'organiser une offre de soins de proximité et de qualité adaptée aux besoins des patients en privilégiant notamment le développement d'HAD polyvalentes, sans pour autant remettre en cause le maintien ou le développement d'activités spécialisées en fonction de besoins identifiés sur le territoire.

Les Objectifs quantifiés du SROS III préconisent 8 à 10 implantations d'HAD dans le territoire Nord avec pour le territoire du Cœur de Lorraine une HAD polyvalente sous forme d'antenne.

Actuellement, le territoire Nord compte 10 implantations d'HAD et 1 antenne sur le territoire Cœur de Lorraine, ce qui est en cohérence avec les objectifs quantifiés du SROS III.

Les implantations géographiques des structures autorisées et en fonctionnement sont principalement situées sur l'axe Metz Nancy avec également un développement autour de Boulay en Moselle.

## Les structures d'HAD en Lorraine début 2010

| Territoire de planification |                                 | Etablissements                                  | Capacités  |                                     |                         |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|
|                             |                                 |                                                 | Autorisées | Nombre théorique de places occupées | Dont intervention EHPAD |
| Territoire Nord             |                                 |                                                 | 127        | 84                                  | 5,4                     |
| 1                           | Pays de Verdun                  | CH Verdun                                       | 15         | 6                                   | 0                       |
| 2                           | Cœur de Lorraine                | CH Saint Mihiel (antenne de Verdun)             | 0          | 0                                   | 0                       |
| 3                           | Pays de Briey                   | AH Joeuf                                        | 10         | 10                                  | 0,6                     |
| 4                           | Longwy                          | Alpha Santé Hayange                             | 10         | 4                                   | 0                       |
| 5                           | Thionville                      | CHR Metz Thionville-Bel Aire                    | 10         | 14                                  | 0                       |
|                             |                                 | CHR Metz Thionville-Beauregard                  | 10         |                                     | 0                       |
| 6                           | Metz                            | Hôpitaux privés                                 | 40         | 28                                  | 3                       |
|                             |                                 | CH Gorze                                        | 5          | 4                                   | 1                       |
| 7                           | Bassin Houiller                 | CH Boulay                                       | 10         | 8                                   | 0,8                     |
|                             |                                 | CH Freyming-Merlebach (antenne Boulay)          | 5          | 8                                   | 0                       |
| 8                           | Pays de Sarreguemines           | Hôpital Saint Joseph (antenne CH Sarreguemines) | 2          | 0                                   | 0                       |
| 10                          | Pays de Sarrebourg              | CH Sarrebourg                                   | 10         | 1                                   | 0                       |
| Territoire Sud              |                                 |                                                 | 149        | 60                                  | 1,5                     |
| 11                          | Pays du Barrois                 | CH Bar le Duc                                   | 15         | 9                                   | 0                       |
| 12                          | Haut Val de Meuse               | CH Commercy (antenne de Bar le Duc)             | 5          | 0                                   | 0                       |
| 13                          | Pays de l'Ouest Vosgien         | HAD Ouest Vosgien-CH Neufchâteau                | 30         | 0                                   | 0                       |
|                             |                                 | Vittel (Antenne HADOV)                          | 0          | 0                                   | 0                       |
| 14                          | Pays du S-O Meurthe et Mosellan | Centre J Parisot Bainville/Madon                | 14         | 10                                  | 0                       |
| 16                          | Nancy                           | Association Hadan                               | 50         | 41                                  | 1,5                     |
| 18                          | Vosges centrales                | HAD France Epinal                               | 30         | pas transmis                        | 0                       |
| 20                          | Pays de Remiremont              | CH Gérardmer                                    | 5          | 0,4                                 | 0                       |
| Région Lorraine             |                                 |                                                 | 276        | 145                                 | 6,9                     |

Source : ARS DOSAAT

## Les consultations mémoire

La consultation mémoire permet d'évaluer de façon précise les fonctions cognitives et, en cas d'anomalies, d'en rechercher la ou les causes.

La circulaire Kouchner sur « la mise en œuvre du programme d'action pour des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés » distingue deux niveaux de consultations spécialisées pour les troubles de la mémoire :

- Les consultations mémoire (CM).
- Les consultations mémoire de ressources et de recherche (CMRR ou CM2R).

La consultation mémoire a pour but de diagnostiquer de façon fiable une maladie neurodégénérative, la mise en place d'un projet de soins personnalisé et d'un plan d'aide, le suivi du patient en concertation avec les médecins de ville et les professionnels médico-sociaux, la formation des professionnels impliqués dans ce suivi.

Il peut s'agir d'une simple consultation sur rendez-vous ou de journées d'hospitalisation (hôpital de jour d'évaluation). Cette dernière formule, plus rare, permet d'effectuer une évaluation complète sans induire la perte de repères qui est fréquente lors d'une hospitalisation de plusieurs jours.

Elle peut comporter :

- une étude des traitements médicamenteux en cours de la personne venue consultée ;
- des [tests neuropsychologiques](#) ;
- un examen neurologique et nutritionnel (notamment mesure du poids) ;
- un examen psychologique et comportemental ;
- une évaluation des troubles ressentis dans le quotidien ;
- des examens biologiques vérifiant, en particulier, l'absence de troubles thyroïdiens ou un déficit en vitamines susceptibles de participer aux troubles de la mémoire ;
- une IRM, en cas de doutes sur l'existence de lésions vasculaires.

Elle nécessite une équipe pluridisciplinaire formée d'un médecin capable de faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, le recours à un psychiatre et à une personne chargée de faire passer des tests et d'assurer le soutien psychologique, au mieux un neuropsychologue

En cas de diagnostic posé d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer, la consultation mémoire aura, les fois suivantes, pour objet :

- d'évaluer la sévérité de la maladie
- de définir les possibilités de traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux
- d'évaluer la perte d'autonomie
- d'organiser la prise en charge
- d'accompagner le malade et sa famille

### Le CMRR

La consultation mémoire de ressources et de recherche a un double rôle :

- local pour la consultation mémoire de proximité,
- régional (voire inter-régional) de recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics et les prises en charge les plus difficiles.

De plus, le CMRR est à la tête du réseau des consultations mémoires, qu'il doit coordonner. Il a par ailleurs une fonction dans la recherche clinique, la formation universitaire et la réflexion à caractère éthique.

Le caractère pluridisciplinaire de la consultation mémoire est renforcé par d'autres professionnels : médecins gériatres, neurologues, psychiatres, généralistes, psychologues, infirmières, orthophonistes et assistantes sociales.

En Lorraine, le CHU est labellisé CMRR.

L'objectif fixé par le SROS visait à la réduction du nombre des consultations, notamment pour celles dont les files actives étaient inférieures à 200.



| TSP                                          | Objectifs du SROS                                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| N°1 : Pays de Verdun                         | 1                                                          |
| N°2 : Pays du cœur de Lorraine               | Recours au territoire 1                                    |
| N°3 : Pays de Briey                          | 1                                                          |
| N°4 : Longwy                                 | antenne                                                    |
| N°5 : Thionville                             | 1+ celle du CHR susceptible d'intervenir sur ce territoire |
| N°6 : Metz                                   | 2                                                          |
| N°7 : Bassin houiller                        | 2                                                          |
| N°8 : Pays de Sarreguemines                  | 1                                                          |
| N°9 : Pays du Saulnois                       | Recours au territoire 10                                   |
| N°10 : Territoire de Sarrebourg              | 1                                                          |
| N°11 : Pays barrois                          | 1                                                          |
| N°12 : Pays du haut val de meuse             | Recours au territoire 11                                   |
| N°13 : Ouest vosgien                         | Recours au territoire 18                                   |
| N°14 : Pays du Sud ouest Meurthe et mosellan | 1                                                          |
| N°15 : Val de Lorraine                       | Recours au territoire 16                                   |
| N°16 : Nancy                                 | CMRR+2                                                     |
| N°17 : Pays du Lunevillois                   | Recours au territoire 16                                   |
| N°18 : Vosges centrales                      | 1                                                          |
| N°19 : Déodat                                | 1                                                          |
| N°20 : Pays de Remiremont                    | Recours au territoire 18 et 19                             |

*Les ajustements sont en cours de réalisation*

## La psychiatrie

D'une manière générale, il faut signaler que l'ensemble du territoire est maillé par des CMP. Un établissement de type Ehpad qui se trouve en difficulté avec un résident peut trouver une réponse, que ce soit par le biais d'une consultation psychiatrique, de la visite d'un infirmier psychiatrique. Mais les établissements ont recours de manière inégale à ces dispositifs de psychiatrie de liaison.

Il existe des initiatives originales en matière de géro-psycho psychiatrie. Toutes reposent sur le même constat : il s'agit d'éviter au maximum le passage en CHS, potentiellement délétère, et ne prenant en compte que très partiellement le versant « pathologie somatique » de la personne âgée.

Il existe par exemple un centre psycho gériatrique à Metz, au centre ville. Dépendant du CHS de Jury, ce CMP dispose d'une équipe mobile qui se rend au domicile, en court séjour. Il travaille en lien étroit avec le conseil général. L'objectif est de rapprocher le court séjour, les consultations mémoire, les consultations psychiatriques, l'hospitalisation de jour et les structures médico sociales en mettant à leur disposition un savoir psychiatrique en cas de besoin.

A Lunéville, le STAPA (service téléphonique d'appui aux personnes âgées) travaille également dans le but d'éviter le passage en CHS. Existant depuis deux ans, il associe des psychiatres et des travailleurs sociaux du conseil général, afin d'apporter une réponse graduée aux personnes âgées en situation de fragilité à domicile. Le premier niveau consiste en un suivi téléphonique, 2 à 3 fois par semaine, afin de rétablir du lien social et de repérer les situations à risque, qui nécessitent l'intervention d'une équipe, voire une hospitalisation, de préférence en court séjour gériatrique plutôt qu'en psychiatrie. Cette structure est trop jeune pour en permettre une évaluation, notamment en termes de prévention du suicide.

Les Vosges ne disposent que d'un seul CHS, qui est organisé autour de quatre secteurs. Chaque secteur dispose d'au moins un CMP dédié aux personnes âgées, et ce type d'organisation semble donner satisfaction.

A Epinal, la maison Saint Jean regroupe, dans le même esprit, sur un même lieu des consultations mémoire, de neurologie, de psychiatrie (CMP personnes âgées de Ravenel).

Les préconisations du SROS III restent donc d'actualité :

- soutenir la psychiatrie de liaison, à destination de l'ambulatoire, du médico social et du sanitaire.
- diriger les personnes âgées vers l'hôpital général plutôt que vers la psychiatrie, en densifiant la prise en charge psychiatrique dans le MCO et dans toute la filière gériatrique.
- améliorer le repérage des troubles cognitifs et des situations de fragilité, afin de pouvoir fournir une réponse adaptée et graduée.

### Les collaborations médico-social-ambulatoire-sanitaire

De nombreuses collaborations sont mises en œuvre pour fluidifier les parcours des personnes âgées, depuis le repérage des personnes fragiles (services sociaux, réseaux, CLICS) jusqu'à la fin de vie.

Le dossier unique de liaison, utilisé en cas d'hospitalisation pour faciliter les transmissions Ehpad - hôpital, est mis en place de manière inégale selon les départements.

La généralisation de l'informatisation des dossiers médicaux, le rendant accessible 24h/24, est terminée dans les EHPAD de Meuse et des Vosges.

| Département | Nombre d'Ehpad | Ehpad où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence | Ehpad où le DLU est mis en place |
|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 55          | 20             | 100 %                                                                        | 100 %                            |
| 54          | 60             | 25 %                                                                         | 46 %                             |
| 57          | 112            | 71 %                                                                         | 71 %                             |
| 88          | 67             | 100 %                                                                        | 91 %                             |

Dossier de liaison d'urgence : données ARS juin 2010

Dans le même esprit, les EHPAD sont incitées à instaurer des collaborations avec les établissements hospitaliers voisins ; les données suivantes ont été collectées dans le cadre de la campagne canicule 2010, mais ces données sont à interpréter avec prudence, les DDASS ayant ou non comptabilisé EHPAD rattachés à des centres hospitaliers comme couverts par une convention.

| Département | Nombre d'Ehpad | Nombre d'Ehpad ayant une convention avec un établissement de santé  | Proportion d'Ehpad ayant une convention avec un établissement de santé |
|-------------|----------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 55          | 23             | 23                                                                  | 100 %                                                                  |
| 54          | 60             | 54<br>dont établissements dépendants d'un établissement hospitalier | 90 %                                                                   |
| 57          | 112            | 82                                                                  | 73 %                                                                   |
| 88          | 68             | 65                                                                  | 95 %                                                                   |

Conventions avec les établissements de santé : données ARS juin 2010

Ces deux exemples, convention avec les établissements de santé et mise en place du DLU, illustrent à quel point les relations entre la ville, le médico social et l'hôpital doivent être travaillées.

Les liens avec les partenaires extra hospitaliers, dont les CLIC, doivent être renforcés.

## Analyse de l'offre et évolution prévisible

### Les suites du plan bien vieillir

#### Les préconisations du rapport Rosso Debord

Mme Valérie Rosso-Debord, députée de Meurthe-et Moselle, a présenté les travaux de la mission confiée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il propose la mise en œuvre d'actions dans plusieurs domaines, dont celui de la prévention :

**Proposition n° 1 :** Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.

Le plan Solidarité-Grand âge (2007-2012) et le plan Bien vieillir (2007-2009) avaient proposé l'instauration d'une consultation médicale gratuite de prévention confiée aux médecins généralistes. Ces deux consultations, qui n'ont jamais été mises en place, étaient destinées :

- aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans pour la première afin de détecter, à partir d'un questionnaire et d'examens standardisés, les facteurs originaires d'une dépendance et de faciliter la compensation des handicaps existants, le maintien de l'activité et la prévention de l'accueil en institution ;
- aux personnes partant à la retraite (ou, en cas d'inactivité, âgées de plus de cinquante-cinq ans) pour la seconde, afin de dépister les facteurs de risque dont la prévalence augmente avec l'âge, d'informer les intéressés sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et de prendre éventuellement le temps d'un entretien pour faire le point sur les événements de leur vie.

Les services du ministère de la santé et des sports, travaillaient alors sur un projet de consultation de longévité laquelle, après avoir été expérimentée sur quatre départements, serait gratuitement proposée aux personnes de leur cessation d'activité ou à partir de cinquante-cinq ans, en cas d'inactivité. Cette consultation, rémunérée à un tarif correspondant à deux fois et le tarif d'une consultation de généraliste par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, serait fondée sur un autoquestionnaire comprenant 102 items regroupés sous trois chapitres : les conditions de vie (niveau de formation et parcours professionnel, relations familiales et sociales, habitudes de vie), l'état de santé (antécédents familiaux et personnels, dépistage, vaccinations et traitements médicamenteux) et la couverture sociale.

**Proposition n° 2 :** Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.

**Proposition n° 3 :** Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.

Qu'elles soient ou non en état de perte d'autonomie, qu'elles demeurent à domicile ou en établissement, les personnes âgées sont particulièrement atteintes dans leur santé par les conséquences graves (hospitalisation, accentuation de la fragilité, voire décès) de deux événements sans lien l'un avec l'autre mais se caractérisant par leur caractère évitable : les chutes et l'iatrogénie médicamenteuse, sur lesquels la Haute Autorité de santé (HAS) a d'ores et déjà émis plusieurs recommandations

**Le label « Bien vieillir – Vivre ensemble »,** en partenariat avec l'association des maires de France (AMF) et l'association parlementaire « vieillir ensemble » s'inscrit dans le plan national « Bien vieillir 2007- 2009 » porté par le ministère de la santé et le ministère du travail.

De nombreux axes peuvent être développés pour relever le défi du vieillissement démographique, comme les transports, l'habitat, l'urbanisme, le logement, les prestations de services et le renforcement du lien social. Il s'agit de mettre en place dès aujourd'hui des structures adaptées pour répondre aux enjeux liés à la place des aînés dans les villes.

Le rôle des communes est donc primordial pour favoriser une politique locale en faveur des aînés. Chaque ville qui s'engage dans l'obtention de ce label témoignera d'une véritable volonté d'établir un plan d'action sur 5 ans. Un élu municipal « Bien vieillir - Vivre ensemble » est désigné comme référent et coordinateur du programme entre les différents services de la commune.

Après avoir rempli un dossier de candidature, la commune qui reçoit le label doit respecter un cahier des charges et élaborer un calendrier sur un cycle de 5 ans :

- ⌚ Année 1 : réaliser un audit de la commune réalisé par un comité de pilotage.
- ⌚ Année 2 : élaborer un plan d'action sur trois ans à partir des résultats de l'audit. mettre au point d'indicateurs de référence pour mesurer la mise en oeuvre du programme.
- ⌚ Années 2 à 4 : lancer un plan d'actions sur trois ans.
- ⌚ Année 5 : évaluer les actions mises en oeuvre durant ces trois années [www.travail-solidarité.gouv.fr](http://www.travail-solidarité.gouv.fr)

Les communes peuvent s'appuyer sur tous les projets novateurs qui auront été réalisés afin d'améliorer le quotidien des aînés grâce au réseau national et international de l'OMS. En Lorraine, 2 villes seulement sont labellisées : Bar-le-Duc et Metz.

**Le projet « vivre chez soi »** présenté par la secrétaire d'Etat en février 2010 vise à sécuriser le vivre chez soi en améliorant le confort et la qualité de vie des personnes âgées. Par ailleurs, grâce à une plus grande prévention, son objectif est de réduire véritablement la dépendance.

Cette mission interdisciplinaire a réuni pendant 4 mois de multiples acteurs et professionnels représentatifs des différentes composantes de « l'écosystème du vieillissement » : l'Etat et ses partenaires publics (collectivités, agences, centre national de référence...), mais aussi des acteurs privés (opérateurs télécoms, fournisseurs de solutions domotiques, constructeurs, industrie, mutuelles ou bailleurs sociaux...).

Ce sont près de 300 personnes qui ont contribué, par leur réflexion et leurs idées au sein de 6 groupes de travail à l'élaboration des préconisations regroupées en trois axes :

- améliorer le cadre de vie des aînés ;
- faciliter l'accès aux technologies et services du Vivre chez soi, encourager le développement d'une offre adaptée ;
- accompagner la modernisation des services à la personne.

A travers 18 propositions, il s'agit d'inspirer les villes et villages pour améliorer l'accueil des aînés, de favoriser la mobilité ou encore d'adapter l'habitat. Il s'agit aussi de définir le périmètre d'intervention des nouvelles technologies, et de lutter contre les discriminations auxquelles sont confrontées les personnes âgées.

Ce projet répond au désir des Français de vivre chez eux en les accompagnant dans leur parcours de vie. Il s'agit d'agir en amont de la perte d'autonomie et de faciliter le développement d'une économie de technologies et services dédiés au Vivre chez soi

## **L'offre libérale et les réseaux**

### **Difficultés actuelles identifiées en termes d'accès aux soins**

La Lorraine présente des territoires hétérogènes face aux difficultés d'accès aux professionnels de santé.

Le vieillissement de la population, le non renouvellement des professionnels de santé, rendent la problématique de l'accès à la santé de plus en plus difficile.

Pour lutter contre les déserts médicaux, de nombreux dispositifs incitatifs à l'installation et au maintien des professionnels de santé libéraux ont été mis en place :

- aides conventionnelles individuelles relevant de l'assurance maladie
- aides conventionnelles en faveur de la médecine générale
- aides conventionnelles en faveur des infirmiers libéraux : l'option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité
- aides pouvant être attribuées par les collectivités locales
- exonérations fiscales

Afin d'améliorer l'offre de soins dans les zones insuffisamment dotées en médecins, l'article 46 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le code de l'éducation en créant à l'article L.632-6 un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants et internes en médecine

Des aides financières collectives à la création de maisons de santé pluridisciplinaires peuvent être accordées

L'ARS Lorraine souhaite étendre son intervention financière au titre du FIQCS au-delà du subventionnement des seules MSP et prendre en compte les possibilités de coopérations « hors les murs » dans le cadre des pôles de santé. C'est pourquoi, l'ARS Lorraine élabore deux cahiers des charges respectifs aux MSP et aux pôles de santé. Parallèlement, des réflexions doivent d'engager avec l'ensemble des partenaires sur les pistes de financement à ouvrir éventuellement.

Il convient de rendre efficient(s) :

- la répartition sur le territoire des professionnels
- la collaboration entre professionnels (libéraux, hospitaliers et médico-sociaux)
- les soins apportés aux patients (« le bon soin par le bon professionnel »).

A ces fins, la formation des professionnels de santé et les mesures prises afin de garder les professionnels formés en région, le développement des structures d'exercice collectif, etc..., doivent être adaptés aux futurs besoins de la population.

### **Apport des structures collectives dans l'offre de soins**

Le développement d'une pratique pluridisciplinaire et coordonnée s'inscrit dans un contexte en pleine évolution :

La demande de santé augmente et évolue constamment, soit pour des raisons sanitaires (par exemple, la demande de soins croissante liée au vieillissement de la population), soit pour raisons sociales (demande sociale croissante, notamment en termes d'accessibilité aux soins).

Une baisse attendue de la démographie médicale, en effectif et en densité, menace d'aggraver les défis que pose l'inégale répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville.

Enfin, les évolutions sociologiques des professionnels de santé semblent pouvoir figurer comme des éléments moteurs du regroupement interprofessionnel coordonné. L'aspiration à l'exercice regroupé concerne davantage les jeunes médecins. En outre, la féminisation se poursuit avec près de 2/3 de femmes en 2<sup>e</sup> année d'études médicales : si elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail, elle coïncide avec une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes.

## Intérêt des réseaux de santé ou de soins

### Quel modèle d'organisation pour demain ?

Compte tenu de la nécessaire mutualisation des moyens, il convient de rationaliser les organisations administratives des réseaux. En clair, on peut concevoir deux types de réseaux :

- **Locaux (dont les réseaux gérontologiques)**, sur la base du territoire de proximité (entre 15 et 20 pour la région), au plus près des populations et des professionnels. Ces réseaux dits populationnels seraient le lieu d'organisation et de mise en place des moyens opérationnels des différentes thématiques (maintien à domicile, éducation thérapeutique, suivi de populations spécifiques...) ; et permettraient, pour les acteurs locaux, une meilleure lisibilité des actions du réseau, lieu unique d'information et de décision. Les réseaux régionaux seraient sollicités pour participer aux actions locales.
- **Régionaux**, élaborant des référentiels, des modes de prise en charge, participant à la diffusion de l'information auprès des professionnels de santé. Ces réseaux seraient associés à la démarche régionale impulsée par l'ARS compte tenu des priorités fixées dans le PRS.

La permanence des soins ambulatoire : permettre un accès à la médecine de ville à tout moment

Le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 précise les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) dans lesquelles le directeur général de l'ARS (DGARS) occupe une place importante.

**Un cahier des charges régional**, décrivant l'organisation de la PDS, sera arrêté par le DGARS dans le respect des objectifs du SROS, après avis :

- du CODAMUPS
- de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA
- de l'URPS (médecins)

Pour les territoires de PDS : du CDOM et du préfet de département

Ce cahier des charges précisera l'organisation régionale de la PDS et ses déclinaisons départementales, dont :

- organisation de la régulation
- définition des territoires de PDS
- lieux fixes de consultation
- indicateurs de suivi et conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDS
- modalités de recueil, de suivi et d'information des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDS
- rémunération forfaitaire pour la PDS et la régulation médicale téléphonique, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

De plus, les autres types de permanence (garde ambulatoire, pharmaceutique, ...) devront être étudiés.

## L'offre des conseils généraux

### Les schémas départementaux

Les 4 départements lorrains ont adopté de nouveaux schémas d'organisation médico-sociale :

| DépartementsT | Schémas en cours |
|---------------|------------------|
| <b>54</b>     | 2009-2013        |
| <b>55</b>     | 2009-2014        |
| <b>57</b>     | 2010-2015        |
| <b>88</b>     | 2009-2013        |



**Meurthe-et Moselle** : Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées de Meurthe-et-Moselle 2009-2013

Centré sur « l'aspiration des personnes âgées à vieillir chez elles », il s'articule autour de 5 axes :

- axe I : vieillir chez soi
- axe II : vivre pleinement sa vieillesse
- axe III : se sentir bien dans son lieu de vie (à son domicile ou en établissement)
- axe IV : bénéficier d'une offre diversifiée
- axe V : accentuer l'aide aux aidants

**Meuse** : Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées 2009-2013

Le schéma est basé sur les études menées par le cabinet ENEIS pour l'accueil en établissement, l'URIOPSS pour l'aide à domicile et intègre les propositions des groupes du travail du CODERPA.

Il prévoit de :

- favoriser les **services de proximité** pour le **maintien à domicile des personnes âgées**. maintenir les personnes âgées à domicile est une priorité réaffirmée, en réponse au souhait de la majorité des anciens.
- moderniser les **maisons de retraite** et leur donner le confort auquel les aînés ont droit. Pour que l'entrée dans un **établissement de séjour** soit vécue dans les meilleures conditions par les personnes âgées et leur famille, la nécessité d'améliorer l'**accueil matériel et psychologique** est identifiée.
- adapter les **conditions d'accueil des malades** et de leurs proches par la mise en place d'**unités Alzheimer**. Pour accompagner les malades de la **maladie d'Alzheimer** et leurs familles, le Département s'est engagé dans un plan d'amélioration des conditions d'accueil dans les **établissements**

**Moselle** : Le schéma est intitulé schéma de l'autonomie et couvre les champs handicap et personnes âgées, avec des orientations communes.

Il s'articule autour de 3 grands axes dans lesquels sont insérées 12 orientations déclinées ainsi :

- axe I : Développer le soutien au maintien à domicile
- axe II : Améliorer la prise en charge en établissement
- axe III : Adapter les fonctionnements institutionnels aux enjeux;

**Vosges** : Le schéma est intitulé « Handicap et dépendance tout au long des âges de la vie et concerne les deux champs personnes âgées et personnes handicapées

L'action en faveur des personnes âgées et les personnes adultes handicapées est définie en 4 axes :

- axe I : Mieux observer et s'organiser ensemble pour mieux répondre à l'évolution des besoins.
- axe II : Prévenir la perte d'autonomie et la dépendance et favoriser un soutien à domicile de qualité.
- axe III : Développer les complémentarités domicile établissements.
- axe IV : Faire évoluer les structures d'hébergement pour répondre au mieux aux besoins des personnes.

**L'ensemble des Conseils généraux est aussi soucieux que l'ARS de développer l'observation et la connaissance des besoins, afin d'apporter des réponses adaptées ;**

Le conseil général de la Moselle a ainsi mis au point un dossier unique de demande d'admission en EHPAD, déposé auprès de chacun des établissements susceptible de répondre à la demande, avec pour prochain objectif le retour d'information vers les CLICS en cas d'admission, afin d'appréhender au mieux les listes d'attente.

**Tous se sont fixé des objectifs visant à développer le maintien à domicile, optimiser l'existant et améliorer les fonctionnements, ainsi que des priorités liées à la bientraitance et à l'amélioration des prises en charge des personnes âgées et de leurs aidants**

## Le contexte financier des départements

Les départements doivent mener leurs politiques sociales dans un contexte qui se caractérise par de très fortes contraintes financières.

Devant les difficultés mises en avant par certains conseils généraux, Pierre Jamet, directeur général des services du conseil général du Rhône a mené une mission de diagnostic et de proposition sur la consolidation des finances des départements fragilisés.

En effet, un certain nombre d'entre eux imputent ces difficultés aux transferts de charges opérées par l'Etat, et au décalage entre les dépenses sociales et les dotations allouées ;

En ce qui concerne l'APA, il apparaît que la contribution de la CNSA diminue au cours des années laissant à la charge des départements une part de plus en plus importante du financement (la contribution est passée de 43% en 2002 à 28.5% en 2008)

Le conseil d'administration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a transmis au Gouvernement des propositions "visant à pondérer différemment les critères de répartition des concours versés par la CNSA aux conseils généraux au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)". Lors de la réunion du conseil d'administration le 29 juin 2010, la CNSA a proposé de prendre en compte le critère "dépense APA" plutôt que les critères du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et du nombre de personnes de plus de 75 ans. Objectif : que les départements ayant le plus de dépenses au titre de l'APA soient soulagés. La CNSA propose que le critère du nombre de personnes de plus de 75 ans compte pour 40% (au lieu de 50% actuellement). La dépense d'APA compterait pour 60% (au lieu de 20%) et le potentiel fiscal pour - 30% (au lieu de - 25%). Le revenu minimum d'insertion ne serait plus pris en compte. La CNSA souhaite que ces mesures puissent être appliquées dès 2011. Ces mesures, selon elle, ne peuvent être que provisoires, dans l'attente de la véritable réforme de fond, qui assurerait le financement de la dépendance.

Le député de Meurthe et Moselle Laurent Hénart, président de l'agence nationale des services à la personne, s'était exprimé en faveur de l'instauration d'une 2<sup>ème</sup> journée de solidarité nationale.

L'Assemblée des départements de France (ADF) ont entamé une série d'actions pour dénoncer les difficultés financières de nombreux départements : dépôt de recours gracieux par 58 départements du groupe de gauche, de solutions à trouver dès 2010 dans le cadre de la loi de finances rectificative, en s'appuyant sur un fonds exceptionnel d'urgence...

L'ADF a rédigé une proposition de loi à l'intention des parlementaires et demande la tenue d'« un véritable débat » au parlement pour que les « termes de l'enjeu de la solidarité nationale soient posés »

Le président de l'ADF a plaidé dans un discours pour que « les 3 allocations nationales de solidarité soient couvertes à l'euro près par une ressource provenant d'un impôt national identifié et visible, transféré au titre de cette solidarité nationale »

Il s'est dit pour sa part favorable à ce que cette ressource provienne de la CSG

La secrétaire d'Etat aux aînés est intervenue lors du congrès de l'ADF du 20 octobre 2010, notamment en ouverture d'une table ronde intitulée: « Faut-il passer de l'APA au 5ème risque ? »

Elle a regretté que le financement de l'APA, sa forme, son évolution soient perçus comme l'unique enjeu supérieur, et même l'objet central de la réforme future.

D'autres volets lui paraissent plus importants :

La solvabilisation des Français face au reste à charge un système nouveau est à imaginer et à créer. Il faudra bâtir une nouvelle approche de la politique immobilière des établissements pour personnes âgées. Il faudra également réfléchir à l'adaptation de certaines normes, dans le respect de la qualité de l'accueil.

**Les politiques de prévention qu'il faudra développer à une bonne échelle de manière systématique. Ces politiques doivent s'adresser en priorité aux personnes âgées les plus fragiles pour éviter qu'elles ne tombent en dépendance.**



**Le respect du libre choix des français, qui est, pour leur majorité de terminer leur vie chez eux. : il est nécessaire d'adapter certaines politiques publiques : le logement, l'urbanisme, la mobilité, l'inclusion sociale...mais aussi le développement à grande échelle des géronto-technologies selon un modèle économique pertinent en cours d'élaboration.**

**Il faudra aussi inscrire l'évolution, la consolidation et la professionnalisation des services à domicile. Ce secteur et son évolution constituent aussi un enjeu majeur de la réforme**

Selon elle, cette réforme ne se réduit pas à la résolution d'un simple problème conjoncturel de financement et de ses modalités d'application, il s'agit d'un véritable projet de société sur le long terme qui doit être appréhendé dans sa globalité et faire l'objet d'un débat préalable avec l'ensemble des français ; il devra aborder les articulations de la responsabilité collective, la responsabilité individuelle et la responsabilité familiale face à la dépendance.

Lors d'une interview télévisée le 16 novembre 2010, le président de la République a annoncé que le gouvernement s'engagerait dans la réforme de la dépendance en 2011 ; une grande consultation va être organisée avec « les conseils généraux, les associations de personnes âgées, les forces syndicales » ; elle devrait durer 6 mois.

Il s'était déclaré favorable à la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale : le 5<sup>ème</sup> risque et annoncé que des dispositions seraient inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

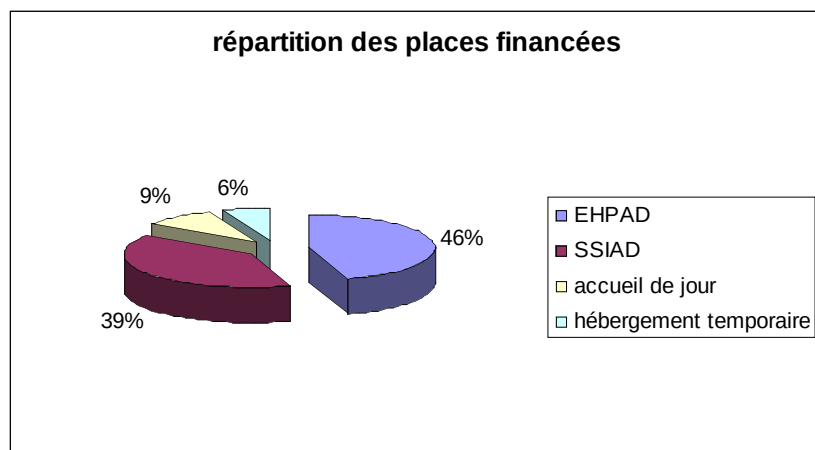
Cette réflexion a été menée en 2011 – Quatre groupes thématiques nationaux ont rendu des rapports et formulé des recommandations.

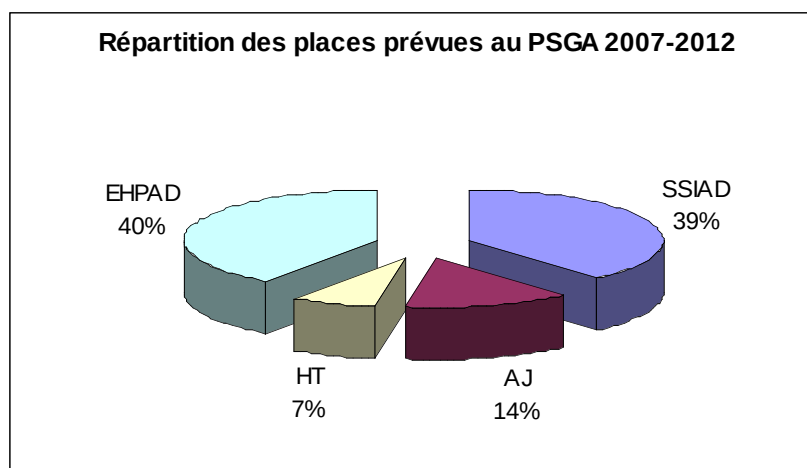
Des débats sur la dépendance ont été organisés dans chacune des régions : en Lorraine, il a eu lieu le 26 avril au palais des congrès de Nancy avec 460 participants. Une restitution finale de l'ensemble des travaux a été remise au Président de la République au début du mois de juillet. Elle devrait servir de base au projet du gouvernement, et les premières mesures devaient figurer dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, examinée à l'automne 2011 ; le calendrier a cependant été reporté.

### Offre médico-sociale

#### Bilan du PRIAC 2006-2009

| Nb de places financées | EHPAD | SSIAD | Accueil de jour | Hébergement temporaire | TOTAL |
|------------------------|-------|-------|-----------------|------------------------|-------|
| 54                     | 379   | 361   | 95              | 57                     | 892   |
| 55                     | 15    | 116   | 54              | 36                     | 221   |
| 57                     | 819   | 477   | 63              | 36                     | 1395  |
| 88                     | 92    | 187   | 55              | 51                     | 385   |
| REGION                 | 1305  | 1141  | 267             | 180                    | 2893  |





La Lorraine a été dotée d'un volume de places nouvelles conforme aux objectifs du Plan Solidarité Grand Age, mais les taux d'engagement des crédits (correspondant aux autorisations délivrées) et surtout de consommation des crédits (correspondant à l'entrée en fonctionnement) sont insuffisants. Les délais entre l'autorisation d'une EHPAD et son installation avoisinent 5 ans, et certaines autorisations n'ont pas connu de début d'exécution et risquent de devenir caduques.

Le problème de la sous-utilisation, ou de l'utilisation pour de l'hébergement permanent des places d'hébergement temporaire installées n'est pas résolu.

Les conseils généraux déclarent être souvent en difficulté pour trouver une solution d'hébergement temporaire, or l'équilibre financier est délicat, d'où la tentation de leur occupation à titre permanent.

En ce qui concerne les accueils de jours, qui recueillent également peu de succès, l'impact des mesures visant à mieux prendre en charge les frais de transport (circulaire N° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 les revalorisant de 30%) devra être évalué ; les réflexions avec les CG doivent être engagées ou poursuivies pour la mise en œuvre de la circulaire fixant des seuils minimum de 6 ou 10 places.

La région dispose également de places de SSIAD financées, mais non autorisées et installées faute de promoteurs ; ces places sont valorisées à 10 500 en création depuis 2002, alors que les données issues de l'outil REBECA font apparaître un coût à la place de plus de 11 500 en 2008 au niveau national, avec de fortes disparités entre départements.

**Coûts moyens des places de SSIAD lorrains en 2008**

|    | Coût moyen brut<br>par place hors Crédits<br>Non Reconductibles | Coût moyen brut<br>par place avec Crédits<br>Non Reconductibles | Coût moyen net<br>par place hors Crédits<br>Non Reconductibles | Coût moyen net<br>par place avec Crédits<br>Non Reconductibles |
|----|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 54 | 11 666,04                                                       | 12 299,04                                                       | 11 352,61                                                      | 11 985,62                                                      |
| 55 | 11 097,24                                                       | 11 591,88                                                       | 10 979,90                                                      | 11 474,53                                                      |
| 57 | 10 007,80                                                       | 10 007,80                                                       | 9 839,35                                                       | 9 839,35                                                       |
| 88 | 9 804,03                                                        | 10 136,20                                                       | 9 503,20                                                       | 9 835,37                                                       |

Source : données du logiciel REBECA (données issues des comptes administratifs fournis par les opérateurs aux DDASS)

On peut constater que 3 des 4 départements lorrains accordent des compléments de financement non pérennes pour équilibrer les budgets des SSIAD

Une réforme de leur financement est en projet :

Le modèle de tarification approuvé par les cabinets des ministres est un modèle mixte, composé d'une part forfaitaire définie en fonction du nombre de patients pris en charge, et d'une part variable calculée en fonction des besoins en soins de chaque patient déterminée à partir de caractéristiques des patients (dépendance, maladie et environnement) et du service.

Pour atteindre les objectifs en matière de maintien à domicile des personnes âgées, un effort de d'information et de communication doit être fait vers les médecins de famille et le grand public ; le recours au SSIAD est observé lors de sorties d'hospitalisation, il l'est beaucoup moins dans son rôle d'alternative à l'entrée en institution.

Cette observation quant à la méconnaissance des dispositifs vaut aussi pour les accueils de jours et hébergement temporaire, le sentiment de culpabilité des familles qui ont l'impression d'abandonner leur parent s'y ajoutant.

### **Places nouvelles 2010 : le plan Alzheimer**

**2010 est la première année où les financements du volet médico-social du plan Alzheimer sont notifiés, ce qui modifie les équilibres.**

Trois nouvelles catégories de structures ont vu le jour dans ce cadre :

#### **- Les SSIAD renforcés ou Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)(mesure 6 )**

Des équipes spécialisées seront formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer, notamment ceux présentant des troubles du comportement, pour intervenir dans le cadre des services de soins infirmiers, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou au sein de coopérations formalisées (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) comprenant des SSIAD ou des SPASAD. Elles assureront la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer grâce à une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation »

Ces équipes sont constituées des futurs assistants de soins en gérontologie, d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens.

L'objectif est de favoriser l'apprentissage de gestes adaptés, l'aptitude à la communication non verbale et la prise en charge des troubles cognitifs. Il s'agit de proposer dès le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, une éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement et de mettre en place des soins de réhabilitation et de stimulation cognitive. En cas de crise, il s'agit d'assurer la prise en charge des troubles du comportement.

Une expérimentation a été menée avec 39 équipes spécialisées (dont une en Moselle et une en Meurthe-et-Moselle) pour identifier les différentes modalités de constitution et de fonctionnement des équipes ainsi que de réalisation de la prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation ». L'évaluation de cette expérimentation vise à déterminer les modèles d'organisation, de fonctionnement et de financement pertinents en vue d'une généralisation du dispositif (création de 500 équipes, dont 15 en Lorraine, d'ici fin 2012).

#### **- Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcé (UHR) (mesure 16)**

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).

**- Les PASA**, qui fonctionnent 5 jours sur 7 le cas échéant, ont vocation à prendre en charge, sur le modèle d'un accueil de jour dédié aux résidents de l'établissement, les personnes âgées hébergées dans les établissements et atteintes de troubles du comportement modérés

Le plan prévoit 25 000 places de PASA accueillant une file active de malades de l'ordre de 50 000 à 75 000 personnes ; La réalisation d'un PASA dans un EHPAD existant ne donne pas lieu à *une augmentation de la capacité initiale de l'établissement* puisqu'il s'agit d'un espace dédié à l'accueil et à l'accompagnement par une équipe de professionnels, dans la journée, des résidents de cet EHPAD. Ces pôles sont conçus pour recevoir simultanément 12 à 14 résidents.

La Lorraine devrait être dotée de 52 pôles, dont 17 ont été financés dès 2010 et 17 en 2011.

- **Les UHR** doivent permettre la prise en charge, 24h sur 24, dans une unité sécurisée, des malades atteints de troubles du comportement sévères. La durée de séjour dans les UHR n'est pas limitée dans le temps a priori comme dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) mais il existe des critères de sortie liés à la réduction des symptômes psycho-comportementaux pendant une durée significative, ou à une perte de mobilité.

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. La Lorraine devrait être dotée de 10 UHR, mais seules 49 places pour 3 UHR ont été notifiées sur le budget médico-social, et 5 en USLD (par renforcement des moyens existants : 40 000 par UHR) : 2 en Meurthe et Moselle, 2 en Moselle, 1 en Vosges).

Les crédits médico-sociaux seront répartis sur 4 UHR (une par département).

Pour la Meuse, les sites de Fains-Veel ou Verdun sont envisagés..

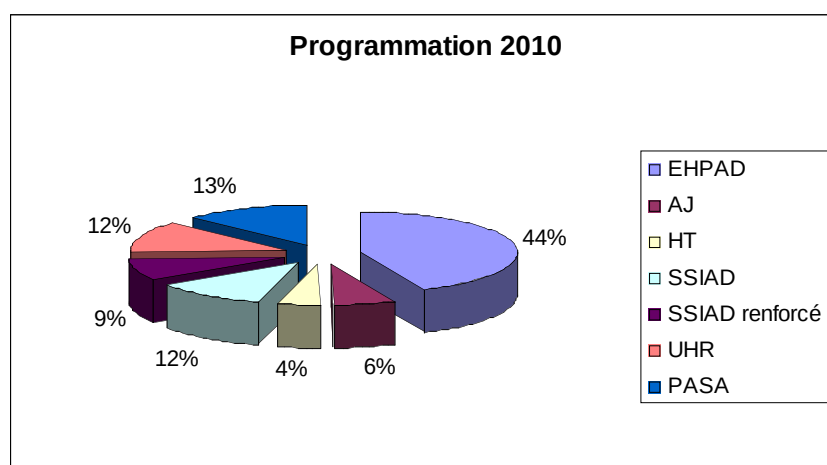
En Meurthe et Moselle sont pressentis Faulx (EHPAD), et les USLD du CHU de Nancy et du CH de Lunéville.

En Moselle les projets concernent Lorquin (EHPAD) et les USLD de Charleville-sous bois et le Kem Thionville.

L'EHPAD de Mattaincourt pourrait être labellisée dès 2011 dans les Vosges, l'USLD de Golbey étant pressentie pour le versant sanitaire.

34% des moyens nouveaux sont affectés à ces dispositifs : SSIAD renforcés, Pôle d'Activité et de Soins Adaptés, Unités d'Hébergement Renforcé, la totalité des crédits pour les UHR étant notifiés dès 2010.

Le financement des PASA et ESA renforcés devrait se poursuivre en 2011 et 2012 dans les mêmes proportions.



#### Evolution de l'offre à moyen terme

**Le plan Alzheimer se termine en 2012, ainsi que le plan Solidarité Grand Age ; une partie des financements du PSGA seront décalés sur 2013, du fait de la sous-consommation générale des crédits,**

**Pour l'avenir, il ne faut plus s'attendre à des enveloppes de places nouvelles de même niveau que durant le PSGA, et priorité devra être donnée à l'adaptation de l'offre, aux restructurations et coopérations, et aux structures expérimentales.**

Les contraintes budgétaires de la CNSA vont être semblables à celles des collectivités territoriales, alors que, depuis sa création, ses financements ont joué un rôle moteur dans le développement de l'offre. Compte tenu de la problématique de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, de même que pour l'APA, l'évolution de l'offre médico-sociale sera conditionnée par la réforme attendue du financement de la dépendance.

Depuis 2010, la CNSA ne notifie plus aux ARS que les crédits nécessaires au fonctionnement des places réellement installées ; (jusqu'à présent, ces crédits notifiés pour les places dont l'installation était en retard, étaient utilisés de façon conjoncturelle pour le financement d'actions de formation, de soutien à l'investissement, aux contrats aidés ...)

En effet, la procédure d'autorisation en vigueur avant la loi HPST a produit une inflation de projets déposés pour avis du CROSMS, souvent pour prendre rang en attente du financement ; il s'est souvent avéré que ces projets n'étaient pas opérationnels quand les enveloppes financières permettaient enfin de leur délivrer l'autorisation demandée.

De plus, les projets proposés par les promoteurs ne correspondaient pas toujours aux priorités des pouvoirs publics.

Désormais, la loi HPST supprime le CROSMS et met en place une procédure d'appels à projets pour autoriser la création, la transformation ou l'extension des établissements et services, lancée par l'autorité compétente en charge du financement (directeurs généraux des agences régionales de santé, préfets, présidents des conseils généraux) sur la base d'un cahier des charges.

La décision d'autorisation est rendue après classement des projets par une commission de sélection des appels à projets placée auprès de chaque autorité.

Ce changement, qui redonne l'initiative aux autorités publiques, vise à organiser de façon plus efficace la sélection des projets par les décideurs, puisqu'ils s'inscrivent en réponse à des besoins médico-sociaux définis de façon collective et concertée.

La généralisation de l'appel à projets a pour objectif une meilleure efficacité pour mieux répondre aux besoins des publics concernés.

La nouvelle procédure d'autorisation vise à réduire les délais de mise en œuvre des projets d'établissements et services en supprimant notamment la mise en attente d'autorisation de projets ne disposant pas de financements.

Les besoins et les priorités retracés dans les schémas et programmes sont définis par les autorités publiques préalablement à la procédure d'appel à projet. Ils font l'objet d'une étroite concertation qui s'exprime au sein des différentes instances de concertation que la loi HPST a renforcées ou créées et notamment : la conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées, les conférences de territoires et les commissions de coordination des financeurs, en particulier sa composante médico-sociale.

Les promoteurs de projets déposeront désormais leur dossier en réponse aux choix stratégiques des décideurs, correspondant aux besoins identifiés des populations dans les territoires et aux financements disponibles.

Les critères de sélection et les modalités de notation ou d'évaluation des projets qui seront appliqués doivent être mentionnés dans l'avis d'appel à projet (décret d'application sur la procédure d'autorisation par appel à projet) et dans le cahier des charges.

L'utilisation de critères et leur communication dans le cahier des charges permettent d'alerter l'ensemble des promoteurs de façon transparente et équitable sur les éléments jugés comme essentiels dans leur réponse et d'évaluer les différents dossiers de manière homogène et équitable.

**Evolution de l'offre sanitaire****Bilan des objectifs du volet personnes âgées du SROS III et de son avenant 2001-2011****Objectifs généraux*****I - Développer et améliorer l'accès au diagnostic et la prise en charge aux urgences***

| Actions engagées                          | Atteinte Objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Motif et délai de réalisation                                                                                                 | Objectif à conserver                                                                                              |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Création d'équipes mobiles de gériatrie   | 9 équipes : celle du CHU est implantée dans le service des urgences                                                                                                                                                                                                                                                          | Absence d'évolution depuis la parution du SROS (mars 2010)                                                                    | Oui, en encourageant l'intervention de l'EMG aux urgences                                                         |
| Développer hospitalisation de jour        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Absence d'évolution depuis la parution du SROS (mars 2010)                                                                    | Oui                                                                                                               |
| Développer l'HAD                          | 19 structures existantes : objectif atteint avec rééquilibrage Nord/Sud                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               | Non                                                                                                               |
| Développement du court séjour gériatrique | Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Absence de référentiels précis et de procédure de labellisation                                                               | Oui, en insistant sur la possibilité d'entrée directe en court séjour                                             |
| SSR                                       | 13 mentions spécialisées « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance »<br>7 au Nord, 6 au Sud.<br>5 UCC à installer dans le cadre du plan Alzheimer<br>2008 = CHR /2009 = CHU /2010 à déterminer                                                                                 | Publication du SROS en octobre 2009, délivrance des autorisations le 31 juillet 2010<br><br>2 UCC à installer en 2011 et 2012 | Oui, évaluation du nouveau dispositif à faire ultérieurement.<br><br>Oui, prévoir l'évaluation de ces dispositifs |
| Soins palliatifs                          | 20 équipes de soins palliatifs en région lorraine. La plupart des équipes mobiles ont signé des conventions avec des EHPAD, le plus souvent 3 ou 4 (Gérardmer = 15 conventions, CHR = 7 conventions et 5 projets). Pratiquement toutes participent à la formation et/ou à des activités de soutien du personnel de ces EHPAD | Bonne couverture géographique                                                                                                 | Oui, en travaillant les liens EHPAD/hôpital                                                                       |

**II - Favoriser une organisation territoriale répondant aux besoins**

| Actions engagées                            | Atteinte Objectif                                                                                                                                                                                                                                                   | Motif et délai de réalisation                                                 | Objectif à conserver                                                                                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rôle du CMMR                                | Oui, il n'y a plus qu'un seul CMRR au CHU de Nancy                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               | Oui, le CMRR doit maintenant se positionner comme référent régional dans la diffusion de la culture gériatrique |
| Dynamiser la construction des filières      |                                                                                                                                                                                                                                                                     | Compte-tenu du délai entre la parution du SROS et le bilan : pas d'évaluation | Oui, la circulaire de 2007 reste plus que jamais d'actualité                                                    |
| Mettre en œuvre les réseaux gérontologiques | En cours : il existe 13 réseaux, 1 seul dans la Meuse et aucun dans les Vosges. Leur coordination est assurée par le groupe réseaux du collège des gériatres lorrains. Pour le Sud lorraine il existe un chef de projet coordonnateur au sein du réseau Gérard Cuny |                                                                               | Oui, afin d'atteindre une couverture géographique optimale et une coordination inter-réseaux                    |

**III - Améliorer la culture gériatrique**

| Actions engagées                                                                            | Atteinte Objectif                                                                                                                         | Motif et délai de réalisation              | Objectif à conserver                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Améliorer la prise en charge des démences :<br>- consultations mémoires<br>- UHR sanitaires | Labellisation en cours de révision<br>1 UHR au CHU, projet en cours de réalisation                                                        | Fin 2010                                   | Non<br>Oui                                                                              |
| Structurer la gérontopsychiatrie                                                            | Structuration en cours                                                                                                                    |                                            | Oui                                                                                     |
| Développer l'oncogériatrie                                                                  | Non, mais<br>- participation au projet « oncodage »<br>- production d'un référentiel « évaluation gériatrique standardisée en oncologie » | Projet UPCOG non retenu par l'INCA en 2007 | Oui, dynamique à relancer et à soutenir. Labelliser 1 UCOG en Lorraine (cf plan cancer) |

**IV - Evaluation**

| Actions engagées    | Atteinte Objectif                           | Motif et délai de réalisation    | Objectif à conserver                                                      |
|---------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Evaluation annuelle | Prévue par questionnaire aux établissements | Délai parution/évaluation < 1 an | Oui, en prenant en compte les données de l'enquête annuelle « gériatrie » |



**Objectifs opérationnels****I - Développer la culture gériatrique**

| Actions engagées                                                                            | Atteinte Objectif | Motif et délai de réalisation                 | Objectif à conserver                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Inscription d'objectifs en termes d'évaluation gériatrique dans les CPOM des établissements | Non               | Délai entre publication et évaluation du SROS | Oui, à développer et généraliser à l'occasion des CPOM 2012-2017 |

**II - Optimiser la filière sur des TSP identifiés**

| Actions engagées                                            | Atteinte Objectif                                                                                                                                    | Motif et délai de réalisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Objectif à conserver                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TSP n° 2 (St-Mihiel) : rapprochement Verdun/St-Mihiel       | Transfert des lits de court séjour à Verdun : direction commune Verdun/St-Mihiel                                                                     | En cours avec constitution d'une filière gériatrique complète à Verdun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Non                                                                                                                                               |
| TSP n° 4 (Longwy)                                           | Non                                                                                                                                                  | aucune évolution compte tenu du délai court depuis la parution du SROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Oui                                                                                                                                               |
| TSP n° 9 (Saulnois)                                         | Non                                                                                                                                                  | aucune évolution compte tenu du délai court depuis la parution du SROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Oui                                                                                                                                               |
| TSP n° 12 (Commercy) : rapprochement avec Bar-le-Duc        | En cours : réactivation de l'antenne de consultation mémoire de Bar-le-Duc à Commercy, 1 équipe mobile de soins palliatifs à Bar-le-Duc à 1 à Verdun |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Oui, liens à faire entre le SSR polyvalent de Commercy et le SSR « spécialisé » de Bar-le-Duc. Interrogations sur le devenir des lits de médecine |
| TSP n° 13 (Vittel) : développer les liens avec le TSP n° 18 | En cours                                                                                                                                             | Finalisation d'une filière entre 2 CH : Neufchâteau et Vittel et 3 hôpitaux locaux : Mirecourt, Lamarche et Darney, au travers d'un projet médical commun sur 5 axes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- développement culture gériatrique</li> <li>- structuration de la filière</li> <li>- optimisation du court séjour</li> <li>- mise en place Equipe Mob. Gériatrique</li> <li>- prise en charge des patients atteints d'Alzheimer</li> </ul> | Oui                                                                                                                                               |



|                                                    |                                                           |                                                                                                                             |                                                                                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| TSP n° 15 : développer les liens avec le TSP n° 16 | Non<br>Réseau gériatrique du Val de Lorraine créé en 2009 | Transfert de l'activité du SSR de Faulx à Pont-à-Mousson juin 2011<br>Suppression de la chirurgie à Pont-à-Mousson fin 2009 | Oui, la réflexion pour optimiser la filière en lien avec le territoire 16 doit être initiée |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

### III - Programme capacitaire des USLD

| Actions engagées           | Atteinte Objectif                                                                 | Motif et délai de réalisation | Objectif à conserver                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opérations de partition    | Terminées au 01/01/2010 = 1194 lits en Lorraine (cf partie « état des lieux »)    |                               | Non                                                                                                                                                                               |
| Renforcement des capacités | Ouverture de 30 lits à Charleville-sous-Bois, en lien avec le CHR Metz/Thionville | Novembre 2010                 | Oui, tendre vers un taux de 6 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, tout en réduisant le déséquilibre Nord/Sud. Le redéploiement de l'existant devra être privilégié. |

D'une manière générale, les 17 objectifs décrits dans le SROS III, et repris dans l'avenant 2010-2011 restent d'actualité et devront être maintenus dans le SROS PRS, en lien fort avec les SROS ambulatoire et médico-social.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un modèle transitoire de tarification à l'activité est mis en œuvre et pèse progressivement dans le financement des structures SSR et devrait aboutir à une tarification à l'activité à 100 % en 2012.

Dans ce contexte, l'optimisation de l'existant est une priorité en termes de plateau technique et de personnel soignant en SSR.

Un outil informatique permettant la gestion des admissions est en cours d'élaboration.

L'enveloppe budgétaire devrait rester au même niveau qu'en 2009 pour 2010 et 2012.

[illegible]

| IMPLANTATIONS TERRITOIRES SUD           |                                             |    |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|----|------------------------|---------|---------|---------|--------------------|---------|---------|---------|---------------------------------|---|----------------------------------|---|-------------------------------|-------|----------------------------------------------------|---------|---------|---------|----------------------------|---|---------|---------|---|---|-------------------------|---|
| TERRITOIRES<br>Sud                      | IMPLANTATIONS<br>SSR<br>NON<br>SPECIALISEES |    | MENTIONS SPECIALISEES  |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
|                                         |                                             |    | appareil<br>locomoteur |         |         |         | système<br>nerveux |         |         |         | cardio<br>vasculaire<br>adultes |   | personnes<br>âgées<br>polypatho. |   | respira-<br>toires<br>adultes |       | système diges tif<br>metabolique / endoc<br>rinien |         |         |         | onco-<br>hématol<br>ogique |   | brûlés  |         |   |   | conduites<br>addictives |   |
|                                         |                                             |    | adultes                | enfants | adultes | enfants | adultes            | enfants | adultes | enfants |                                 |   |                                  |   |                               |       | adultes                                            | enfants | adultes | enfants |                            |   | adultes | enfants |   |   |                         |   |
| TSP 11                                  | 1                                           | 1  | 1                      |         | 1       |         | 1                  |         | 1       |         |                                 |   | 1                                | 1 |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 12                                  | 1                                           | 1  |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 13                                  | 4 à 5                                       | 4  | 1                      |         | 1       |         | 1                  |         | 1       |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    | 1       |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 14                                  | 3                                           | 3  |                        |         |         |         | 1                  |         | 1       |         |                                 |   | 1                                | 1 |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 15                                  | 2 à 3                                       | 4  |                        |         |         |         |                    |         | 1       |         |                                 |   |                                  |   | 1                             |       |                                                    |         |         |         | 1                          |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 16                                  | 14 à 15                                     | 13 | 2                      | 1       | 2       | 1       | 1                  | 1       |         | 1       | 1                               | 1 | 2                                | 2 |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         | 1 |   | 1                       |   |
| TSP 17                                  | 3                                           | 3  |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 18                                  | 6                                           | 6  | 1                      |         | 1       |         | 1                  |         | 1       |         |                                 |   | 1                                | 1 |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 19                                  | 6                                           | 5  |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   | 1                                | 1 |                               |       |                                                    | 1       | 1       |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| TSP 20                                  | 4                                           | 4  |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |
| territoire SUD                          |                                             |    |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  | 1 |                               | 1 à 2 | 1                                                  |         |         |         |                            |   |         |         |   |   | 1                       |   |
| REGION                                  |                                             |    |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         | 1       |                            | 1 | 1       |         |   |   |                         |   |
|                                         | 44 à 47                                     | 44 | 5                      | 1       | 5       | 1       | 5                  | 1       | 5       | 1       | 1                               | 1 | 6                                | 6 | 1                             | 1     | 1 à 2                                              | 1       | 2       | 1       | 1                          | 1 | 1       | 1       | 0 | 1 | 1                       | 1 |
| mention "brûlés Adultes" donnée au Nord |                                             |    |                        |         |         |         |                    |         |         |         |                                 |   |                                  |   |                               |       |                                                    |         |         |         |                            |   |         |         |   |   |                         |   |

## II.5. ANNEXES

### II.5.d. Annexes relatives au SROS-PRS

## SOMMAIRE

|                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Volet ambulatoire .....</b>                                             | <b>2</b>       |
| Diagnostic détaillé .....                                                  | 3              |
| Les territoires de premier recours en Lorraine.....                        | 97             |
| Biologie médicale .....                                                    | 125            |
| <br><b>Volet Hospitalier .....</b>                                         | <br><b>141</b> |
| Missions de service public .....                                           | 142            |
| Douleur .....                                                              | 146            |
| Lutte contre l'exclusion .....                                             | 149            |
| Soins palliatifs .....                                                     | 156            |
| Soins de support .....                                                     | 162            |
| Santé des personnes détenues .....                                         | 163            |
| Assistance médicale à la procréation – diagnostic prénatal .....           | 166            |
| Cardiologie interventionnelle.....                                         | 181            |
| Chirurgie.....                                                             | 191            |
| Génétique.....                                                             | 212            |
| Périnatalité .....                                                         | 240            |
| Equipements matériels lourds.....                                          | 241            |
| Insuffisance rénale chronique (IRC) .....                                  | 248            |
| Médecine.....                                                              | 255            |
| Médecine d'urgence et liens avec la permanence des soins ambulatoires..... | 266            |
| Permanence des soins en établissement de santé (PDES) .....                | 277            |
| Réanimation, soins intensifs et soins continus .....                       | 286            |
| Soins de suite et de réadaptation (SSR) .....                              | 292            |
| Traitement du cancer .....                                                 | 304            |
| Hospitalisation à domicile (HAD) .....                                     | 314            |
| Transfusion sanguine.....                                                  | 323            |

## VOLET AMBULATOIRE

## « Diagnostic détaillé »

### Définitions

#### Soins de premier recours

##### **Code de santé publique - Chapitre Ier bis : Organisation des soins - Article L1411-11**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

#### Soins de second recours

##### **Code de santé publique - Chapitre Ier bis : Organisation des soins - Article L1411-12**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36

« Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

#### Centres de santé

##### **Code de santé publique - Chapitre III : Centres de santé - Article L6323-1**

Modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 - art. 1

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire (1).

NOTA:

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 131 XI : Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010. »

### **Maisons de santé**

#### **Code de santé publique - Chapitre III bis : Maisons de santé - Article L6323-3**

Modifié par LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44 (M)

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 39

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

#### **Circulaire NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural**

Suite au souhait du Président de la République, exprimé le 9 février 2010 en clôture des Assises des Territoires Ruraux, d'un financement de 250 maisons de santé d'ici 2013, et d'un doublement corollaire de leur nombre, le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) a décidé le 11 mai 2010 le lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

La circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 confirme l'accompagnement financier de l'Etat sur les programmes d'investissement des maisons de santé et précise les modalités de mise en œuvre du plan national d'équipement.

Au plan local, le Préfet de Région et le Directeur Général de l'ARS doivent mettre en place un comité de sélection régional chargé de retenir les projets qui bénéficieront d'un financement de l'Etat pour la part investissement. Ce comité associe le conseil régional, les conseils généraux, les préfectures de département, les représentants des professionnels de santé, un représentant des maires et des présidents d'EPCI à fiscalité propre par département.

Les dossiers finalisés retenus doivent satisfaire deux critères d'éligibilité :

- d'une part, être conforme au cahier des charges des maisons de santé pluridisciplinaires du ministère de la santé et annexé à la circulaire visée,
- d'autre part, s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS.

## Pôles de santé

### Code de santé publique - Chapitre III ter : Pôles de santé- Article L6323-4

Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

## Réseaux de santé

### Code de santé publique - Chapitre Ier : Réseaux de santé - Article L6321-1

Modifié par Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003

Modifié par Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 JORF 6 septembre 2003

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

## Télémédecine

### Code de santé publique - Chapitre VI : Télémédecine - Article L6316-1

Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 78

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».



## I. Données géographiques, démographiques et de santé de la population

### I.a. Contexte : des disparités importantes

#### I.a.1. Une région frontalière

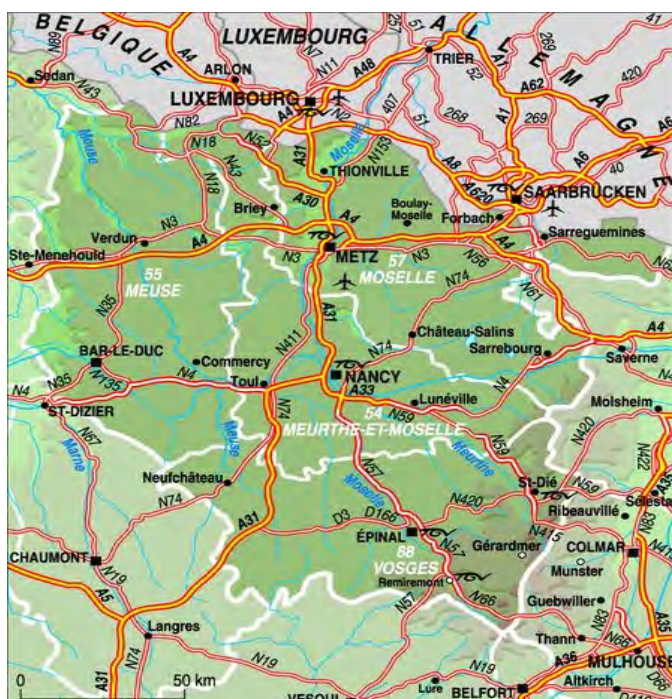
La Lorraine s'étend sur 23 547 m<sup>2</sup>, ce qui la place au 13<sup>ème</sup> rang des régions françaises en termes de superficie.

La région est composée de 4 départements : les départements de Meurthe-et-Moselle (5246 km<sup>2</sup>) et de Moselle (6216 km<sup>2</sup>) sont plus fortement urbanisés, au contraire des départements de la Meuse (5874 km<sup>2</sup>) et des Vosges (6216 km<sup>2</sup>) plus ruraux.

Son territoire, d'une centaine de kilomètres de large, s'insère entre les forêts de l'Argonne et le massif vosgien. Le plateau lorrain, découpé par des cours d'eau et caractérisé par des lignes de côtes parfois précédées de buttes-témoins, s'élève à une altitude proche de 400 mètres, culminant à 1 364 mètres dans les Vosges (Le Honeck).

La Lorraine est la seule région française à partager des frontières avec trois pays : la [Belgique](#) ([Région wallonne](#)), le [Luxembourg](#) et l'[Allemagne](#) (Länder de la [Sarre](#) et de [Rhénanie-Palatinat](#)). Elle jouxte également trois régions françaises : l'[Alsace](#) à l'est, la [Champagne-Ardenne](#) à l'ouest et [Franche-Comté](#) au sud.

La Lorraine occupe ainsi une localisation géographique privilégiée, située de ce fait à proximité du centre du croissant de [conurbation](#) européenne qui s'étend de la région de Londres ([Angleterre](#)) à la [Toscane](#) ([Italie](#)), en passant par le couloir rhénan.



## I.a.2. Un contexte démographique et social contrasté

### I.a.2.1. Un regain démographique modeste qui profite principalement aux espaces déjà densément peuplés

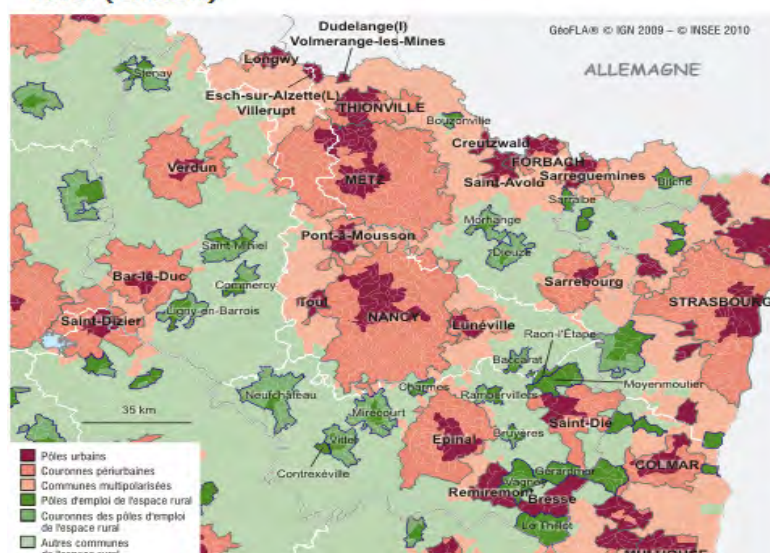
La Lorraine compte 2 348 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Représentant 3,6% de la population française, la Lorraine se place ainsi au 10<sup>ème</sup> rang des régions françaises en termes de population.

S'ils sont relativement peu différents en superficie, les quatre départements lorrains se trouvent très différemment peuplés : 729 768 habitants en Meurthe-et-Moselle en 2008 (31% de la population régionale), 194 218 en Meuse (8,3% de la population régionale), 1 042 430 en Moselle (44,4% de la population régionale), 380 145 dans les Vosges (16,2% de la population régionale).

« Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent, comme en France métropolitaine, près d'un habitant sur six. » (source : Economie Lorraine n° 205-206 – février 2010 – INSEE).

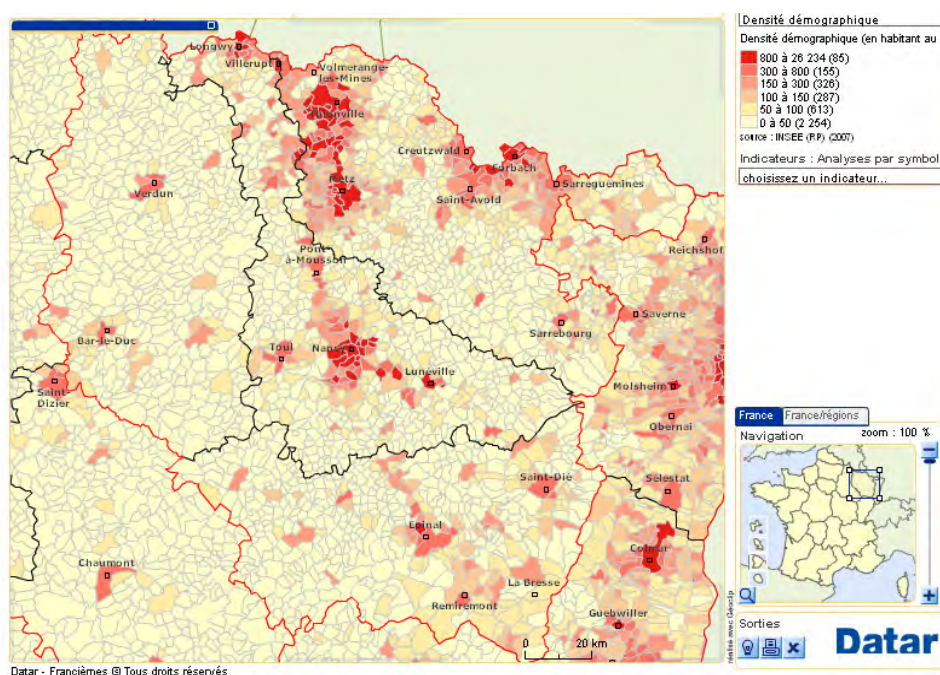
Huit lorrains sur dix résident donc dans l'espace à dominante urbaine. Cinq aires urbaines lorraines comptent plus de 100 000 habitants : Metz, Nancy, Thionville, Forbach et Hagondange-Briey.

**:: Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)**



### I.a.2.1.1. Une concentration spatiale de la population en « T inversé »

La répartition spatiale de la population lorraine forme un « T inversé ».



La plus grande partie de la population est en fait concentrée le long du « sillon mosellan » (qui s'étend du massif des Vosges au sud, aux marches du Luxembourg, de la Belgique et de l'Allemagne au nord, et traverse les villes d'Epinal, Nancy, Metz et Thionville) et autour de Forbach. Une zone de plus forte concentration s'étire également au sud de la Meurthe-et-Moselle, du lunévillois au toullois.

La densité de population (98 habitant par km²) est inférieure à la moyenne métropolitaine (108). Elle masque de surcroît de grandes disparités de répartition spatiale ; selon les départements, la densité de population varie de 30 hab./km² en Meuse et 167 hab./km² en Moselle.

| Age        | Population 2006    | Meurthe-et-Moselle* | Meuse*  | Moselle   | Vosges* | Lorraine  | France métropolitaine |
|------------|--------------------|---------------------|---------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 0-19       | Effectif           | 179 657             | 48 191  | 251 049   | 92 387  | 571 284   | 15 272 975            |
|            | Densité (hab./km²) | 34,9                | 7,6     | 40,4      | 15,7    | 24,3      | 28,1                  |
|            | Part               | 24,8%               | 24,8%   | 24,2%     | 24,3%   | 24,5%     | 24,7%                 |
| 20 - 59    | Effectif           | 396 904             | 102 850 | 575 216   | 198 648 | 1 273 619 | 33 126 570            |
|            | Densité (hab./km²) | 77,0                | 16,3    | 92,5      | 33,8    | 54,1      | 60,9                  |
|            | Part               | 54,7%               | 53,0%   | 55,5%     | 52,3%   | 54,5%     | 53,6%                 |
| 60 - 74    | Effectif           | 91 715              | 25 606  | 135 375   | 53 544  | 306 241   | 8 135 266             |
|            | Densité (hab./km²) | 17,8                | 4,1     | 21,8      | 9,1     | 13,0      | 15,0                  |
|            | Part               | 12,6%               | 13,2%   | 13,1%     | 14,1%   | 13,1%     | 13,2%                 |
| 75 - 84    | Effectif           | 44 795              | 13 624  | 60 699    | 26 931  | 146 050   | 3 948 148             |
|            | Densité (hab./km²) | 8,7                 | 2,2     | 9,8       | 4,6     | 6,2       | 7,3                   |
|            | Part               | 6,2%                | 7,0%    | 5,9%      | 7,1%    | 6,3%      | 6,4%                  |
| 85 et plus | Effectif           | 12 142              | 3 760   | 14 440    | 8 224   | 38 566    | 1 312 048             |
|            | Densité (hab./km²) | 2,4                 | 0,6     | 2,3       | 1,4     | 1,6       | 2,4                   |
|            | Part               | 1,7%                | 1,9%    | 1,4%      | 2,2%    | 1,7%      | 2,1%                  |
| Total      | Effectif           | 725 215             | 194 031 | 1 036 780 | 379 734 | 2 335 759 | 61 795 007            |
|            | Densité (hab./km²) | 140,7               | 30,8    | 166,8     | 64,7    | 99,2      | 113,6                 |

\* Les populations totales des départements de la Meuse, Meurthe-et-Moselle et des Vosges correspondent à l'agrégation de plusieurs TSP et ne respectent pas complètement les limites départementales.

Ces différences sont encore plus marquées par territoire de santé de proximité.



I.a.2.1.2. Un regain démographique accompagnant un mouvement de périurbanisation

Après une longue période de stagnation, la Lorraine renoue avec une croissance démographique (+0,2% l'an entre 1999 et 2006) mais nettement inférieure à la moyenne métropolitaine (+0,7% l'an).

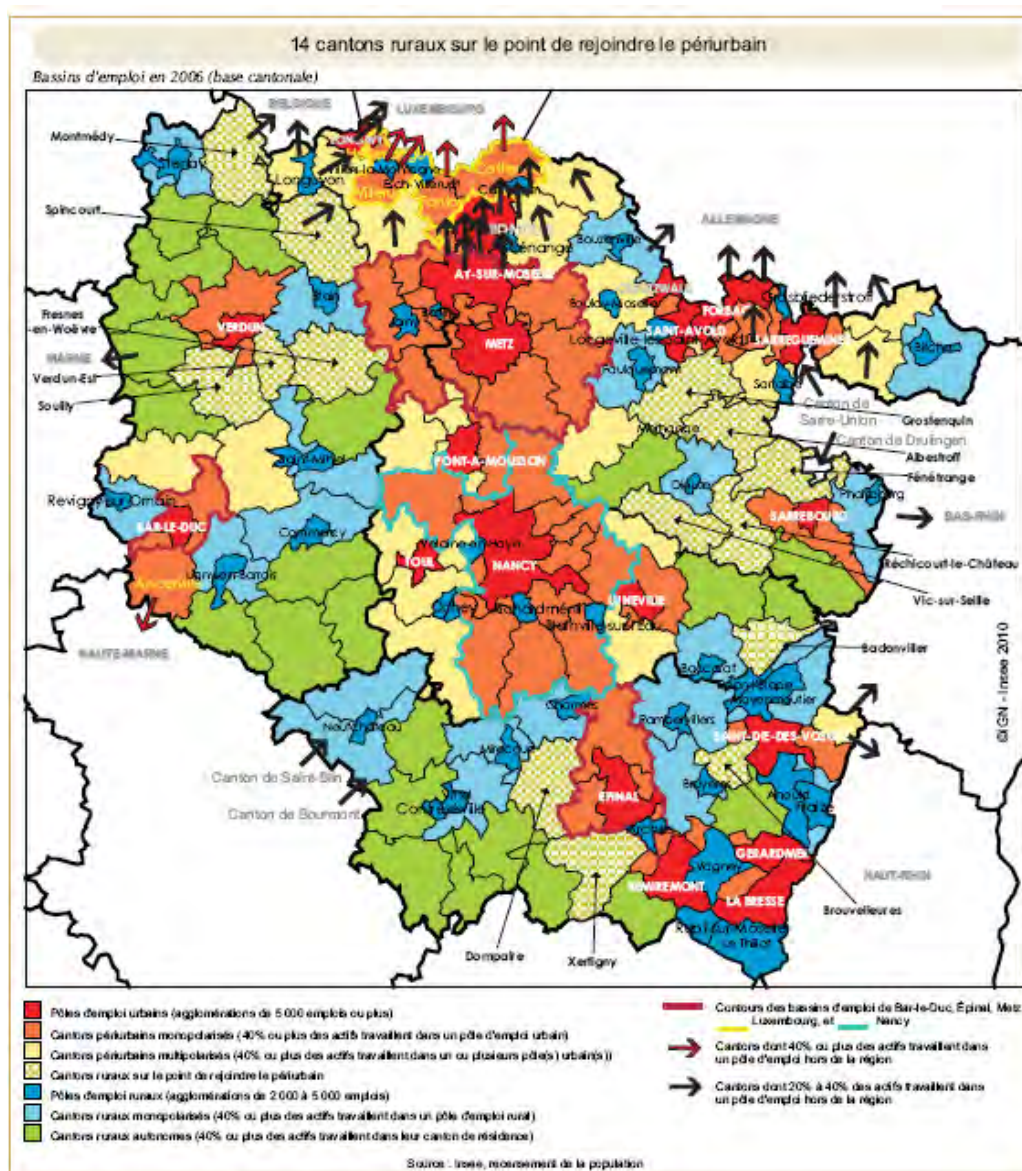
Le mouvement naturel a compensé les pertes de population dues au mouvement migratoire. Le solde migratoire est encore négatif, mais il a été divisé par six par rapport à ce qu'il était avant 1990 : quel que soit le type de ménage, les départs importants des couples avec enfants (55 200 personnes) ne sont pas compensés par les arrivées (45 900 personnes).

L'accroissement démographique profite surtout à la Meurthe-et-Moselle et à la Moselle, et à un degré moindre à la Meuse qui rompt avec des décennies de déclin démographique. Les Vosges continuent de perdre des habitants mais moins qu'auparavant.

Comme en France, le regain démographique se porte principalement dans les espaces périurbains, proches des villes et des grands pôles d'emplois. Dopés par l'économie résidentielle, ils contribuent notamment à l'émergence d'une **densification linéaire urbaine Nancy-Metz-Thionville**.

En revanche, le retour à la croissance des villes-centres et des banlieues des grandes agglomérations, observé en France, se fait encore attendre dans la région, à l'instar du renouveau du rural qui apparaît parcimonieux et fragile. L'engouement confirmé pour les communes rurales, corollaire du développement des mobilités quotidiennes domicile/travail, concerne prioritairement celles situées dans les secteurs les plus proches des villes, au-delà de leur sphère périurbaine. Un rajeunissement, lié à l'arrivée de couples avec de jeunes enfants, y accompagne l'essor démographique.

**14 cantons ruraux étaient ainsi tout proches en 2006 d'intégrer la sphère du périurbain** si ce n'est pas déjà fait : Badonviller (54) attiré par Lunéville et Baccarat ; Fresnes-en-Woëvre, Souilly et Verdun-Est (55) gagnés par Verdun, mais aussi Metz et Jarny pour Fresnes-en-Woëvre (55) ; Montmédy et Spincourt (55) où l'influence des marchés du travail (belge pour le premier et luxembourgeois pour le second) est grandissante ; Albestroff et Grostenquin (57), tournés de plus en plus vers Morhange et Saint-Avold ; Fénétrange et à un degré moindre Réchicourt-le-Château (57) placés dans l'orbite de Sarrebourg ; Vic-sur-Seille (57) où seulement un tiers des actifs résident et travaillent dans le canton ; Brouvelieures (88) qui s'est rapproché de Saint-Dié-des-Vosges ; et Dompaire et Xertigny (88) d'Épinal.



#### La.2.1.3. Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements

La façade ouest des deux départements ruraux, la Meuse et les Vosges, confirme une déprime démographique : la population diminue au fil des ans ; les jeunes partent vivre ailleurs, d'où un solde migratoire qui demeure négatif. Seule la population âgée reste, renforcée par l'accueil d'autres personnes âgées au sein d'établissements spécialisés.

Cette tendance dans l'ouest vosgien et l'ouest meusien contraste, d'une part, avec le mouvement de périurbanisation autour d'Epinal et de Saint-Dié des Vosges et, d'autre part, avec le renouveau démographique qui concerne la façade est du département de la Meuse et le sud-barrois et qui semble profiter du dynamisme du Sillon mosellan et des pays frontaliers (Belgique et Luxembourg) : la population se renouvelle et augmente avec l'arrivée de jeunes couples avec enfants en provenance des départements voisins et à la recherche d'un cadre de vie qui correspond à leurs attentes.

Dans les départements plus urbanisés de Meurthe-et-Moselle et de Moselle, l'essor démographique concerne les territoires périurbanisés dans un périmètre élargi autour des grandes agglomérations.

En Meurthe-et-Moselle, les gains de populations s'étendent jusqu'à Lunéville, Pont-à-Mousson, Toul, voire au-delà, jusqu'à une distance de 30 km. Il profite surtout aux communes de moins de 2 000 habitants et particulièrement à celles du sud-ouest meurthe-et-mosellan.

Le Pays-Haut connaît également un renouveau. Grâce à sa proximité avec Metz et Thionville, le territoire de Briey redevient attractif auprès des jeunes couples avec enfant(s). Celui de Longwy profite du boom du travail frontalier au Luxembourg.

En Moselle, la population s'accroît dans la bande frontalière avec le Luxembourg et dans certaines zones rurales, notamment la communauté de communes du Saulnois. A l'inverse, les cinq agglomérations et le Bassin Houiller stagnent ou régressent.

**Au total, à un dynamisme démographique dans le Pays Haut, autour de Thionville, Verdun, Lunéville et le sud-ouest Meurthe-et-Mosellan s'opposerait un déclin attendu dans le Barrois, la façade ouest de la Meuse et le sud-ouest vosgien, ainsi que dans le Bassin Houiller.**

### **I.a.2.2. Un vieillissement inéluctable de la population lorraine, avec des différences marquées entre zones urbaines ou périurbaines et zones rurales**

#### **I.a.2.2.1. Un vieillissement de la population déjà engagé**

**Le vieillissement de la population est en marche avec encore ici des différences marquées entre zones rurales et urbaines.**

Autrefois région relativement jeune, La Lorraine compte désormais une proportion (21%) de personnes âgées de 60 ans ou plus presque identique à la moyenne française. Avec une part des plus de 75 ans de 9 % en Meuse et 9,3 % dans les Vosges, contre 7,9% en Meurthe et Moselle et 7,2% en Moselle, vieillissement et isolement vont de paire.

**Des secteurs ruraux ou anciennement industriels «âgés» s'opposent à des secteurs urbains «jeunes» et à un renouveau démographique dans les espaces périurbains.**

#### **I.a.2.2.2. Selon les projections de population, un vieillissement appelé à s'accroître**

A l'horizon 2040, la population lorraine augmenterait très faiblement (+2%), comparée à l'évolution nationale (+15%). **La Lorraine se placerait ainsi à l'avant-dernière région métropolitaine en matière de dynamisme démographique**, devant la Champagne-Ardenne.

Le département de Meurthe-et-Moselle contribuerait majoritairement à cette évolution, même si l'accroissement projeté de population (+4,1% entre 2007 et 2040) serait modeste au regard des autres départements français (75<sup>ème</sup> rang des départements de métropole).

La Meuse profiterait également d'un regain démographique (+3,5%), qui s'inscrirait dans le prolongement de la tendance observée entre 1999 et 2007. La proximité de la Meurthe-et-Moselle en essor pourrait expliquer des échanges plus importants (du fait de la capacité de ce département à fournir de la population).

En Moselle, la population croîtrait jusqu'en 2025, date à laquelle les décès surpasseraient les naissances. Elle diminuerait ensuite jusqu'en 2040, sans toutefois être ramenée à son niveau de 2007. Au total, l'évolution serait de +1,1% sur l'ensemble de la période.

**Les Vosges, département lorrain le plus âgé (moyenne d'âge de 40,7 ans en 2007 et 46,7 ans en 2040), seraient quant à elles le seul département lorrain en déficit démographique (-0,6%).** La diminution de l'excédent des naissances sur les décès et la réduction du déficit migratoire expliqueraient cette atonie.

Par voie de conséquence, **la population lorraine est appelée à vieillir, de manière un peu plus soutenue qu'au niveau national** : dans l'hypothèse centrale, l'âge moyen en Lorraine passerait de 39 à 45 ans entre 2007 et 2040. Ce vieillissement serait un peu plus soutenu qu'au niveau national (de 39 à 43,7 ans). Toutefois, les régions les plus jeunes en 2007 le resteraient en 2040, la Lorraine en position médiane ne faisant pas exception.

A l'horizon 2031, en Lorraine, les moins de 20 ans seront de 10% moins nombreux.

Les plus âgés, les personnes de 85 ans et plus, représenteront 3,4% de la population contre 1,7% en 2006.

| Age        | Population 2031     | Meurthe-et-Moselle* | Meuse*  | Moselle   | Vosges* | Lorraine  |
|------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|---------|-----------|
| 0-19       | Effectif            | 169 059             | 43 529  | 218 508   | 78 909  | 510 004   |
|            | Part                | 22,8%               | 22,0%   | 21,0%     | 21,1%   | 21,6%     |
|            | Evolution 2006/2031 | -5,9%               | -9,7%   | -13,0%    | -14,6%  | -10,7%    |
| 20 - 59    | Effectif            | 365 208             | 90 240  | 499 835   | 163 829 | 1 119 111 |
|            | Part                | 49,2%               | 45,6%   | 47,9%     | 43,9%   | 47,5%     |
|            | Evolution 2006/2031 | -8,0%               | -12,3%  | -13,1%    | -17,5%  | -12,1%    |
| 60 - 74    | Effectif            | 120 789             | 37 788  | 195 904   | 75 326  | 429 807   |
|            | Part                | 16,3%               | 19,1%   | 18,8%     | 20,2%   | 18,2%     |
|            | Evolution 2006/2031 | 31,7%               | 47,6%   | 44,7%     | 40,7%   | 40,3%     |
| 75 - 84    | Effectif            | 63 393              | 19 476  | 94 075    | 39 764  | 216 708   |
|            | Part                | 8,5%                | 9,8%    | 9,0%      | 10,7%   | 9,2%      |
|            | Evolution 2006/2031 | 41,5%               | 43,0%   | 55,0%     | 47,7%   | 48,4%     |
| 85 et plus | Effectif            | 23 758              | 6 873   | 34 591    | 15 523  | 80 745    |
|            | Part                | 3,2%                | 3,5%    | 3,3%      | 4,2%    | 3,4%      |
|            | Evolution 2006/2031 | 95,7%               | 82,8%   | 139,6%    | 88,8%   | 109,4%    |
| Total      | Effectif            | 742 207             | 197 905 | 1 042 912 | 373 351 | 2 356 375 |
|            | Evolution 2006/2031 | 2,3%                | 2,0%    | 0,6%      | -1,7%   | 0,9%      |

Les disparités que l'on trouve au niveau départemental tant au niveau de la représentation par âge que de leur évolution entre 2006 et 2031, sont encore plus prononcées sur un maillage fin

**Population projetée 2031 par TSP****Population projetée 2031 par TSP source : INSEE**

| n°    | Age                   | 0-19           |              | 20 - 59                |                  | 60 - 74      |                        | 75 - 84        |              | 85 et plus             |             | Total          |                        |
|-------|-----------------------|----------------|--------------|------------------------|------------------|--------------|------------------------|----------------|--------------|------------------------|-------------|----------------|------------------------|
|       |                       | effectif       | Part         | Evolution<br>2006/2031 | effectif         | Part         | Evolution<br>2006/2031 | effectif       | Part         | Evolution<br>2006/2031 | Part        | effectif       | Evolution<br>2006/2031 |
| 1+2   | Verdun / St-Mihel     | 24 873         | 22,6%        | -5,1%                  | 51 186           | 46,5%        | -6,2%                  | 20 356         | 18,5%        | 51,6%                  | 37,6%       | 3 480          | 3,2%                   |
| 3     | Briey                 | 18 176         | 23,2%        | 1,5%                   | 37 172           | 47,5%        | -5,8%                  | 13 841         | 17,7%        | 25,4%                  | 12,0%       | 2 402          | 3,1%                   |
| 4     | Longwy                | 18 079         | 21,4%        | -5,8%                  | 42 019           | 49,8%        | -7,5%                  | 14 923         | 17,7%        | 25,5%                  | 11,4%       | 2 441          | 2,9%                   |
| 5     | Thionville            | 50 880         | 21,4%        | -4,7%                  | 117 894          | 49,7%        | -4,9%                  | 41 955         | 17,7%        | 36,8%                  | 8,1%        | 19 250         | 8,1%                   |
| 6     | Metz                  | 80 895         | 21,7%        | -11,6%                 | 183 870          | 49,3%        | -11,8%                 | 64 150         | 17,2%        | 41,0%                  | 8,6%        | 31 952         | 8,6%                   |
| 7     | Forbach               | 47 234         | 20,1%        | -21,7%                 | 106 629          | 45,4%        | -22,3%                 | 48 971         | 20,8%        | 49,8%                  | 10,2%       | 24 037         | 10,2%                  |
| 8     | Sarreguemines         | 18 769         | 18,9%        | -18,2%                 | 45 869           | 46,2%        | -17,9%                 | 21 423         | 21,6%        | 56,2%                  | 9,8%        | 9 762          | 9,8%                   |
| 9+10  | Dieuze / Sarrebourg   | 20 730         | 21,1%        | -9,6%                  | 45 573           | 46,4%        | -8,2%                  | 19 405         | 19,7%        | 51,4%                  | 9,2%        | 9 074          | 9,2%                   |
| 11+12 | Bar-le-Duc / Commercy | 18 656         | 21,2%        | -15,1%                 | 39 053           | 44,5%        | -19,1%                 | 17 432         | 19,8%        | 43,1%                  | 10,6%       | 9 286          | 10,6%                  |
| 13    | Neufchâteau           | 11 000         | 20,1%        | -18,5%                 | 23 324           | 42,5%        | -24,2%                 | 11 383         | 20,7%        | 30,8%                  | 11,8%       | 6 499          | 11,8%                  |
| 14    | Toul                  | 25 721         | 25,3%        | 1,9%                   | 48 037           | 47,2%        | -3,8%                  | 16 515         | 16,2%        | 50,9%                  | 8,4%        | 8 502          | 8,4%                   |
| 15    | Pont-à-Mousson        | 23 328         | 24,1%        | -6,0%                  | 45 150           | 46,7%        | -10,8%                 | 16 647         | 17,2%        | 36,3%                  | 8,8%        | 8 506          | 8,8%                   |
| 16    | Nancy                 | 64 058         | 21,4%        | -11,6%                 | 155 632          | 52,1%        | -9,4%                  | 43 916         | 14,7%        | 25,4%                  | 8,4%        | 25 177         | 8,4%                   |
| 17    | Lunéville             | 19 697         | 24,0%        | -1,7%                  | 37 199           | 45,2%        | -6,5%                  | 14 948         | 18,2%        | 40,9%                  | 9,1%        | 7 507          | 9,1%                   |
| 18    | Epinal                | 33 323         | 21,8%        | -13,6%                 | 69 907           | 45,8%        | -13,4%                 | 28 724         | 18,8%        | 43,0%                  | 9,7%        | 14 830         | 9,7%                   |
| 19    | St-Dié                | 19 246         | 22,2%        | -7,1%                  | 37 912           | 43,7%        | -12,5%                 | 17 585         | 20,2%        | 47,5%                  | 10,2%       | 8 840          | 10,2%                  |
| 20    | Remimont              | 15 339         | 19,4%        | -21,8%                 | 32 686           | 41,3%        | -25,3%                 | 17 633         | 22,3%        | 37,3%                  | 12,1%       | 9 595          | 12,1%                  |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
| 54    | Meurthe-et-Moselle*   | 169 059        | 22,8%        | -5,9%                  | 365 208          | 49,2%        | -8,0%                  | 120 789        | 16,3%        | 31,7%                  | 8,5%        | 63 393         | 8,5%                   |
| 55    | Meuse*                | 43 529         | 22,0%        | -9,7%                  | 90 240           | 45,6%        | -12,3%                 | 37 788         | 19,1%        | 47,6%                  | 9,8%        | 19 476         | 9,8%                   |
| 57    | Moselle               | 218 508        | 21,0%        | -13,0%                 | 499 835          | 47,9%        | -13,1%                 | 195 904        | 18,8%        | 44,7%                  | 9,0%        | 94 075         | 9,0%                   |
| 88    | Vosges*               | 78 909         | 21,1%        | -14,6%                 | 163 829          | 43,9%        | -17,5%                 | 75 326         | 20,2%        | 40,7%                  | 10,7%       | 39 764         | 10,7%                  |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b>          | <b>1 119 111</b> | <b>47,5%</b> | <b>-12,1%</b>          | <b>429 807</b> | <b>18,2%</b> | <b>40,3%</b>           | <b>9,2%</b> | <b>216 708</b> | <b>9,2%</b>            |
|       | <b>Total</b>          | <b>510 004</b> | <b>21,6%</b> | <b>-10,7%</b> </       |                  |              |                        |                |              |                        |             |                |                        |



**Là encore, des différences marquées devraient opposer les territoires ruraux et les territoires urbains.**

**Le vieillissement de la population, changement démographique majeur déjà engagé et appelé à se renforcer, pèserait sur les politiques publiques locales, notamment en termes d'accès aux équipements et services en milieu rural ;** la proportion des personnes âgées de 60 à 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées devrait passer de 25 000 (14%) à 31 000 en 2015. Or, seul un patient sur 5 est diagnostiqué aujourd'hui.

### **I.a.2.3. Un héritage industriel encore présent et une pauvreté monétaire localement élevée, tant urbaine que rurale, et concernant davantage les femmes**

#### **I.a.2.3.1. L'empreinte d'un passé industriel et l'ouverture sur les marchés du travail frontaliers**

En dépit d'un lourd tribut payé aux restructurations successives, l'industrie occupe aujourd'hui encore une place importante en Lorraine : en 2009, un peu moins de 20% des 860 000 salariés lorrains travaillent dans ce secteur (15% en France de province), ce qui place la Lorraine au 5<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour le poids de l'industrie dans l'appareil productif local.

En particulier, les ouvriers demeurent la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans le département des Vosges (44% des salariés du département), quelle que soit la zone d'emploi. Elle est imputable au caractère historiquement très industriel du département, et s'accompagne d'un fort taux de féminisation du travail, dû lui aussi aux activités locales dans l'industrie textile plus adaptées aux femmes (par opposition à la métallurgie présente dans le nord de la région par exemple).

Le secteur tertiaire pourvoit 73,7% des emplois en Lorraine, soit une proportion proche de celle de la France de province (74%).

En Lorraine, le phénomène frontalier représente une source de dynamisme important. Parmi les 95 000 frontaliers qui résident dans la région, près des trois quarts travaillent au Luxembourg, un sur cinq en Allemagne, principalement en Sarre, et 5 % en Wallonie. La Lorraine est une des régions où le chômage des jeunes est le plus fort, en dépit de l'importance du travail frontalier : 21,7% des demandeurs d'emploi ont moins de 25 ans, contre un peu plus de 19% en moyenne nationale.

#### **I.a.2.3.2. Un niveau de revenus relativement moins élevé en Lorraine couvrant des poches de pauvreté monétaire**

En termes de richesse par habitant (23 650 euros per capita, soit 2 300 euros de moins qu'au niveau national hors Île-de-France), la Lorraine figure en bas du tableau, précédant toutefois les régions Limousin, Languedoc-Roussillon et Picardie.

En 2008, la part des ménages fiscaux imposés est de 50% en Lorraine, soit presque 3 points de moins qu'au niveau national (hors Île-de-France). La moitié de la population lorraine vit dans un ménage qui déclare un revenu fiscal inférieur à 17 425 euros annuels par unité de consommation. Ce revenu médian est inférieur de 207 euros à celui observé en France de province. Il varie selon les départements, allant de 16 559 euros seulement dans la Meuse, à 18 013 euros en Meurthe-et-Moselle.

Au-delà du constat d'ensemble, des poches de pauvreté monétaire sont relevées à l'intérieur même des départements.

La pauvreté se concentre dans les espaces urbains et dans les bourgs ruraux.

Dans les grandes villes, qui concentrent à la fois les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres, c'est une pauvreté de personnes relativement plus isolées, du point de vue familial ou professionnel. A Nancy Grand Couronné par exemple, notamment marqué par un haut niveau de revenu, la dispersion des revenus y est plus forte, signe que des populations très aisées y côtoient d'autres très pauvres. A l'inverse, en Moselle, la pauvreté monétaire (15% de la population) concerne davantage l'agglomération de Metz, le Val de Fensch et surtout l'arrondissement de Forbach (21%) où elle perdure. **L'ampleur et la persistance de populations défavorisées sont à mettre en regard de celle de la localisation des ZUS : 22 des 38 ZUS de Lorraine sont situées en Moselle, dont 9 dans le seul arrondissement de Forbach.**

**À côté de cette pauvreté urbaine, existe aussi une pauvreté rurale, peut-être moins visible mais bien réelle.**

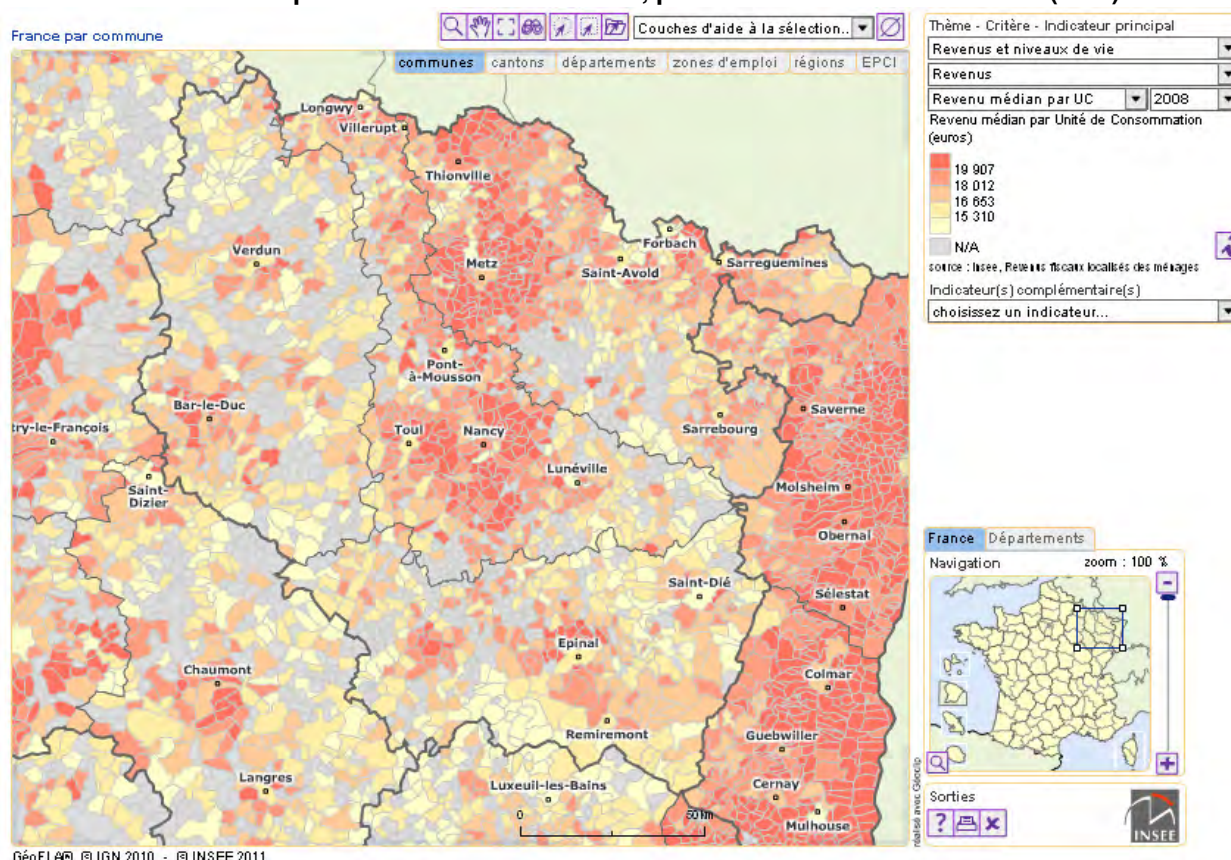
La pauvreté dans le rural concerne plutôt des familles de travailleurs pauvres. 16,6% des Vosgiens de moins de 65 ans vivent sous le seuil de bas revenu ; il s'agit de la proportion la plus élevée de la région devant la Meuse (16%) : **dans quinze communes vosgiennes, dont six sont chefs-lieux de canton, les habitants vivant sous le seuil de pauvreté représentent au moins 15% des moins de 65 ans : Bains-les-Bains, Celles-sur-Plaine, Châtenois, Corcieux, Darney, Dompierre, Fontenoy-le-Château, Grand, Grandvillers, Harsault, Lépanges-sur-Vologne, Monthureux-sur-Saône, Moussey.**

Les ménages meusiens disposent de revenus plus faibles mais moins dispersés que ceux des lorrains, signe que la population du département est plus homogène. Cette caractéristique est partagée avec les ménages vosgiens, hauts-marnais et hauts-saônois. La répartition spatiale des revenus fiscaux est marquée par le haut niveau de revenus des ménages résidant autour de Bar-le-Duc. À Verdun, si le revenu médian (13 500 euros) est proche de celui du département, il masque en revanche de très fortes disparités. L'écart est de 1 à 10, soit le plus fort de Meuse, entre les ménages les plus pauvres et les ménages les plus riches. A contrario, **les ménages des cantons de Montiers-sur-Saulx, Gondrecourt-le-Château, Dun-sur-Meuse, Montfaucon-d'Argonne et surtout Damvillers disposent d'un revenu relativement peu élevé, inférieur à 13 000 euros.** Éloignés des villes, ces cantons, par ailleurs souvent les plus âgés, comptent aussi le plus de ménages non imposés et la part la plus élevée des revenus tirés des pensions, retraites ou rentes.

**En Meurthe-et-Moselle, l'est du Lunévillois présente une pauvreté monétaire particulièrement élevée, notamment dans les trois cantons prioritaires : Badonvillers, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze.**

**De manière générale, la pauvreté monétaire touche davantage les femmes (60% des personnes recevant un bas salaire) que les hommes, en particulier les jeunes femmes** (43% des femmes disposant d'un bas salaire ont entre 16 et 29 ans). Des éléments indiquent que cette réalité est plus accentuée en Lorraine. Ce phénomène est lié à des taux d'activité et d'emploi nettement plus faibles que ceux des hommes, ainsi qu'à une charge familiale plus lourde surtout quand elles sont à la tête d'une famille monoparentale. D'autre part, lorsqu'elles ont un emploi, elles cumulent un salaire horaire moindre et des temps partiels plus importants. Localisés essentiellement dans les zones de Nancy, Thionville et Metz, ces bas salaires féminins sont proportionnellement plus concentrés dans la zone frontalière du nord de la Lorraine. Au contraire, les zones d'emploi de Nancy et Metz réservent une moindre surexposition des femmes aux bas salaires.

## Revenu médian par unité de consommation, par commune lorraine en 2008 (en €)



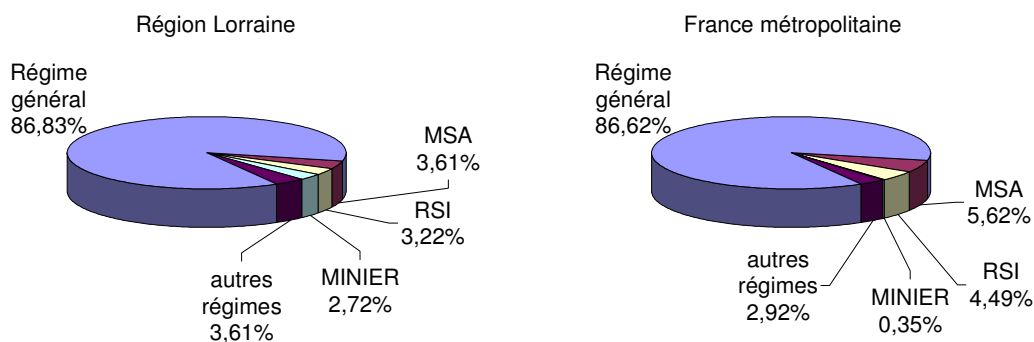
### I.a.3. Population par caisse d'affiliation

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007,

- 86,8 % de la population protégée lorraine appartient au régime général (RG),
- 3,6 % à la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
- 3,2 % au Régime Social des Indépendants (RSI),
- 2,7 % au Régime minier,

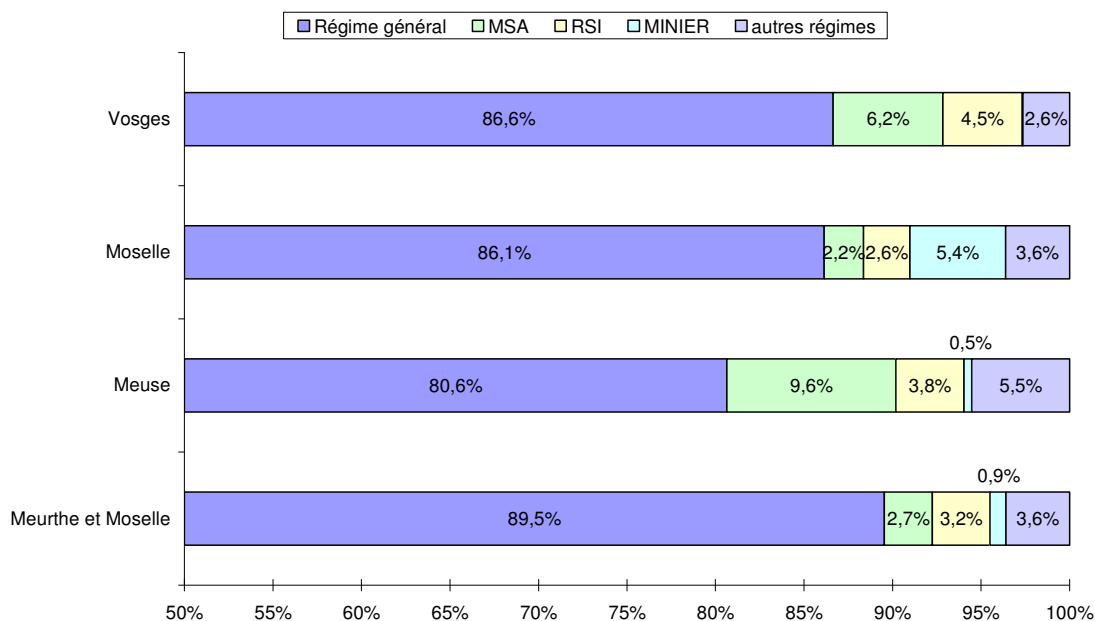
Les autres régimes (Marins, RATP, Banque de France, Militaires, Clercs de notaires, cultes et non ventilés) représentent 3,6 %.

### La population protégée en Lorraine



La comparaison avec les données moyennes françaises permet de constater que le poids du régime minier est beaucoup plus important dans la région qu'en France avec des valeurs respectives de 2,7 % et de 0,3 %.

### La population protégée par régime et par département



La population minière est particulièrement présente en Moselle (5.4 % de la population protégée mosellane).

Les bénéficiaires du régime agricole sont eux plus nombreux dans les départements ruraux de la Meuse (9,6 % de la population protégée meusienne) et des Vosges (6,2 % de la population protégée vosgienne).

*autres régimes : Marins, RATP, Banque de France, Militaires, Clercs de notaires, cultes et non ventilés.*

*sources : CNAMTS, MSA, RSI - Estimation au 01/01/2007.*

#### Le régime local :

Environ 1,4 millions de cotisants et 2,2 millions de bénéficiaires relèvent du régime local complémentaire et obligatoire, dérogatoire par rapport au système de protection sociale en vigueur dans le reste de la France.

Les cotisants sont les salariés du commerce et de l'industrie acquittant la cotisation supplémentaire qui sont :

- salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France, ou
- salariés travaillant dans l'un des trois départements concernés pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements.

Les chômeurs, préretraités, les titulaires de pension d'invalidité ou vieillesse qui relevaient du régime durant leur activité ainsi que leurs ayants-droit bénéficient du régime local.

Les frontaliers sont aussi dans ce cas.

Le régime se caractérise par un **montant des cotisations** supplémentaires et un **niveau des prestations** plus élevé.

**Niveau des prestations des bénéficiaires du régime local**

Source : CRAM ALSACE

|                                                                                                                                                   | REGIME GENERAL     | REGIME LOCAL                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE</u></b>                                                                                                    |                    |                                                                                                                        |
| Hospitalisation pour actes thérapeutiques importants (actes > K 50) ou séjours > à 30 jours                                                       | 100 %              | Prise en charge par le régime local du forfait de 18 € pour les actes supérieurs à 91 € (Hospitaliers ou ambulatoires) |
| Hospitalisation pour actes < K 50 ou séjours < à 30 jours                                                                                         | 80 %               | 100 %                                                                                                                  |
| Soins externes :<br>honoraires des praticiens<br>honoraires des auxiliaires médicaux                                                              | 70 %<br>60 %       | 90%<br>90 %                                                                                                            |
| Transport : Transfert                                                                                                                             | 100 %              | -                                                                                                                      |
| Forfait journalier hospitalier                                                                                                                    | Non remboursé      | 100 %                                                                                                                  |
| <b><u>HORS ETABLISSEMENTS DE SANTE</u></b>                                                                                                        |                    |                                                                                                                        |
| Honoraires des praticiens (1)                                                                                                                     | 70 %               | 90 %                                                                                                                   |
| Honoraires des auxiliaires médicaux (1)                                                                                                           | 60 %               | 90 %                                                                                                                   |
| Médicaments à vignette blanche                                                                                                                    | 65 %               | 90 %                                                                                                                   |
| Médicaments à vignette bleue                                                                                                                      | 35 %               | 80 %                                                                                                                   |
| Médicaments reconnus irremplaçables et particulièrement coûteux                                                                                   | 100 %              | 100 %                                                                                                                  |
| Transports (1)                                                                                                                                    | 65 %               | 100 %                                                                                                                  |
| Analyses et examens de biologie (2)                                                                                                               | 60 %               | 90 %                                                                                                                   |
| Frais d'appareillage (2)                                                                                                                          | 65 %               | 90 %                                                                                                                   |
| Appareillages                                                                                                                                     | 100 %              | -                                                                                                                      |
| Cures thermales : Prestations légales :<br>forfait thermal<br>honoraires prestations supplémentaires<br>frais de transport et frais d'hébergement | 65%<br>70%<br>65 % | 90%<br>90%<br>-                                                                                                        |

(1) Pour les titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et leurs ayants-droits, le taux de remboursement est de 100%.

(2) Pour les titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et leurs ayants-droits, le taux de remboursement est de 80%.

L'exonération du ticket modérateur est accordée : à tous les assurés en ALD et à certaines catégories d'assurés (invalides, RMI...).

**L'Instance de gestion du régime local** n'assure pas directement le recouvrement des cotisations (URSSAF), ni le service des prestations (CPAM), car elle s'appuie sur les réseaux existants pour le régime général.

Il est à noter qu'il existe parallèlement un régime local des salariés du régime agricole. Mais la coordination entre les deux régimes n'est pas inscrite dans les textes ; les modalités de financement sont différentes et chaque régime a sa propre instance de gestion.



Ce Taux de remboursement plus élevé des bénéficiaires du régime local, peut induire des comportements de consommation et de pratiques médicales différents. Les coûts de la santé étant amoindris pour les assurés du régime local, les pratiques en Moselle peuvent être impactées par une consommation de soins différente (médicaments génériques, transports, ...) et une moindre importance de déclaration des ALD.

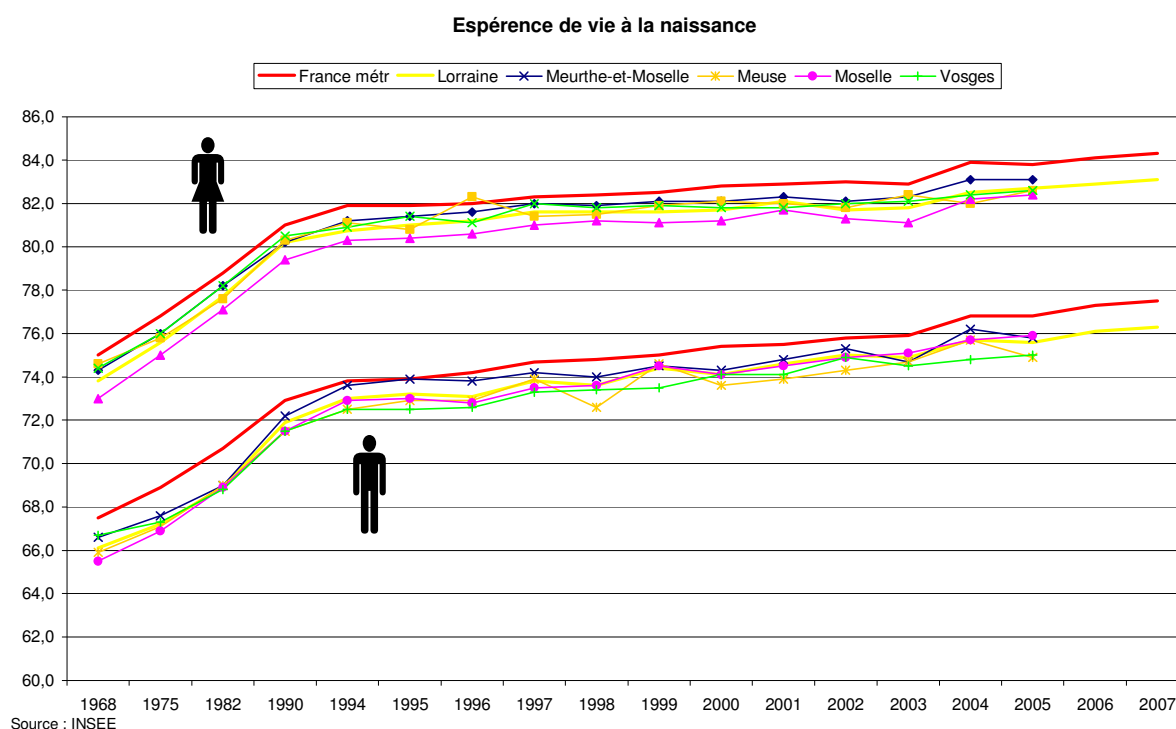
## I.b. Etat de santé : des inégalités devant la santé particulièrement marquées

Les indicateurs de santé s'améliorent mais restent préoccupants.

### I.b.1. Espérance de vie de 1968 à 2005 : un niveau inférieur à la moyenne nationale en dépit d'une augmentation continue

« Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en 2009) continue de progresser, mais l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire : en dix ans, les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

En 2007, que ce soit chez les hommes ou les femmes, l'espérance de vie des lorrains est inférieure de 1,2 ans par rapport à la France. Loin des 79 ans des hommes de l'Île de France, les hommes lorrains n'affichent qu'une espérance de vie à la naissance de 76,3 ans (17ème rang sur 22 régions métropolitaines). Ce n'est pas mieux pour les femmes lorraines qui avec 83,1 ans place la Lorraine à la 20ème place, bien loin de la région Rhône Alpes où les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 85,2 ans.



En 2005, l'espérance de vie la plus basse est de 82,4 ans pour les Mosellanes. Pour les hommes, ce sont les Meusiens et les Vosgiens qui affichent une espérance de vie en dessous du niveau régional (respectivement : 74,9 ans et 75 ans).

## **I.b.2. Un état de santé inquiétant en termes de mortalité et de morbidité**

### **I.b.2.1. Causes de mortalité et de morbidité**

Le plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2009 constatait que, tous âges confondus, la Lorraine accuse une surmortalité par rapport à la France : entre 2000 et 2002, le taux comparatif de mortalité lorrain dépasse la moyenne française de 11% chez les hommes et de 12% chez les femmes. L'opposition Sud-Ouest (moindre mortalité comparative) / Nord-Est (surmortalité plus élevée) est plus accentuée pour les femmes que pour les hommes.

La Lorraine se place de fait au 8<sup>ème</sup> rang des régions pour les hommes et au 5<sup>ème</sup> pour les femmes. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent 57% des décès. Relativement à la situation nationale, les taux comparatifs de mortalité étaient, sur la période 2005-2007, les plus élevés dans les territoires de santé de proximité du Bassin Houiller et de Metz.

« En France, la mortalité prématurée demeure plus élevée que dans les autres pays européens (...). Ces décès avant 65 ans représentent environ 20% de l'ensemble des décès et concernent pour près de 70% d'entre eux des hommes. Environ un tiers sont associés à des causes de décès « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides etc.). » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

Selon le PRSP 2006-2009, la mortalité prématurée, survenant avant 65 ans, est également plus élevée de 7 à 8% selon les genres en Lorraine par rapport à la France métropolitaine. Elle se trouve principalement liée à des facteurs à risques.

Les territoires les plus concernés par la mortalité prématurée sont :

- Territoires de Verdun, Haut Val de Meuse, et Vosges Centrales : traumatismes et tumeurs
- Territoires de Briey et de la Déodat : traumatismes et maladies cardiovasculaires
- Territoire de Sarreguemines, Bitch, Sarralbe : maladies cardiovasculaires et endocriniennes
- Territoire de Lunéville : tumeurs et maladies cardiovasculaires
- Territoire du Saulnois : pour la plupart des causes de décès.

En termes de morbidité, le diabète connaît une prévalence régionale forte ; la Moselle est le département lorrain le plus touché. L'obésité concerne 11,2% de la population, hissant la Lorraine au 6<sup>ème</sup> rang parmi les régions françaises.

### **I.b.2.2. Personnes en ALD**

« Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste de trente affections (ALD 30) ouvre droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires, etc.). À cette liste, s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les poly pathologies invalidantes (ALD 32) » - *CNAMTS.*

« Pour l'assurance maladie, l'enjeu est majeur : les dépenses liées aux ALD concentrent en 2008 environ les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. S'il s'agit d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins fournis, l'enjeu est aussi de retarder la survenue de la maladie, ou son processus naturel d'aggravation, par des actions de prévention, pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge.

Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent trois quarts des ALD en 2009 en Lorraine. La prévalence des ALD pour diabète est plus importante de près de 20% qu'au niveau national.

### Prévalence des ALD en Lorraine au 31/12/2009

Source Cnamts – DSES

| Intitulé de l'affection                                        | Taux de prévalence pour 100 000 personnes en ALD au 31/12/2009 - données régime général |              |              |              |              |             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
|                                                                | Meurthe-et-Moselle                                                                      | Meuse        | Moselle      | Vosges       | Lorraine     | France      |
| Maladie cardiovasculaire                                       |                                                                                         |              |              |              |              |             |
| <i>Hypertension artérielle sévère (ALD 12)</i>                 | 1 393                                                                                   | 1 246        | 2 675        | 1 217        | 1 884        | 1999        |
| <i>Maladie coronaire (ALD 13)</i>                              | 1 600                                                                                   | 1 681        | 1 765        | 1 480        | 1 654        | 1518        |
| <i>Insuf. cardiaque grave (ALD 5)</i>                          | 1 015                                                                                   | 1 144        | 1 221        | 987          | 1 105        | 1097        |
| <b>Artériopathie chronique (ALD 3)</b>                         | <b>892</b>                                                                              | <b>933</b>   | <b>949</b>   | <b>832</b>   | <b>907</b>   | <b>729</b>  |
| <i>Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1)</i>         | 413                                                                                     | 449          | 499          | 419          | 453          | 462         |
| Tumeur maligne (ALD 30)                                        | 3 133                                                                                   | 3 353        | 3 196        | 2 739        | 3 104        | 3128        |
| <b>Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)</b>          | <b>3 708</b>                                                                            | <b>3 445</b> | <b>3 891</b> | <b>3 298</b> | <b>3 693</b> | <b>3084</b> |
| Affection psychiatrique de longue durée (ALD 23)               | 962                                                                                     | 1 120        | 962          | 1 065        | 990          | 1727        |
| Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)             | 389                                                                                     | 402          | 548          | 351          | 451          | 558         |
| Maladie d'Alzheimer et autre démence (ALD 15)                  | 380                                                                                     | 368          | 446          | 387          | 405          | 421         |
| Affection neurologique et musculaire, épilepsie (ALD 9)        | 316                                                                                     | 370          | 353          | 361          | 343          | 369         |
| Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22)               | 301                                                                                     | 318          | 349          | 256          | 315          | 299         |
| Maladie chronique active du foie et cirrhose (ALD 6)           | 252                                                                                     | 195          | 308          | 173          | 258          | 284         |
| Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn (ALD 24)          | 235                                                                                     | 259          | 246          | 172          | 231          | 196         |
| <b>Néphropathie chronique et syndrome néphrotique (ALD 19)</b> | <b>199</b>                                                                              | <b>178</b>   | <b>182</b>   | <b>168</b>   | <b>184</b>   | <b>167</b>  |
| Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD 7)     | 78                                                                                      | 41           | 63           | 55           | 65           | 164         |
| Maladie de Parkinson (ALD 16)                                  | 110                                                                                     | 121          | 135          | 102          | 119          | 151         |
| Spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27)                     | 102                                                                                     | 80           | 114          | 78           | 102          | 118         |
| <b>Sclérose en plaques (ALD 25)</b>                            | <b>159</b>                                                                              | <b>149</b>   | <b>159</b>   | <b>134</b>   | <b>154</b>   | <b>112</b>  |
| PAN, LEADc, sclérodermie généralisée évolutive (ALD 21)        | 65                                                                                      | 68           | 80           | 51           | 69           | 95          |
| Maladie métabolique héréditaire (ALD 17)                       | 68                                                                                      | 61           | 65           | 63           | 65           | 83          |
| Paraplégie (ALD 20)                                            | 66                                                                                      | 57           | 51           | 67           | 59           | 58          |
| Hémophilie et affection de l'hémostase grave (ALD 11)          | 29                                                                                      | 33           | 51           | 27           | 39           | 43          |
| <b>Scoliose structurale évolutive (ALD 26)</b>                 | <b>43</b>                                                                               | <b>46</b>    | <b>41</b>    | <b>45</b>    | <b>42</b>    | <b>35</b>   |
| Insuffisance médullaire (ALD 2)                                | 23                                                                                      | 19           | 19           | 22           | 21           | 22          |
| Hémoglobinoopathie, hémolyse (ALD 10)                          | 10                                                                                      | 10           | 10           | 9            | 10           | 22          |
| Tuberculose active, lèpre (ALD 29)                             | 15                                                                                      | 13           | 11           | 9            | 12           | 18          |
| <b>Suites de transplantation d'organe (ALD 28)</b>             | <b>13</b>                                                                               | <b>16</b>    | <b>15</b>    | <b>17</b>    | <b>15</b>    | <b>11</b>   |
| Mucoviscidose (ALD 18)                                         | 11                                                                                      | 12           | 10           | 12           | 11           | 10          |
| Bilharziose compliquée (ALD 4)                                 | 0                                                                                       | 0            | 0            | 0            | 0            | 0           |

Pour les pathologies graves, avec des critères d'admission indiscutables, la géographie du taux global d'ALD (prévalence) est bien corrélée avec celle de la mortalité et des facteurs de risque, mis en évidence par les données épidémiologiques. C'est le cas du diabète, du cancer du poumon, de la cirrhose du foie, de la sclérose en plaques.

En revanche, pour l'hypertension artérielle sévère ou les affections psychiatriques, la corrélation avec les données épidémiologiques est moins évidente. Les critères d'admission en ALD laissent sans doute une marge d'interprétation plus importante pour ces pathologies, et des effets d'offre de soins peuvent également se faire sentir.



### I.b.2.3. Santé mentale

Voir SROS-PRS volet hospitalier

## I.b.3. Des déterminants de santé préoccupants

### I.b.3.1. Prévalence de l'obésité

« Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, l'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (...).

La prévalence de la **surcharge pondérale** (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre d'obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

D'après l'enquête du cycle triennal auprès des élèves de grande section de maternelle, année scolaire 2005-2006 de la DREES, le taux d'obésité des enfants lorrains est au niveau de la moyenne nationale (3,1%). Mais il devient supérieur au niveau national si on s'intéresse au surpoids ; 14% des enfants lorrains sont en surpoids (y compris obésité) alors que la France affiche un taux de 12,1 %. La Lorraine est derrière l'Alsace, la Corse et la Picardie la 4ème région française ayant le plus d'enfants en surpoids.

### I.b.3.2. Conduites addictives (tabac, alcool)

La consommation d'alcool :

« **L'excès de consommation d'alcool** est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

D'après le baromètre Santé 2005 de l'INPES, la proportion consommateurs quotidiens d'alcool entre 15 et 75 ans est de 14 en Lorraine contre 14,4 en France.

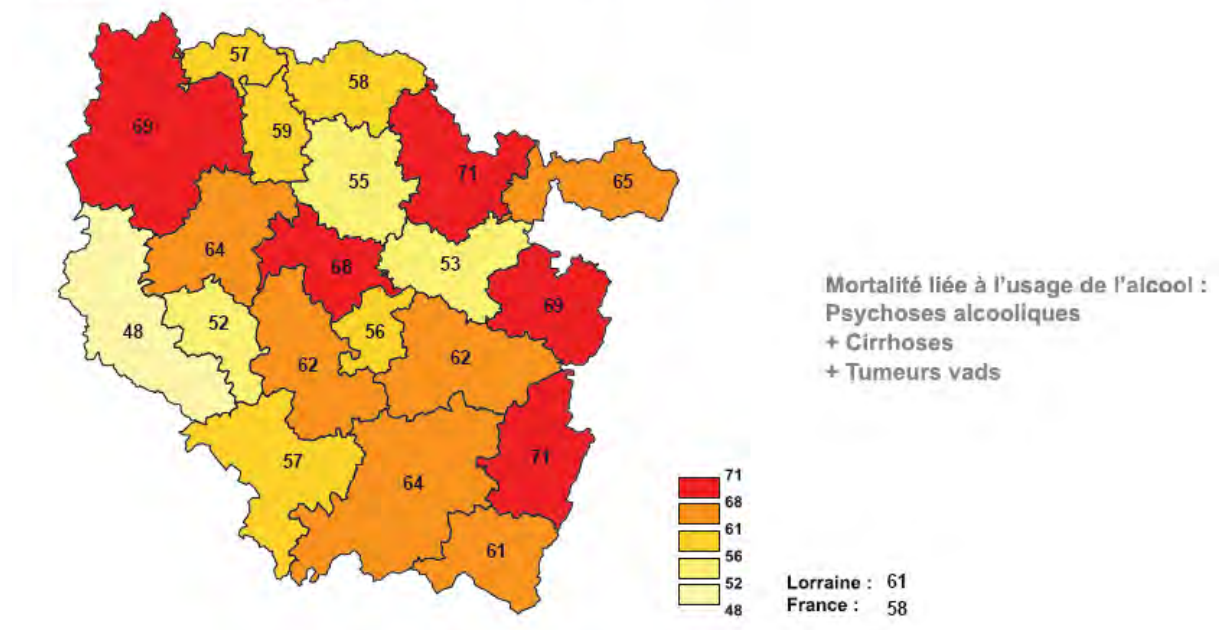
Le taux comparatif de mortalité pour l'ensemble des trois principales causes de décès liées à l'alcool en 2003-2006 par région est de 61 pour 100 000 hommes lorrains (58 en France métropolitaine) et 13 pour 100 000 femmes en Lorraine comme en France métropolitaine.

## Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool

Source : ORSAS

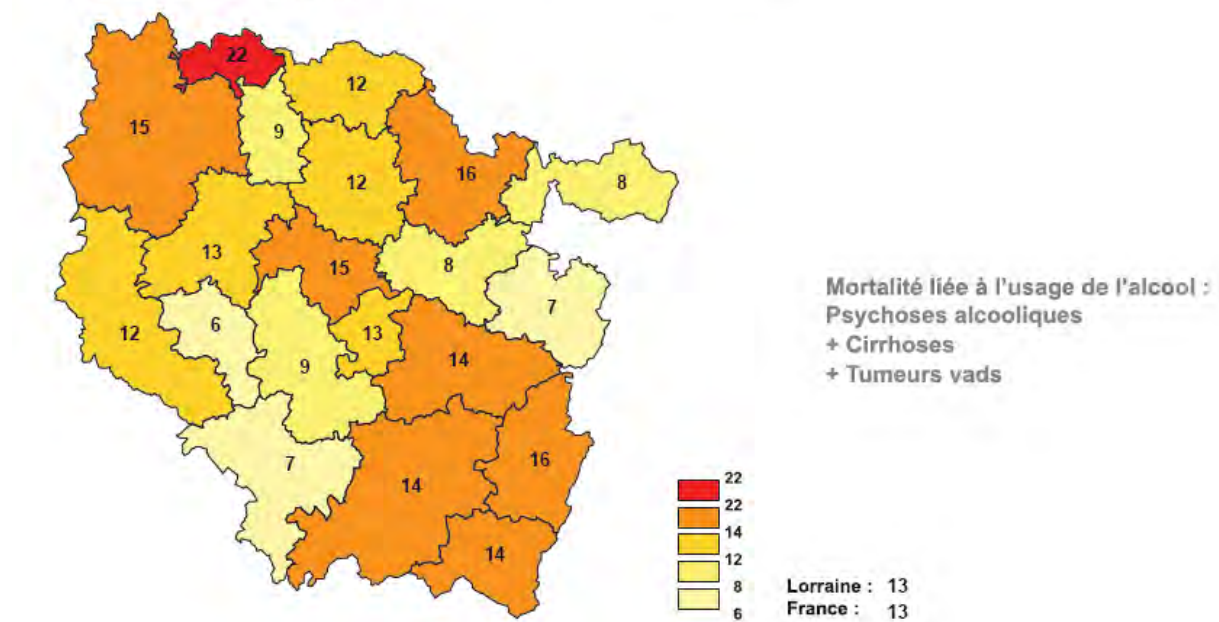
### Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool - Hommes

Taux pour 100 000 habitants 2003-2005



### Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool - Femmes

Taux pour 100 000 habitants 2003-2005



## Le tabagisme :

« Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, **le tabagisme** est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13% de la mortalité avant 65 ans (15,4% pour les hommes) (...).

Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est certainement considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes (...).

Le **tabagisme passif** a par ailleurs été identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation est devenue très contraignante, autorisant seulement le tabac dans des « salles fermées et ventilées ». Le décret de 2006 paraît avoir radicalement modifié l'exposition au tabac dans les lieux destinés à un usage collectif. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac (...). Pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, le décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres. Le décret est entré en vigueur le 1er février 2007 pour les milieux professionnel, scolaire et sanitaire et le 1er janvier 2008 pour les lieux de convivialité. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

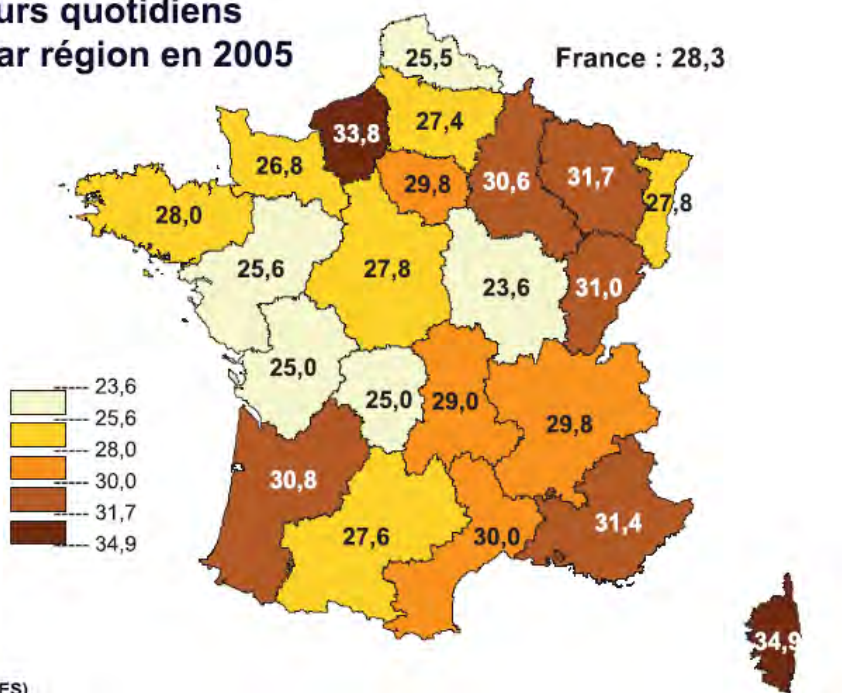
D'après le baromètre Santé 2005 de l'INPES, la proportion de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans est de 31,7 en Lorraine contre 28,3 en France.

Le taux comparatif de mortalité liée au tabac en 2003-2005 est de 146,3 pour 100 000 en Lorraine contre 123,9 en France.

### Proportion de fumeurs quotidiens et taux de mortalité par maladie liée au tabac

Source : ORSAS

#### Proportion de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans par région en 2005

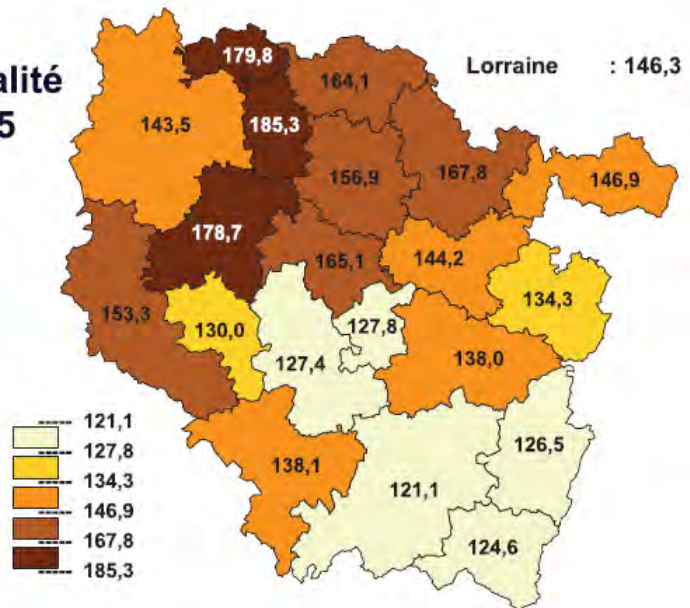


Source : Baromètre Santé 2005 (INPES)

## Taux comparatifs de mortalité liée au tabac\* en 2003-2005 Taux pour 100 000

Mortalité liée à l'usage du tabac :  
Bronchites chroniques  
et maladies pulmonaires obstructives  
+ tumeurs de la trachée, des bronches  
et du poumon + tumeurs VADS  
+ cardiopathies ischémiques

Hommes et Femmes



### I.b.4. Des difficultés d'accès aux soins

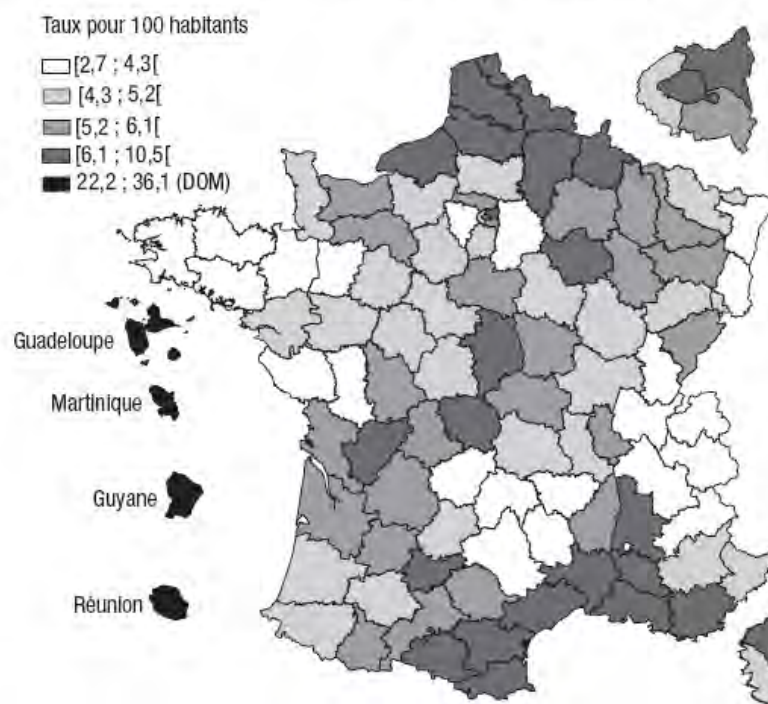
#### I.b.4.1. Disparités sociales

« À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels (...).

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*



### Bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2008 par département



**Champ :** France entière (France métropolitaine + DOM).

**Sources :** CNAMTS, RSI, CCMSA.

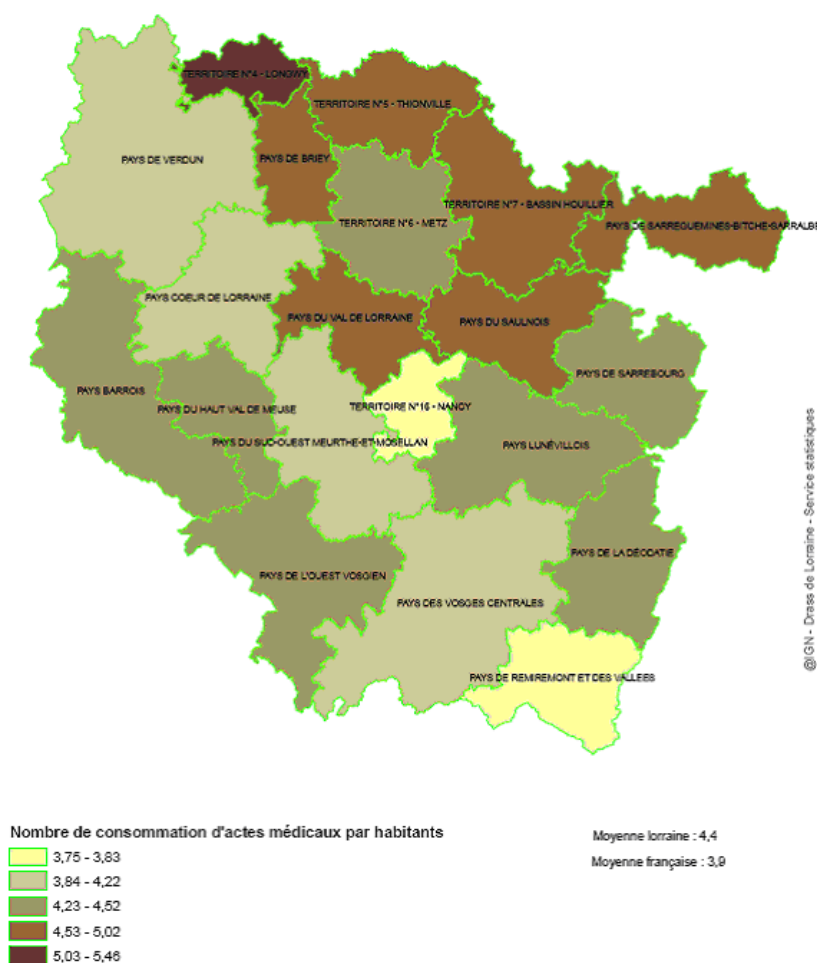
*CMUC : couverture maladie universelle complémentaire*

#### I.b.4.2. Consommation de soins

Le nombre d'actes médicaux libéraux consommés par habitants est en moyenne supérieur en Lorraine avec 4,4 actes par an contre 3,9 en France.

C'est en Moselle et dans le nord de la Meurthe et Moselle que cette consommation est la plus importante.

Nombre de consommations d'actes médicaux libéraux par habitants  
Tous régimes confondus  
au 31/12/2007



### I.b.4.3. Recours aux soins

- Des distances d'accès aux professionnels de santé variables en Lorraine avec des disparités territoriales marquées :

*Voir description de l'offre ambulatoire libérale*

- Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites :

D'après les données de l'enquête Santé protection sociale (EPS) réalisée par l'IRDES en 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7 %). Il est maximal entre 40 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Le taux de renoncement aux soins dentaires ou optiques diminue à mesure que le revenu augmente. Il est plus important chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie (CMUC ou complémentaire privée).

Le renoncement aux soins pour raisons financières peut aussi résulter d'une offre médicale de médecins pratiquant des **dépassements d'honoraires** (praticiens de secteur 2) prédominante sur un secteur géographique.

Dans son rapport de septembre 2010, la conférence nationale de santé s'est intéressée au refus de soins. Après une typologie des refus de soins, distinguant notamment les refus licites et illicites, la conférence souligne que la persistance des risques de refus est attestée par diverses enquêtes et que le témoignage des associations confirme que le risque de refus de soins se concrétise pour une part minoritaire mais significative des populations démunies.

### I.b.5 Un état de santé dégradé dans les quartiers de la politique de la ville

Les habitants des quartiers de la politique de la ville cumulent des difficultés urbaines, économiques et sociales. Le rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) pour 2009 souligne, par exemple, que les habitants des quartiers en zones urbaines sensibles (ZUS) souffrent d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé. Cette situation s'explique principalement par des caractéristiques socio-économiques des habitants des quartiers prioritaires mais également, pour un certain nombre de territoires, par un déficit de l'offre de soins ambulatoire.

Ainsi, selon ce rapport, 26% des habitants des ZUS déclarent avoir renoncé à des soins pour un motif économique au cours de l'année, contre 15% pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, on constate dans les quartiers en ZUS une plus faible présence médicale : la densité des médecins généralistes en ZUS est inférieure de 47% à celle observée dans les unités urbaines environnantes. Celle de spécialistes est inférieure de 74%. Le même constat peut être fait dans le secteur paramédical : la densité d'infirmiers en ZUS est inférieure de 63% à celle observée dans les agglomérations urbaines.

Les ZUS présentent également :

- des indicateurs de santé globalement plus défavorables que pour le reste de la population ;
- un mauvais état de santé ressenti par la population ;
- un recours des habitants à l'hospitalisation et aux urgences hospitalières plus fréquent ;
- un recours moins fréquent à un spécialiste.

De plus, la prise en charge des besoins de santé des patients issus des quartiers sensibles présente des caractéristiques particulières. En effet, la précarité induit des consultations plus longues, des pathologies plus lourdes et des situations complexes où sont imbriqués des problèmes médicaux, sociaux, psychologiques... A cela s'ajoutent les difficultés d'accès économique à l'offre de soins, notamment para médicale ou de spécialistes.

Plusieurs freins ont été identifiés à l'installation des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville, liés notamment à la réputation, justifiée ou non, dont pâtissent ces quartiers et à leur faible attractivité économique. Ces freins à l'installation complexifient la mise en œuvre de dynamiques collectives tandis que les réalités sociales et économiques des habitants ainsi que le déficit d'offre de soins obligent à réaliser des diagnostics territoriaux approfondis. Par ailleurs, les dépenses pour les structures de soins de premier recours dans les territoires prioritaires de la politique de la ville peuvent être accentuées par une nécessité de sécurisation des locaux et du matériel.

Enfin, des caractéristiques peuvent influencer le choix quant au statut juridique même de la structure, par exemple pour pouvoir bénéficier de subventions publiques spécifiques.

**En savoir plus :**

L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 –juillet 2010

<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>

Site internet du "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie"

<http://www.cmu.fr/>

Rapport Irdes N° 1800 - Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 - Juin 2010 - IRDES

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Etude et résultats N° 717 - Santé et recours aux soins des femmes et des hommes Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 Février 2010 – DRESS

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

LE TABLEAU de BORD de la SANTÉ en LORRAINE - Années 2004-2008 -UC-Centre de Médecine Préventive Vandœuvre-lès-Nancy

[http://www.cmp.u-nancy.fr/publications\\_CMP/tabord/TB\\_LORRAINE\\_DEF\\_web.pdf](http://www.cmp.u-nancy.fr/publications_CMP/tabord/TB_LORRAINE_DEF_web.pdf)

Atlas de la santé des lorrains - Septembre 2010 – ORSAS Lorraine

Première partie : CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

<http://www.orsas.fr/ARS/atlas1.pdf>

Seconde partie : ÉTAT DE SANTÉ, PATHOLOGIES

<http://www.orsas.fr/ARS/atlas2.pdf>

Economie Lorraine n° 212 : Meuse : le clivage démographique est /ouest se confirme

- Mars 2010 – INSEE

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/lor/themes/EL/EL212/EL212.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL212/EL212.pdf)

Économie Lorraine n° 205-206 - Nouvelles ruralités en Lorraine : un «désir de campagne» limité à quelques espaces résidentiels et récréatifs - Février 2010 – INSEE

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/lor/themes/EL/EL205-206/EL205-206.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL205-206/EL205-206.pdf)

Points de repère n° 27 : Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 – Décembre 2009 - CNAMTS

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/27 - ALD 2008.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/27_-_ALD_2008.pdf) D'après les données de l'enquête



## II. Description de l'offre ambulatoire

*A noter : début 2009, plus de 34 000 professionnels de la santé exercent en Lorraine, à titre libéral ou salarié. Les infirmiers diplômés d'État représentent 56% de ces professionnels, les médecins, généralistes ou autres spécialistes, 20%.*

### II.a. Offre ambulatoire libérale

#### II.a.1. Offre de premier recours : des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment dans les territoires enclavés et les anciennes zones minières

D'après la publication STATISS infos sur « l'accès aux soins de premier recours en Lorraine : des difficultés en zones rurales » de la DRASS Lorraine de septembre 2007, le recours aux soins de proximité n'est pas aussi aisé en Lorraine qu'au plan national.

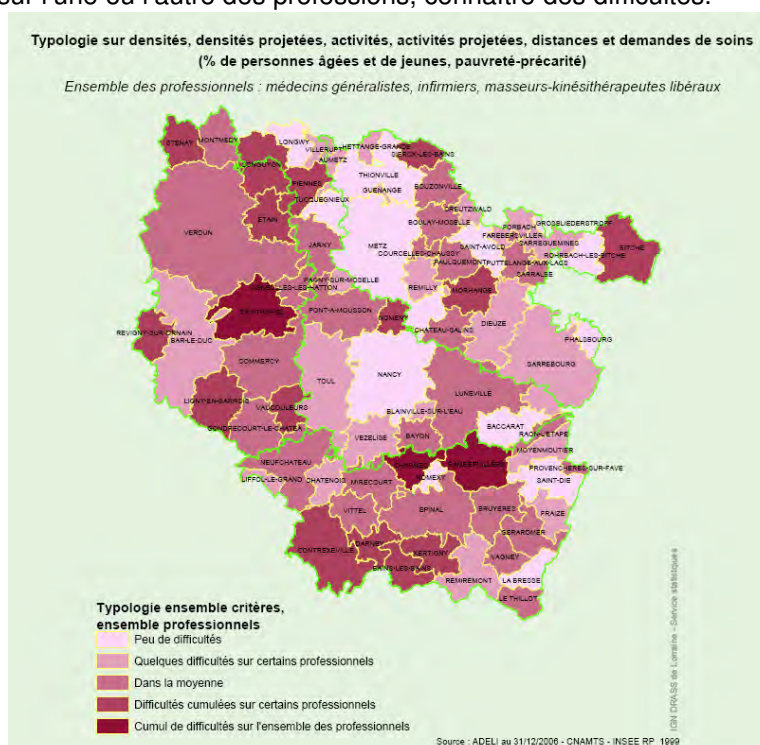
La démographie globale des personnels concernés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux) y est moins favorable. Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de professionnels y exerçant se situe en dessous de la moyenne nationale.

Par ailleurs, les territoires ruraux ou encore ceux situés sur les anciennes zones minières sont plus en difficulté sur ce plan que le sillon lorrain bénéficiant de la proximité des deux métropoles de Metz et Nancy.

Pour appréhender le cumul des difficultés, ont été superposés sur les territoires, pour ces trois professions, à la fois les indicateurs relatifs à l'offre (densité de professionnels, professionnels âgés, activité, distances entre les professionnels et leurs patients) et ceux concernant la demande de soins mesurée par le nombre de personnes âgées, le nombre de jeunes enfants ou le nombre de personnes en situation précaire.

La cartographie ainsi réalisée permet de mettre en évidence les bassins :

- sur lesquels l'offre est réduite ou en surcharge d'activité, ou le deviendra à l'avenir alors que la demande de soins restera relativement importante ;
- ceux, au contraire, qui pour le moment et à moyen terme, ne concentrent pas les déficits même si certains peuvent, sur l'une ou l'autre des professions, connaître des difficultés.



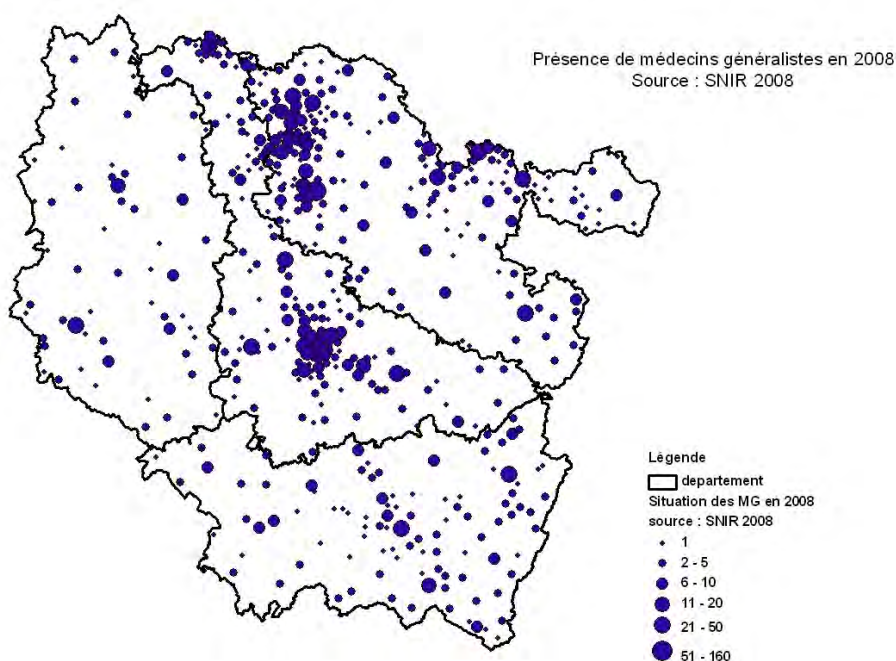
**II.a.1.1. Médecins****II.a.1.1.1. Une présence médicale principalement là où se concentre la population**

En Lorraine, comme au niveau national, les effectifs médicaux connaissent un niveau historiquement élevé. Pour autant, la densité médicale est en Lorraine (297 médecins pour 100 000 habitants) moins élevée qu'en France métropolitaine (312). Par ailleurs, la démographie médicale a suivi celle de la population, se concentrant principalement le long du sillon mosellan et dans les territoires peu enclavés.

**Nombre et densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants au 31-12-2009**

|                                       | Médecins généralistes |         | Médecins spécialistes |         |
|---------------------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|
|                                       | Nombre                | Densité | Nombre                | Densité |
| Meuse du Nord                         | 64                    | 81,4    | 21                    | 26,7    |
| Pays Cœur de Lorraine                 | 22                    | 88,3    | 1                     | 4,0     |
| Pays du Bassin de Briey               | 66                    | 87,0    | 21                    | 27,8    |
| Territoire de Longwy                  | 76                    | 90,5    | 22                    | 26,2    |
| Territoire de Thionville              | 237                   | 105,7   | 132                   | 58,8    |
| Territoire de Metz                    | 435                   | 117,5   | 339                   | 91,5    |
| Bassin Houiller                       | 213                   | 85,7    | 104                   | 41,8    |
| Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe | 92                    | 92,2    | 47                    | 46,9    |
| Pays du Saulnois                      | 26                    | 88,0    | 2                     | 6,8     |
| Pays de Sarrebourg                    | 59                    | 93,4    | 26                    | 41,1    |
| Pays Barrois                          | 60                    | 89,6    | 34                    | 50,8    |
| Pays du Haut Val de Meuse             | 22                    | 93,6    | 3                     | 12,8    |
| Pays de l'Ouest Vosgien               | 64                    | 109,4   | 22                    | 37,6    |
| Pays Terres de Lorraine               | 92                    | 99,3    | 30                    | 32,4    |
| Pays du Val de Lorraine               | 111                   | 117,6   | 33                    | 35,0    |
| Territoire de Nancy et de son aggro.  | 460                   | 152,7   | 468                   | 155,4   |
| Pays Lunévillois                      | 82                    | 105,9   | 32                    | 41,3    |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges       | 146                   | 95,6    | 112                   | 73,3    |
| Pays de la Déodatie                   | 79                    | 94,2    | 26                    | 31,0    |
| Pays de Remiremont et de ses vallées  | 83                    | 98,1    | 20                    | 23,6    |
| Lorraine Nord                         | 1 291                 | 99,3    | 715                   | 55,0    |
| Lorraine Sud                          | 1 199                 | 115,8   | 780                   | 75,3    |
| Meurthe-et-Moselle                    | 884                   | 121,9   | 606                   | 83,6    |
| Meuse                                 | 168                   | 86,7    | 59                    | 30,5    |
| Moselle                               | 1 063                 | 102,5   | 650                   | 62,7    |
| Vosges                                | 375                   | 98,7    | 180                   | 47,4    |
| Lorraine                              | 2 490                 | 106,6   | 1 495                 | 64,0    |
| France métropolitaine                 | 68 339                | 111,3   | 54 157                | 88,2    |

Source : ARS (ADELI)



II.a.1.1.2. Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus

En Lorraine, selon les sources du Conseil National de l'Ordre, on dénombre 83,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit sept de moins que sur l'ensemble de la France métropolitaine (90,7).

Agés en moyenne de 50 ans, l'exercice libéral concerne 61% des médecins généralistes inscrits à l'Ordre.

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs même si ces mouvements demeurent en Lorraine un peu moins soutenus qu'au niveau national. Dans les deux départements ruraux, près de la moitié des médecins généralistes libéraux est âgée de 55 ans et plus (48% en Meuse, 46% dans les Vosges). La proportion peut être localement plus élevée. En Meurthe-et-Moselle, 3 médecins généralistes libéraux sur 10 sont des femmes, contre 29% à l'échelle de la métropole.

Tableau n°6 : Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins généralistes libéraux

|                           | Densité<br>100 000 hbs | Moy_Age | >=55 ans | Part femmes |
|---------------------------|------------------------|---------|----------|-------------|
| <b>Meurthe-et-Moselle</b> | 93                     | 51      | 33%      | 31%         |
| <b>Meuse</b>              | 63,9                   | 52      | 48%      | 13%         |
| <b>Moselle</b>            | 83,3                   | 51      | 38%      | 25%         |
| <b>Vosges</b>             | 77,5                   | 52      | 46%      | 22%         |
| <b>Lorraine</b>           | 83,7                   | 51      | 38%      | 26%         |
| <b>Métropole</b>          | 90,7                   | 52      | 42%      | 29%         |

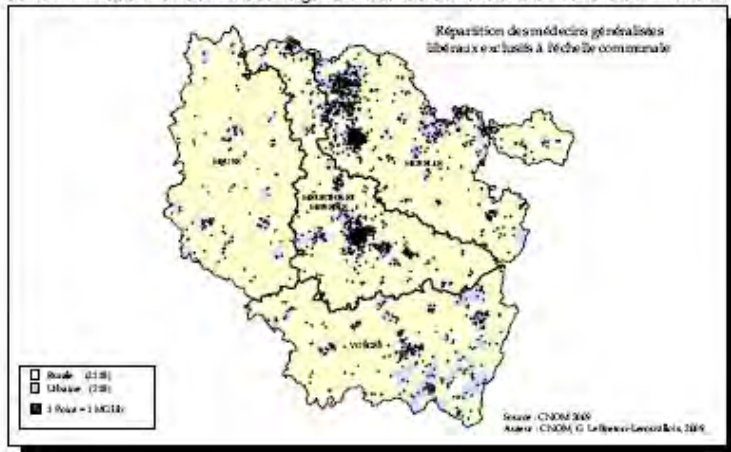
Source : CNOM, 2009

L'exercice libéral de la médecine générale se heurte toutefois à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. En 20 ans, les effectifs de médecins remplaçants ont été multipliés par près de 7 ; aujourd'hui les médecins remplaçants inscrits à l'Ordre sont âgés de 43 ans et près de la moitié (48%) sont des femmes.

Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens ; en 2009, un cinquième des nouveaux inscrits à l'Ordre se sont installés à Nancy.

Ces deux mouvements contribuent à renforcer la fragilité de certains territoires déjà moins ou peu dotés.

Carte n°7 : Répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs à l'échelle communale



Source : CNOM, 2009

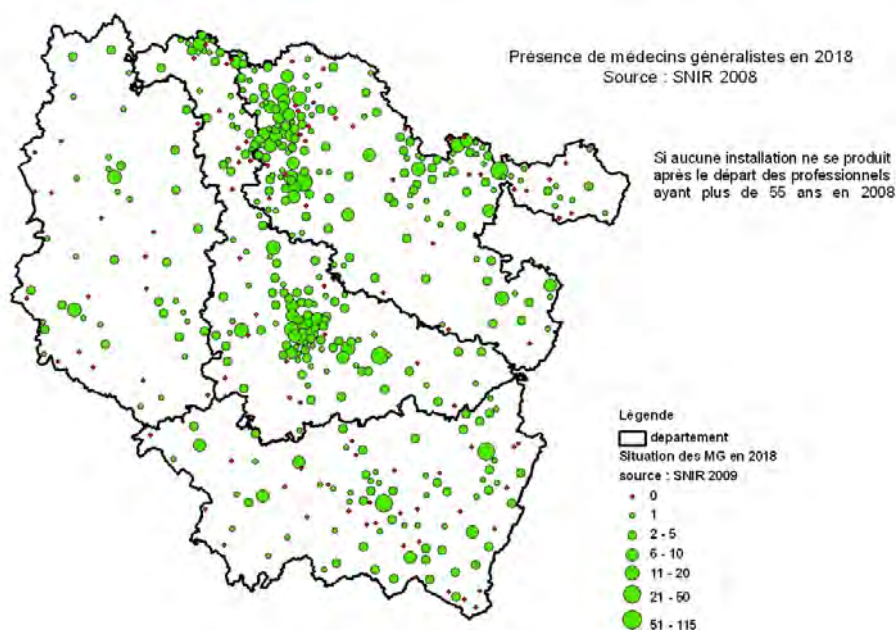


**Problématique des remplaçants :**

D'après l'atlas de la démographie médicale de l'ordre des médecins aux 1<sup>er</sup> janvier 2009, le remplacement est un mode d'exercice en pleine expansion.

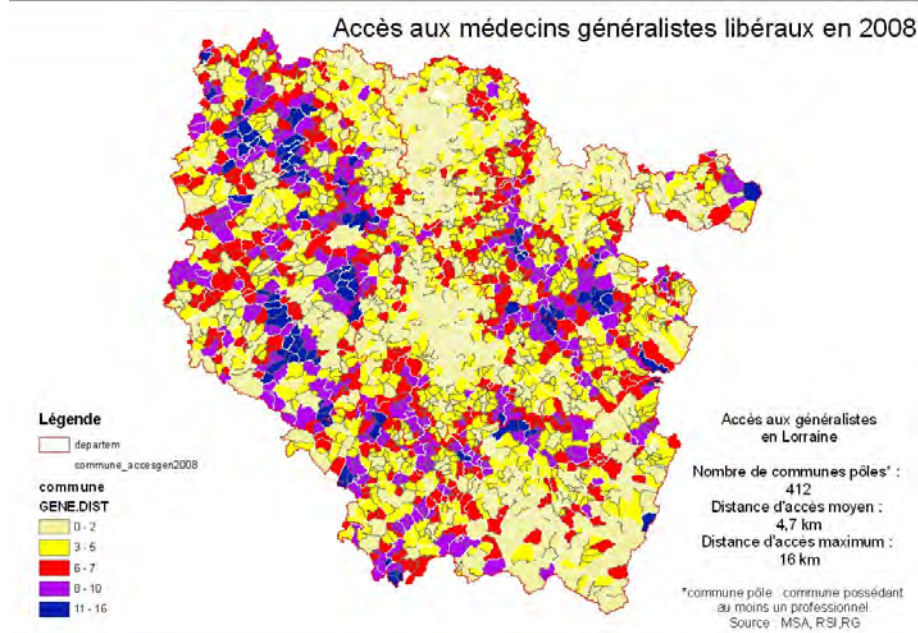
Si le remplacement est toujours une activité des nouveaux médecins avant une installation définitive, pour d'autres c'est une activité pérenne.

Plus inquiétant certains médecins quittent l'exercice libéral, pour redevenir remplaçants.



Par ailleurs, la problématique ne peut se limiter à la seule densité médicale ; localement, la charge de travail des médecins en place peut être lourde en dépit d'une couverture médicale apparemment correcte.

Les distances d'accès aux médecins généralistes sont variables en Lorraine, en moyenne cette distance est de 5 kms. Ce sont les communes rurales de la Meuse, de l'ouest Vosgien et du sud Mosellan, où l'accès au médecin généraliste est le plus long.



**II.a.1.2. Autres professionnels de santé****Nombre des autres professionnels de santé libéraux au 31-12-2009** Source : ARS (ADELI)

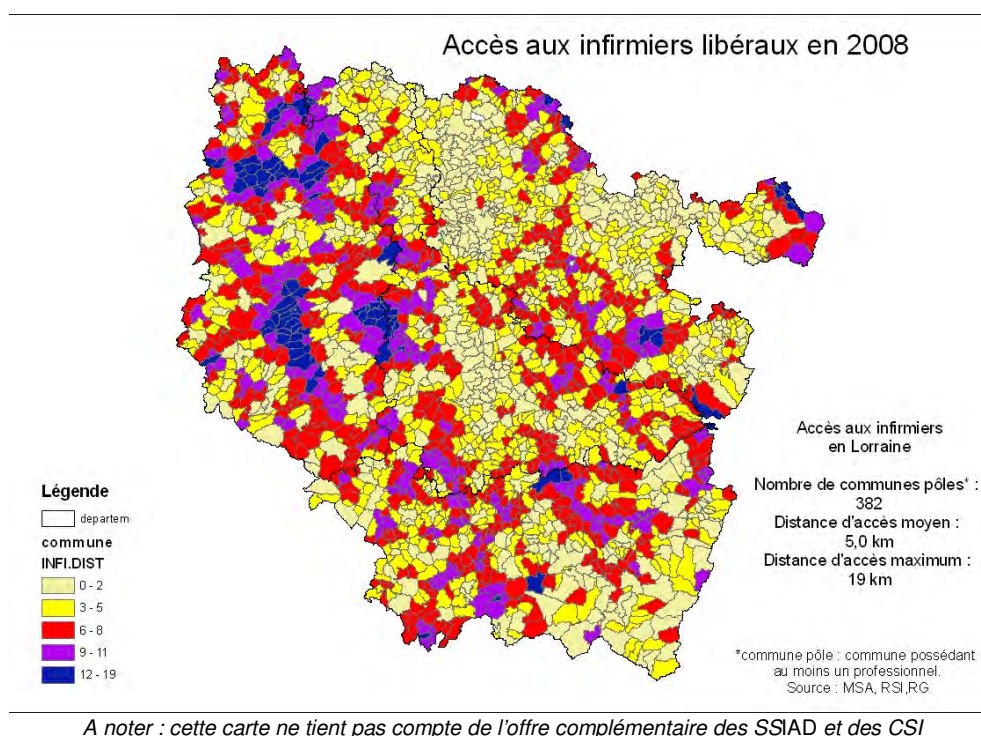
|                                 | Chirurgiens-<br>dent | Infirmiers | Masseurs<br>kin | Orthopho<br>n | Orthoptistes | Pédicures-<br>podo | Sages-<br>f |
|---------------------------------|----------------------|------------|-----------------|---------------|--------------|--------------------|-------------|
| Meuse du Nord                   | 25                   | 78         | 45              | 19            | 3            | 7                  | 1           |
| Pays Cœur de Lorraine           | 6                    | 23         | 10              | 3             | 0            | 1                  | 0           |
| Pays du Bassin de Briey         | 30                   | 53         | 35              | 11            | 1            | 4                  | 2           |
| Territoire de Longwy            | 34                   | 93         | 44              | 19            | 1            | 6                  | 2           |
| Territoire de Thionville        | 127                  | 212        | 114             | 50            | 4            | 16                 | 12          |
| Territoire de Metz              | 241                  | 428        | 241             | 79            | 11           | 58                 | 28          |
| Bassin Houiller                 | 138                  | 312        | 116             | 32            | 2            | 19                 | 12          |
| Pays de Sarreguemines-Bitche-   | 51                   | 127        | 50              | 6             | 2            | 9                  | 2           |
| Pays du Saulnois                | 12                   | 40         | 12              | 7             | 0            | 3                  | 1           |
| Pays de Sarrebourg              | 36                   | 103        | 39              | 6             | 1            | 5                  | 3           |
| Pays Barrois                    | 23                   | 59         | 29              | 8             | 3            | 9                  | 1           |
| Pays du Haut Val de Meuse       | 10                   | 26         | 8               | 4             | 0            | 2                  | 1           |
| Pays de l'Ouest Vosgien         | 28                   | 54         | 29              | 8             | 3            | 9                  | 2           |
| Pays Terres de Lorraine         | 50                   | 91         | 61              | 22            | 3            | 10                 | 3           |
| Pays du Val de Lorraine         | 63                   | 80         | 52              | 27            | 3            | 13                 | 3           |
| Territoire de Nancy et de son   | 276                  | 272        | 255             | 89            | 27           | 51                 | 19          |
| Pays Lunévillois                | 39                   | 84         | 31              | 19            | 1            | 6                  | 3           |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges | 84                   | 120        | 80              | 27            | 5            | 16                 | 13          |
| Pays de la Déodatie             | 43                   | 75         | 60              | 13            | 2            | 5                  | 2           |
| Pays de Remiremont et de ses    | 36                   | 65         | 53              | 13            | 0            | 10                 | 6           |
| Lorraine Nord                   | 700                  | 1 469      | 706             | 232           | 25           | 128                | 63          |
| Lorraine Sud                    | 652                  | 926        | 658             | 230           | 47           | 131                | 53          |
| Meurthe-et-Moselle              | 491                  | 672        | 475             | 187           | 36           | 89                 | 32          |
| Meuse                           | 65                   | 185        | 93              | 34            | 6            | 19                 | 3           |
| Moselle                         | 605                  | 1 222      | 572             | 180           | 20           | 110                | 58          |
| Vosges                          | 191                  | 316        | 224             | 61            | 10           | 41                 | 23          |
| Lorraine                        | 1 352                | 2 395      | 1 364           | 462           | 72           | 259                | 116         |
| France métropolitaine           | 37 293               | 73 510     | 52 804          | 14 744        | 2 205        | 10 832             | 3 232       |

II.a.1.2.1. Les IDEL : une démographie relativement jeune et une répartition sensiblement comparable à celle des médecins généralistes

Les infirmiers libéraux composent un effectif relativement plus jeune (13% ont plus de 55 ans en Lorraine versus 16% en France métropolitaine).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 selon la source ADELI, la densité des infirmiers libéraux apparaît en Lorraine inférieure de 13% à la moyenne métropolitaine (102 vs 118 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

La localisation des infirmiers libéraux paraît sensiblement comparable à celle des médecins généralistes.

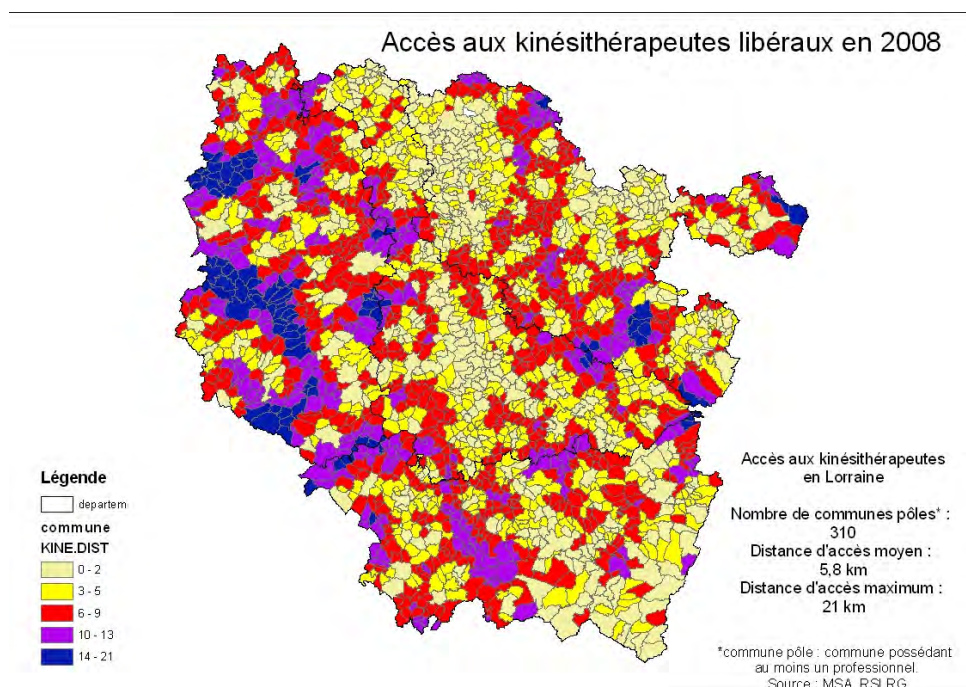


Leur répartition laisse apparaître des inégalités territoriales dans un contexte de moindre densité en IDEL et de moindre équipement en places de SSIAD (18,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 18,9 en France métropolitaine).

II.a.1.2.2. Les masseurs-kinésithérapeutes : une faible densité régionale et des disparités départementales marquées

La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux affiche une très faible densité régionale (inférieure de 32% à la moyenne métropolitaine), la Meuse étant le département relativement le moins doté (densité inférieure de 43% à la moyenne en métropole), accentuée par des disparités d'accès marquées.



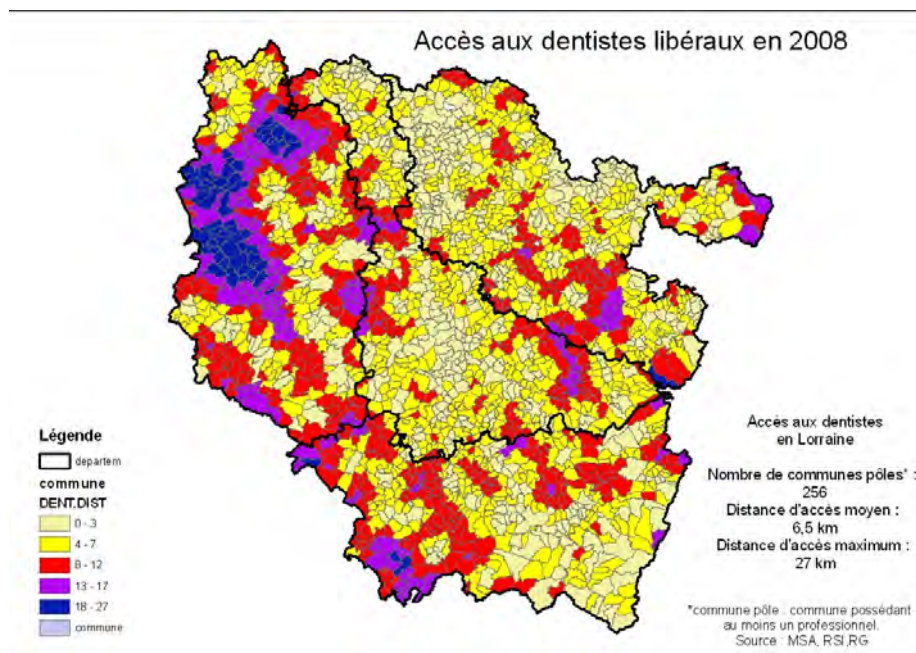


#### II.a.1.2.3. Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité

En Lorraine, la densité des chirurgiens-dentistes libéraux voisine la moyenne nationale (57 vs 60). Dans ce contexte, le département de la Meuse apparaît relativement fort peu doté (34 chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants).

La distance moyenne d'accès au praticien libéral le plus proche est de 6,5 km en Lorraine.

L'accès à des praticiens tels que les chirurgiens-dentistes révèle davantage les difficultés d'accès en milieu rural et notamment en Meuse.





La répartition des professionnels est en partie liée aux niveaux et perspectives d'activité professionnelle qu'imposent les conditions de rentabilisation d'un plateau technique lourd et onéreux. Selon l'URPS Lorraine des chirurgiens-dentistes, les praticiens se trouveraient ainsi moins enclins à exercer au sein de maisons de santé qu'à se regrouper entre confrères afin de mutualiser l'investissement matériel nécessaire à l'exercice professionnel.

### II.a.1.3. SSIAD

Source FINESS au 1<sup>er</sup> janvier 2010

#### Les SSIAD pour Personnes Agées

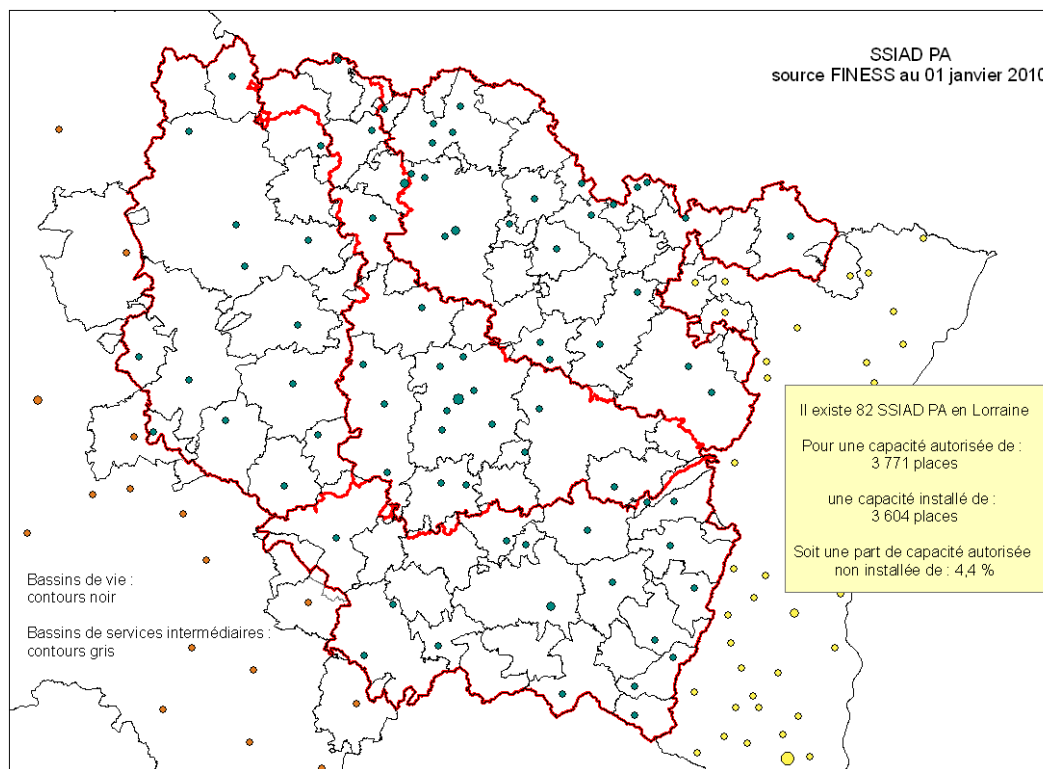
Il existe 82 SSIAD PA en Lorraine

Pour une capacité autorisée de : 3 771 places

une capacité installée de : 3 604 places

Soit une part de capacité autorisée non installée de : 4,4 %.

| Département        | SSIAD PA au 1er janvier 2010 source FINESS |                    |                    | Différence entre capacité autorisée et installée |             |
|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------------------|-------------|
|                    | Nombre d'établissements                    | Capacité autorisée | Capacité installée | Nombre                                           | Part        |
| Meurthe et Moselle | 23                                         | 1 177              | 1 097              | 80                                               | 6,8%        |
| Meuse              | 14                                         | 473                | 473                | 0                                                | 0,0%        |
| Moselle            | 26                                         | 1 435              | 1 391              | 44                                               | 3,1%        |
| Vosges             | 19                                         | 686                | 643                | 43                                               | 6,3%        |
| <b>Lorraine</b>    | <b>82</b>                                  | <b>3 771</b>       | <b>3 604</b>       | <b>167</b>                                       | <b>4,4%</b> |



### Les SSIAD pour Personnes Handicapées

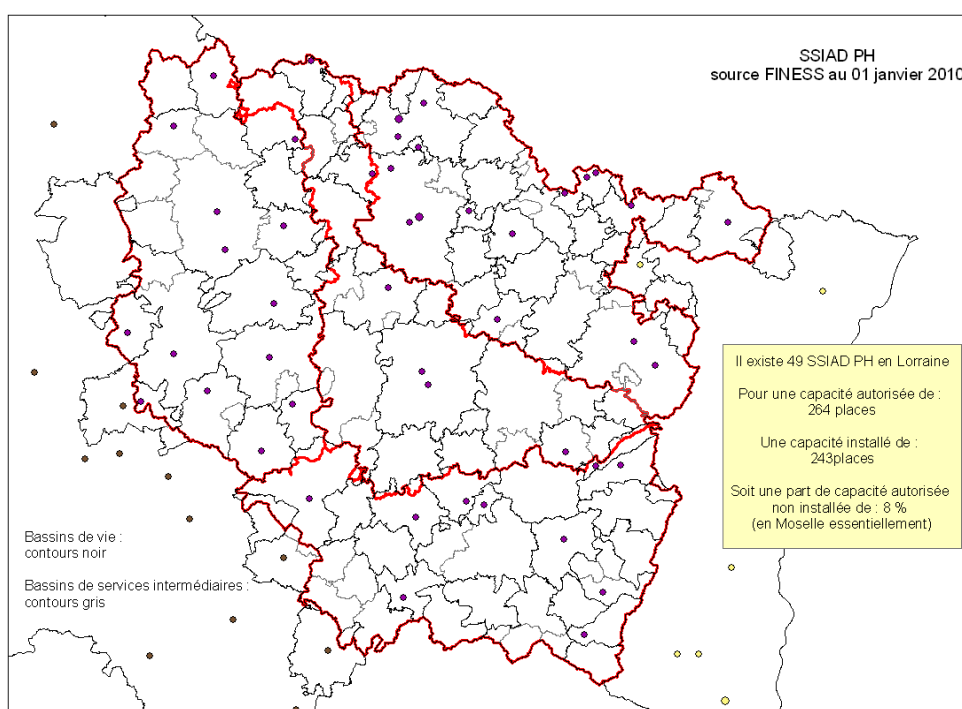
Il existe 49 SSIAD PH en Lorraine

Pour une capacité autorisée de : 264 places

une capacité installée de : 243 places

Soit une part de capacité autorisée non installée de : 8 % (en Moselle essentiellement).

|                    | SSIAD PH au 1er janvier 2010 source FINESS |                    |                    | Différence entre capacité autorisée et installée |             |
|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| Département        | Nombre d'établissements                    | Capacité autorisée | Capacité installée | Nombre                                           | Part        |
| Meurthe et Moselle | 6                                          | 48                 | 48                 | 0                                                | 0,0%        |
| Meuse              | 14                                         | 62                 | 62                 | 0                                                | 0,0%        |
| Moselle            | 19                                         | 107                | 86                 | 21                                               | 19,6%       |
| Vosges             | 10                                         | 47                 | 47                 | 0                                                | 0,0%        |
| <b>Lorraine</b>    | <b>49</b>                                  | <b>264</b>         | <b>243</b>         | <b>21</b>                                        | <b>8,0%</b> |



#### II.a.1.4. Officines de ville

D'après le rapport de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) sur l'« état des lieux de la profession de pharmacien en lorraine » de mars 2010, la question de la démographie des pharmaciens en Lorraine n'est pas aussi préoccupante que celle des médecins.

D'abord, parce que l'installation des pharmacies d'officine est réglementée, comme sur le reste du territoire, ce qui induit une certaine homogénéité de densité, exception faite cependant du département de la Moselle affichant une moindre densité. Ce constat résulte, pour la Moselle, des quotas d'installation différents (une officine dessert plus d'habitants en Moselle que dans le reste de la Lorraine).

Ensuite parce que les pharmaciens formés par la faculté de pharmacie de Nancy sont, pour une grande majorité d'entre eux, originaires de Lorraine et s'installent de ce fait d'autant plus facilement dans leur région d'origine.

La situation pour les adjoints d'officine est néanmoins un peu plus délicate. Ceux-ci font défaut dans plusieurs territoires, en particulier dans le bassin houiller, et sur les territoires de Thionville et Sarrebourg.

L'URPS Lorraine des pharmaciens souligne cependant que l'activité officinale étant dépendante à plus de 85% de la prescription, toute modification de l'environnement médical et paramédical est susceptible de produire une incidence sur le maillage officinal du territoire régional.

A cela, l'URPS Lorraine des pharmaciens met en exergue de probables difficultés à venir de renouvellement des titulaires qui cesseront leur activité par des pharmaciens disposés à reprendre une officine.

L'association de plusieurs critères (densité de pharmaciens, consommation d'actes, densité de médecins et proportion de personnes âgées sur le territoire) permet de mettre en évidence des difficultés plus importantes sur le nord de la région. Dans ces zones, en particulier en Moselle Est, les consommations d'actes médicaux sont importantes alors que les pharmacies d'officine sont moins nombreuses et ne comptent pas autant de pharmaciens que ne le prévoit la réglementation.

#### II.a.1.5. Laboratoires de biologie médicale

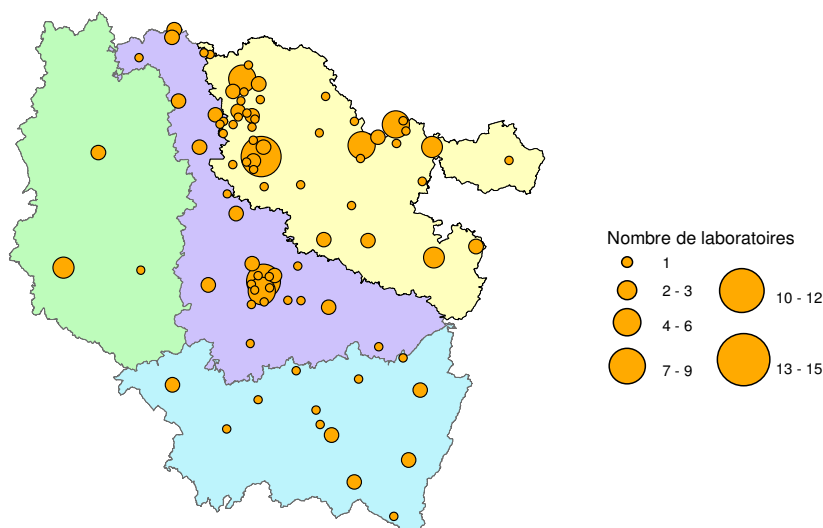
Etat des lieux du nombre de laboratoires de biologie médicale sur le territoire de la Lorraine  
au 31 décembre 2010

| Département     | Nombre d'implantations de laboratoires privés | Nombre d'implantation de laboratoires publics | Nombre de laboratoires dans d'autres structures | Laboratoires de biologie médicale |
|-----------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 54              | 44                                            | 7                                             | 3 (1 UCCMP<br>2 EFS)                            |                                   |
| 55              | 4                                             | 2                                             |                                                 |                                   |
| 57              | 73                                            | 11                                            | 1(EFS)                                          |                                   |
| 88              | 15                                            | 4                                             | 1(EFS)                                          |                                   |
| région lorraine | 136                                           | 24                                            | 5                                               | 165                               |

UCCMP : UC Centre de Médecine Préventive

EFS : Etablissement Français du Sang

#### **IMPLANTATIONS DES LABORATOIRES PAR TERRITOIRE DE SANTE AU 31 DECEMBRE 2010 EN LORRAINE**



## II.a.2. Offre spécialisée

### II.a.2.1. Les médecins spécialistes (hors médecine générale) : une moindre dotation et un ancrage géographique autour des centres hospitaliers

51% des médecins spécialistes exercent leur activité en tant que salarié. Agés en moyenne de 51 ans, les libéraux exclusifs représentent 30% des effectifs des médecins spécialistes inscrits à l'Ordre.

Tableau n°8 : Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins spécialistes en activité régulière

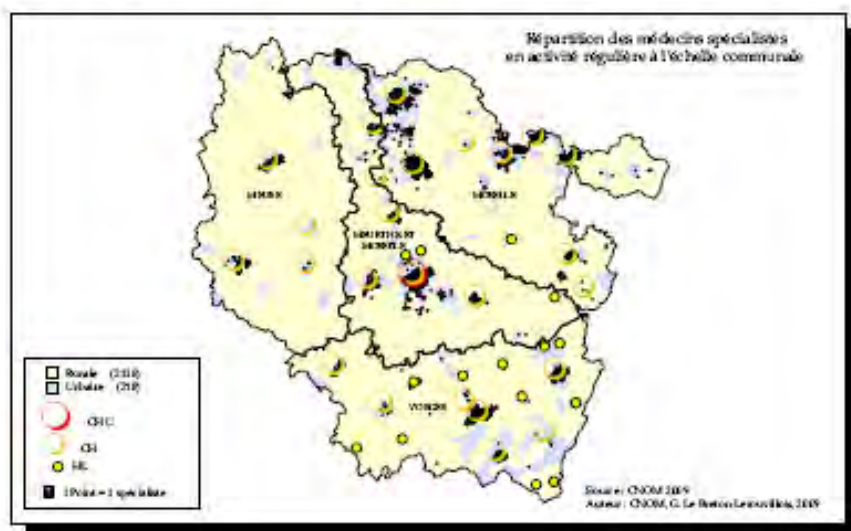
|                    | Densité<br>100 000 hbs | Moy. Age | >=55 ans | Part<br>femmes |
|--------------------|------------------------|----------|----------|----------------|
| Meurthe-et-Moselle | 206,5                  | 49       | 35%      | 45%            |
| Meuse              | 69,4                   | 55       | 55%      | 32%            |
| Moselle            | 122,9                  | 52       | 42%      | 32%            |
| Vosges             | 88,9                   | 54       | 51%      | 35%            |
| Lorraine           | 138,7                  | 51       | 41%      | 39%            |
| Métropole          | 166,9                  | 51       | 40%      | 40%            |

Source : CNOM, 2009

Les médecins spécialistes en activité régulière sont proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine (138,7 pour 100 000 habitants) qu'en France (166,9).

Les médecins spécialistes se concentrent principalement à proximité des établissements hospitaliers.

Carte n°8 : Répartition des médecins spécialistes en activité régulière à l'échelle communale



Source : CNOM, 2009

La Meuse est le département le plus défavorisé : seulement 69,4 spécialistes pour 100 000 habitants et plus de la moitié des praticiens (55%) est âgé de 55 ans et plus.

L'essentiel des spécialistes meusiens exercent à Bar-le-Duc et Verdun. Les faibles dotations meusiennes en pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres attirent particulièrement l'attention.

**II.a.2.2. Les spécialités en accès direct**

Depuis le 1er juillet 2005, tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un **parcours de soins coordonnés**. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'usager de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la sécurité sociale.

Certains spécialistes demeurent néanmoins accessibles, sans majoration, sans passer par le médecin traitant. Il s'agit des gynécologues, ophtalmologistes, dentistes, pédiatres et psychiatres.

**II.a.2.3. Les différents secteurs d'activités**

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant de base de remboursement par l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

**Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel (tarifs opposables) :**

Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de la part du patient, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie même si le patient rentre dans le dispositif du parcours de soins coordonnés.

Les médecins doivent appliquer à leurs patients les tarifs prévus dans la convention c'est-à-dire ceux qui servent de base de remboursement par l'Assurance Maladie. En échange, l'Assurance Maladie prend en charge les deux tiers de leurs cotisations sociales.

**Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres :**

Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Selon l'article 53 du Code de déontologie médicale et selon l'article R4127-53 du Code de la Santé publique, ces dépassements doivent être pratiqués avec « tact et mesure ». Ils doivent dépendre de la nature, de l'importance ou de la durée des soins ou encore des possibilités financières du patient.

**Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire :**

Qu'il soit généraliste ou spécialiste de secteur 1 ou 2, le professionnel de santé doit respecter les tarifs conventionnels.

**II.a.2.4. Un problème possible d'accès aux soins : les dépassements d'honoraires**

D'après une étude sur les « problèmes d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires » d'octobre 2008 de l'URCAM Lorraine, il était dénombré 1 175 médecins spécialistes libéraux\* en Lorraine dont 24 % exercent en secteur 2 (honoraires libres).

Démographie médicale en Lorraine en juin 2008

|                           |                 | nbre de praticiens en<br>secteur 1 | nbre de praticiens en<br>secteur 2 | nbre de praticiens<br>total | part secteur 2 | densité<br>médicale pour<br>100 000 hab. |
|---------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------------------|
| médecins<br>spécialistes* | 54              | 410                                | 190                                | 600                         | 31,70%         | 84,1                                     |
|                           | 55              | 59                                 | 19                                 | 78                          | 24,40%         | 40,6                                     |
|                           | 57              | 551                                | 109                                | 660                         | 16,50%         | 64,5                                     |
|                           | 88              | 155                                | 53                                 | 208                         | 25,50%         | 54,6                                     |
|                           | <b>Lorraine</b> | <b>1175</b>                        | <b>371</b>                         | <b>1546</b>                 | <b>24,00%</b>  | <b>66,9</b>                              |

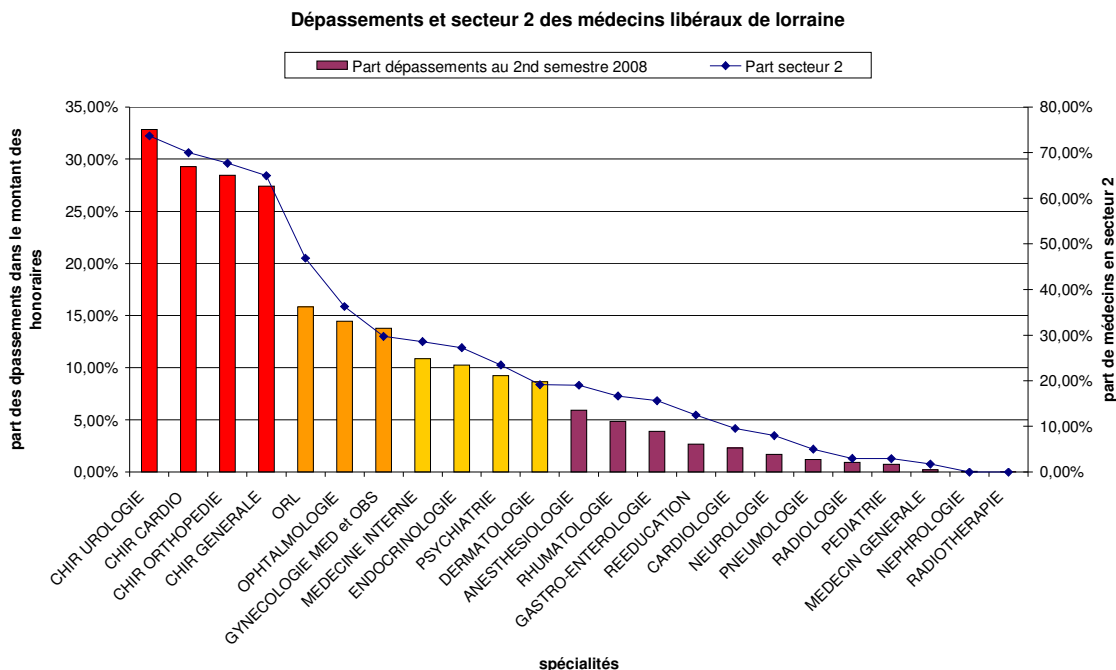
Source : URCAM Lorraine - INSEE recensement 1999

(\*) Il s'agit des médecins ayant un exercice libéral intégral mais aussi les médecins hospitaliers exerçant pour une partie de leur temps en secteur privé.

Nota : En ce qui concerne les spécialités chirurgicales, la part des praticiens exerçant en secteur libéral est minoritaire par rapport au secteur hospitalier public.

Le montant des dépassements représente en moyenne 0,58% du montant des honoraires en secteur 1 contre 29,64% en secteur 2.

Le montant des dépassements varie aussi selon la spécialité du praticien. Les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Aux alentours de 15%, on trouve des spécialités plus « courantes » tel que l'ORL, l'ophtalmologie et la gynécologie.



Remarque :

Les dépassements ne sont pas uniquement l'affaire des praticiens de secteur 2, certains spécialistes de secteur 1 ne respectant pas leurs engagements.

Un problème d'accès aux soins peut se poser :

- dans les zones où la densité médicale est faible,
- si les médecins de secteur 2 constituent l'essentiel de l'offre de soins de leur spécialité,
- lorsque le montant de ses dépassements devient une charge trop importante pour le patient.

L'accumulation de ses éléments aggrave d'autant plus la situation.

En conclusion, afin de garantir à tous un bon accès aux soins il convient de :

- veiller au respect des engagements des médecins vis-à-vis de leurs patients (tarif opposable pour les secteurs 1 et « tact et mesure » pour les secteurs 2).
- surveiller l'évolution de la démographie médicale en région (installation ou cessation d'activité de médecins, selon leur spécialité et leur secteur conventionnel).

### **II.a.2.5. Les spécialités les plus en difficultés**

Le Comité Régional de l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS) a en 2006 dirigé ses études vers les 10 spécialités médicales les plus en difficulté en Lorraine :

- 1 Anesthésie réanimation
- 2 Radiologie imagerie médicale
- 3 Psychiatrie
- 4 Cardiologie
- 5 Rééducation-réadaptation
- 6 Diabétologie-endocrinologie
- 7 Chirurgie
- 8 Ophtalmologie
- 9 Rhumatologie
- 10 Dermatologie et vénérologie.

Il continue son action en 2011 en s'intéressant à la programmation des postes d'internes dans ces spécialités.

### **II.b. Services de santé**

L'exercice interprofessionnel regroupé se pratique sous deux grandes formes relativement novatrices et composant ce qui est usuellement dénommé des services de santé : dans le cadre des **réseaux de santé** d'une part, au sein de **structures d'exercice collectif** d'autre part.

Pour leur part, les structures collectives de prise en charge coordonnée des patients forment elles-mêmes un ensemble protéiforme, constitué des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et des centres de santé.

Ces structures répondent à des objectifs variés :

- pérenniser la présence de professionnels de santé dans des territoires où l'offre de soins, notamment de premier recours, nécessite d'être confortée
- participer à la continuité et à la permanence des soins
- optimiser la prise en charge globale des besoins de santé des populations
- contribuer à la formation des futurs professionnels de santé.

La Loi HPST impose aux maisons de santé et aux centres de santé de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités.



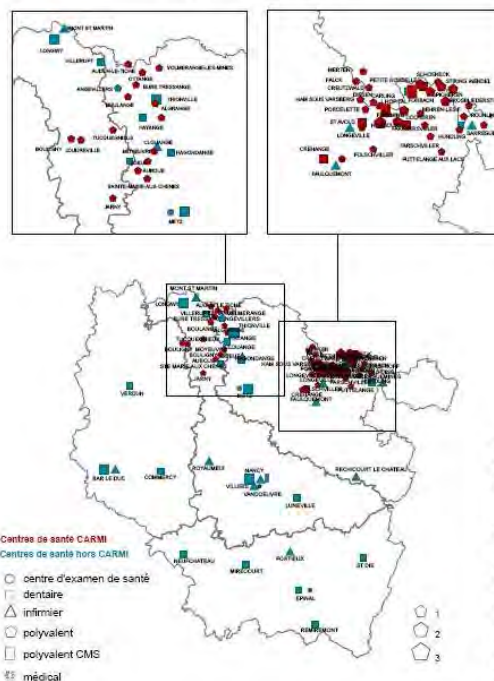
## II.b.1. Centres de santé

Localisation des Centres de Santé  
au 31.12.2010



© IGN - JRS Lorraine - Service Cartographie et Statistique - Février 2011

Localisation des Centres de Santé  
au 31.12.2010



© IGN - JRS Lorraine - Service Cartographie et Statistique - Février 2011

### II.b.1.1. Centres de Santé FILIERIS

Le régime de sécurité sociale des mines gère le réseau d'offre de santé FILIERIS (centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux). La Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines (CARMi) de l'Est est implantée dans les 2 bassins miniers de Lorraine : Fer et Sel (bassin ferrifère), Moselle-Est (bassin houiller). Un décret du 30 août 2011 réforme le régime spécial de sécurité sociale minière en organisant son intégration progressive au régime général.

#### 1) Lignes directrices générales du projet de santé régional FILIERIS-CARMi-EST (versant ambulatoire)

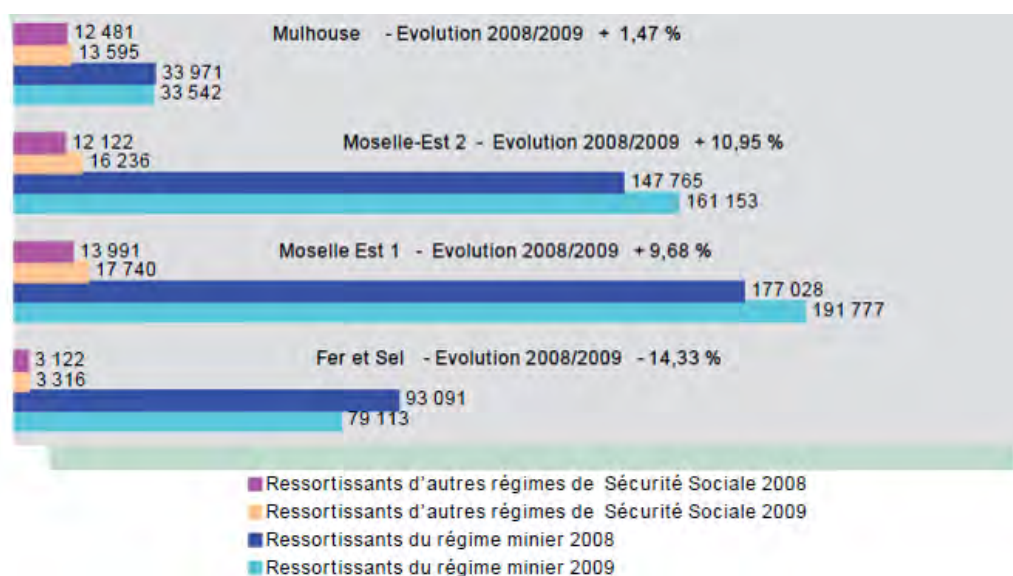
- Une offre de soins axée sur 3 dynamiques dirigées vers :
  - les populations précaires
  - les personnes âgées
  - les personnes atteintes de maladies chroniques : programme d'éducation thérapeutique OPERA (BPCO et maladies cardio-vasculaires) conduit sur 3 centres de santé (Farebersviller, Ottange, Behren), programme « Je t'aime mon cœur » (cellules éducatives sur 4 territoires : Bassin Houiller, Sarreguemines, Briey, Saulnois).



- Des actions de prévention ciblées : vaccinations (présence d'un CLAT et d'un CV au CMS de Forbach), prévention des cancers (cancer du sein et colorectal : en 2009, 4202 affiliés ont pu bénéficier d'un dépistage du cancer colorectal et 1817 femmes d'une mammographie de contrôle).
- Une inscription dans l'organisation des territoires de santé en développant :
  - les liens ville/hôpital /médico-social
  - le maintien à domicile : 4 SSIAD (Spincourt, Audun-le-Roman, Fontoy, Briey-Homécourt) et une équipe mobile Alzheimer (rattachée au SSIAD d'Audun-le-Roman et intervenant sur le territoire des 4 SSIAD)
  - le partage d'informations.

## 2) Spécificités concernant les Centres de Santé

- Ouverture depuis 2005 à toute la population (diminution de la population minière de 5 à 8% par an)  
L'ouverture aux patients des autres régimes est effective et en voie d'amélioration :  
Les soins (actes médicaux) sont dispensés pour 90.2 % à des patients issus du régime minier.  
En 2008, 8.5 % des patients relevaient du régime général ; en 2009, le taux est de 9.8 %.



- Pratique du tiers payant, non dépassement d'honoraires
- Participation des médecins généralistes à la permanence des soins
- Engagement dans une démarche d'amélioration continue en application du référentiel HAS : la convention d'Objectifs et de Gestion 2008-2011, signée le 24 janvier 2008 entre l'Etat et la CANSSM précise que les centres devront s'approprier le référentiel organisationnel des centres de santé validé par la HAS et se préparer méthodiquement à l'accréditation/certification.

➤ **Recomposition de l'offre de soins :**

Réorganisation engagée des « dispensaires » en centres de santé (CDS) :

- bassin ferrifère : passage de 33 dispensaires à 15 CDS polyvalents. En 2010, y exerçaient 8 ETP de médecins généralistes, 12,5 ETP d'infirmières, 1 ETP de chirurgien-dentiste.
- bassin houiller : actuellement 44 CDS dont 4 dentaires et 2 médicaux spécialisés. En 2010, y exerçaient 45 ETP de médecins généralistes, 44 ETP d'infirmières, 10 ETP de chirurgiens-dentistes et 8 spécialistes (1 radiologue, 2 ophtalmologues, 2 dermatologues, 1 psychiatre, 2 rhumatologues).  
Restructuration en cours, avec pour objectifs : renforcer la présence médicale dans les CDS, élargir les plages d'ouverture horaire, renforcer la prise en charge de proximité en développant les soins infirmiers à domicile avec mise en place de pôles infirmiers, réduire le déficit des CDS.

Le Centre de médecine spécialisée de Freyming : y interviennent 10 médecins : (3 MG, 2 rhumatologues, 2 dermatologues, 1 psychiatre ayant une forte activité de pédopsychiatrie, 1 ORL, 1 ophtalmologue), 2 chirurgiens-dentistes, 2 assistantes dentaires, 3 IDE, 1 MK (détaché de l'hôpital de Freyming) sur 0,2 ETP, 1 magasin d'optique, 1 centre de prélèvements biologiques, le service social de la CARMI.

Le bâtiment appartient à la CARMI et dispose d'espaces inoccupés pouvant accueillir éventuellement de nouveaux professionnels (psychologue, orthophoniste...)

Le projet du centre repose sur 4 axes prioritaires :

- prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées (articulation avec le réseau REGEME),
- prise en charge coordonnée de l'alcoolisme et de ses conséquences familiales,
- prise en charge et suivi du handicap sensoriel,
- prévention de l'échec scolaire.

Le Centre de médecine spécialisée de Forbach : y interviennent 4 médecins (1 MG, 1 ophtalmologue, 1 radiologue, 1 pneumologue), 1 chirurgien-dentiste, 1 assistante dentaire, 2 IDE, 3 manipulateurs radio.

Un Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) est installé dans le CMS de Forbach. Il compte un médecin pneumologue coordonnateur mis à disposition par la Caisse Primaire de Metz. Les patients accueillis relèvent de toute la Moselle hormis le secteur de Metz/Château-Salins qui relève du CLAT de Metz.

Certains centres de santé FILIERIS sont également voire exclusivement des centres dentaires.

On constate une augmentation globale de l'activité dentaire de 2 % (927 622 actes en 2008 et 945 853 en 2009).

L'augmentation des actes est principalement constatée sur les actes cotés en soins conservateurs (SC), + 4,3 %, et les actes de prothèses, + 3,4 % ; par contre, l'activité en orthodontie (TO) a diminué de 6 %.

L'option de coordination des soins dentaires a été effective dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2009. Le nombre de patients ayant adhéré à cette option en 2009 est de 2 905 sur 20 942 soit 13,9 %.

### **II.b.1.2. Autres centres**

#### **a) Centres polyvalents**

Le Centre de Santé de la MGEN à Nancy : situé en centre ville (en mitoyenneté avec le Centre E. Gallé), ouvert à tout public, souffre d'une sous-activité liée à un manque de connaissance de cette structure de la part du public et des partenaires.

Il dispose d'une offre de médecine générale (4 médecins généralistes) et spécialisée (angiologie, nutrition, cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, psychiatrie, gynécologie, rhumatologie, urologie) ; sont présents également, deux kinésithérapeutes, une infirmière, deux aides-soignantes. Le centre héberge un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et un Centre d'Information, de Dépistage et Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDIST).

Le positionnement actuel s'oriente vers un développement de la gynécologie médicale et de l'orthogénie, deux disciplines dont l'offre est en décroissance sur Nancy.

Le centre participe également à des activités de prévention en partenariat avec le Conseil Général dans le cadre du CPEF (actions en milieu scolaire), avec l'Education Nationale (visites de prévention à l'attention du personnel de l'Education Nationale), avec la Mutualité Française Lorraine.

Le Centre d'Examens de Santé (CES) de la CPAM de Moselle : situé au centre de Metz, intervient sur tout le département mosellan.

Il est habilité comme Centre de Vaccinations (CV), CIDDIST et CLAT. Il propose des examens personnalisés de santé (EPS) à tous les mosellans, et en priorité aux personnes fragilisées ou éloignées du système de santé. En cas de dépistage d'une affection importante, et dans le cadre de son « service de suite », le CES facilite la prise en charge de la consultation chez le médecin traitant et s'assure de la mise en œuvre d'une démarche de soins par le patient.

Le CES fait partie d'un réseau autorisé par la CNAMTS à expérimenter des actions d'Education Thérapeutique pour les patients atteints de diabète de type 2.

## **b) Centres de Soins Infirmiers (CSI)**

*Meurthe-et-Moselle :*

- le CSI Brancion à Roybaumeix implanté sur le secteur rural Toulais nord, géré par l'Association « Le Toulais Nord Familial » (qui gère également un SSIAD dans les mêmes locaux, et un EHPAD). Disposant de 4,5 ETP d'infirmiers, il a une activité de soins, mais aussi de prévention et d'éducation à la santé. Il est répertorié comme terrain de stage auprès des IFSI de Nancy.
- le CSI de l'ALSAD (Association Lorraine de Soins à Domicile) situé à Villers-les- Nancy ; sa zone d'intervention couvre la banlieue ouest de Nancy. Il accueille des étudiants en soins infirmiers et des élèves de 1<sup>re</sup> SMS.
- Le CSI géré par la Congrégation des Sœurs de St Charles, situé à Mont-St-Martin.

*Moselle :*

- le CSI St Vincent de Paul géré par l'ACSI (association de droit local), situé à Sarreguemines. Il intervient sur la ville elle-même et les environs proches. Disposant de 7,7 ETP d'infirmiers, le CDS réalise des activités de soins et des actions de suivi des patients diabétiques. Il accueille des étudiants en soins infirmiers en collaboration avec l'IFSI de Sarreguemines.
- le CSI géré par l'Association « Santé Pour Tous » situé à Clouange, et disposant d'une annexe à Bousse, soit 9,25 ETP d'infirmiers à Clouange et 10,8 ETP à Bousse. Le centre accueille une permanence d'assistante sociale et des consultations de PMI. Il assure des activités de soins et de prévention (ateliers équilibre, mémoire, nutrition, prévention cardio-vasculaire).
- le CSI du CCAS de Faulquemont intervient dans un rayon de 10 km autour de Faulquemont. Il dispose de 4,5 ETP d'infirmiers.
- le CSI géré par le CCAS de Longeville-les-St-Avold prend en charge en grande majorité des patients domiciliés dans la commune. Il dispose de 3 ETP d'infirmiers.

*Vosges :*

- le CSI de la Providence, situé à Portieux, en zone rurale. Le centre assure des activités de prévention et d'éducation à la santé (nutrition, addictions, santé mentale). Il accueille des étudiants en IFSI et prépa pharmacie.

## **c) Centres dentaires**

Les Centres de Santé dentaires Mutualistes : Cette offre dentaire est urbaine, répartie sur les quatre départements lorrains mais ne couvre pas les zones couvertes par l'offre FILIERIS.

L'Union Territoriale Mutualiste Lorraine (UTML) souhaite s'investir dans les zones géographiques démunies en termes d'offre de soins.

*Meurthe-et-Moselle :*

- 3 centres gérés par l'UTML (Nancy : 3 fauteuils pour 2,95 ETP dentistes, Longwy : 3 fauteuils pour 2 ETP dentistes, et Lunéville : 2 fauteuils pour 1 ETP dentiste)
- 2 centres gérés par le Pôle Santé Mutualiste Européen (Villerupt : 2 ETP dentistes, et Longwy : 1 ETP)
- 1 centre géré par la Mutuelle de France Réseau Est et implanté dans les locaux de la Maison médicale André Aweng de Joeuf (qui hébergent également un CDS CARMI polyvalent) : 1 ETP dentiste.

*Vosges :*

- 5 centres gérés par l'UTML (Epinal : 4 fauteuils pour 5,2 ETP dentistes, Neufchâteau : 1 fauteuil pour 1,3 ETP, Mirecourt : 2 fauteuils pour 1,8 ETP, St Dié : 3 fauteuils pour 3,75 ETP, Remiremont : 2 fauteuils pour 2 ETP).

*Meuse :*

- 3 centres gérés par l'UTML (Bar-le-Duc : 1,7 ETP dentiste, Verdun : 3 ETP, Commercy : 2,2 ETP).

*Moselle :*

- 2 centres gérés par l'UTML (Metz : 5 fauteuils pour 4,75 ETP dentistes, Thionville : 3 fauteuils pour 4 ETP).

Les Centres dentaires CPAM :

*Meurthe-et-Moselle :*

- 1 centre géré par la CPAM de Nancy (2 fauteuils pour 1 médecin stomatologue, 2 chirurgiens-dentistes).

*Meuse :*

- 1 centre géré par la CPAM Bar-le-Duc (1 ETP dentiste) ; conventionnement avec le CHS de Fains-Veel et le CH de Bar-le-Duc pour favoriser la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation d'urgence sociale.

*Moselle :*

- 6 centres gérés par la CPAM de Moselle implantés à Metz, Hagondange, Hayange, Thionville, Forbach et Sarreguemines (6 ETP dentistes, 5 ETP prothésistes dentaires) ; ces centres ont pour objectif d'apporter une attention particulière au public précaire ou fragilisé en terme de prise en charge et de prévention.

**d) Centres de l'Etablissement Français du Sang Lorraine Champagne**

- L'unité d'Hémaphérèse Thérapeutique site de Vandoeuvre, prestataire pour le CHU d'actes thérapeutiques d'hémaphérèse.
- Le CDS site d'Epinal accueille les patients des Vosges pour des saignées.

**II.b.2. Maisons de santé pluridisciplinaires**

Définies par l'article 39 de la Loi HPST, les maisons de santé pluridisciplinaires constituent une forme d'exercice regroupé rénové qui, par la coordination des professionnels de santé autour d'un projet de santé partagé, participe à assurer l'accès à la santé et aux soins de la population dans des territoires fragilisés.

En raison notamment du foisonnement des initiatives, de la multiplicité des sources de financement tant privées que publiques, d'un retour d'information souvent facultatif après l'accord de financement, il est très difficile de connaître avec précision le nombre des projets et réalisations.

A défaut d'être exhaustif, le recensement cartographique ci-dessous, fondé sur un partage d'informations avec la FEMALOR et les autres financeurs, livre un inventaire relativement approché.

La dynamique des maisons de santé pluridisciplinaires est soutenue en Lorraine :

Dix-sept maisons de santé, ayant bénéficié de financements publics, sont réputées en activité. Cinq structures auraient été financées sur des fonds privés ; à cet égard, elles ne peuvent être qualifiées avec certitude de maisons de santé pluridisciplinaires.

Au 15 octobre 2011 :

- dix projets ont été retenus dans le cadre du plan national d'équipements en maisons de santé pluridisciplinaires,
- onze projets sont en phase d'opérationnalisation (construction en cours ou prochaine),
- dix-neuf projets sont en cours d'élaboration,
- vingt-sept réflexions sont menées à des degrés plus ou moins avancés.

Nombre de projets et de réflexions ont récemment émergé et investissent des territoires jusqu'alors dépourvus.

Ils concernent principalement :

- en Meurthe-et-Moselle : le Saintois, le Lunévillois et le nord du département,
- en Meuse : l'ouest du département,
- en Moselle : le nord du département et le pays de Sarrebourg,
- dans les Vosges : l'est et l'ouest du département.

D'autres émergent également dans à grande proximité voire au sein des agglomérations lorraines : autour ou à côté de Longwy, Jarny, Thionville, Remiremont, et dans un périmètre un peu plus éloigné de l'agglomération messine.

Force est de constater que le département de la Meuse est davantage concerné par des projets reposant sur des organisations multi sites (une maison de santé à laquelle est annexée une antenne éloignée de quelques kilomètres) pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés.

Le sud-ouest Vosgien est concerné par un programme intercommunautaire, intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », visant la création de trois maisons de santé coordonnées dans les sièges respectifs des communautés de communes du Pays de Saône et Madon (Darney), des Marches de Lorraines (Lamarche) et du Pays de la Saône Vosgienne (Monthureux-sur-Saône). L'ensemble du projet a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale<sup>1</sup>, lancé le 9 novembre 2009.

Cette vivacité n'est pas récente ; elle a été encouragée dès le milieu des années 2000 par le soutien des pouvoirs publics, et l'Ordre des médecins en particulier en Meuse, pour anticiper les perspectives alarmantes de la démographie médicale.

Le mouvement est aujourd'hui entretenu par le lancement, en juillet 2010, d'un plan national d'équipement en maisons de santé, dans le cadre duquel dix dossiers ont déjà été retenus, depuis octobre 2010, par un comité de sélection régional ad hoc, mis en place par l'ARS et la Préfecture de Région et associant les représentants de l'Etat, les collectivités territoriales et les représentants des professionnels de santé.

<sup>1</sup> Le dispositif « Pôle d'Excellence Rural », dont la 1ère vague a été lancée en décembre 2005, vise à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.





## Les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en Lorraine (situation au 15 octobre 2011)



L'ensemble des réalisations, constructions, projets et réalisations offre une bonne couverture du territoire régional.

### II.b.3. Pôles de santé

Les pôles de santé sont apparus récemment et de manière spontanée sous l'impulsion des professionnels de santé libéraux.

L'article 40 de la loi HPST leur donne une définition et une reconnaissance législatives. Il s'agit d'organisations fonctionnelles, indépendamment de tout regroupement physique ; chaque membre du pôle conserve donc son indépendance et son lieu d'exercice.

Sur un même territoire, les pôles de santé peuvent fédérer une offre sanitaire voire médico-sociale variée : plusieurs cabinets libéraux, différents services de santé (réseaux de santé, maisons de santé, centres de santé), des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux. Ils assurent, de manière coordonnée, des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Si la loi HPST a reconnu l'existence du pôle de santé, elle ne lui impose pas, contrairement aux maisons et centres de santé, l'obligation d'élaborer un projet de santé. Toutefois, le projet de santé de territoire apparaît en filigrane de la logique d'aménagement du territoire par laquelle les promoteurs d'un pôle de santé visent à coordonner, sur un territoire donné, l'offre de soins de premier recours.

L'incidence est alors double :

- d'une part, le pôle de santé est une organisation plus légère et plus souple que les maisons de santé et les centres de santé. Le « projet de santé territorial » peut être construit de façon progressive selon le degré d'intégration des différents professionnels y participant, en adoptant des objectifs de santé publique similaires à ceux des maisons de santé.
- d'autre part, l'ensemble de la population d'un territoire est ainsi desservi par le pôle (ce qui permet de se situer dans une logique de santé publique). On passe en effet de la notion de patientèle d'un cabinet à la notion de population d'un territoire.

Les pôles de santé peuvent emprunter des statuts juridiques différents : associations, groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public,....

Comme dans le cadre des réseaux de santé et en fonction des partenaires, les professionnels de santé peuvent être libéraux ou salariés.

**Il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles fonctionnant à l'heure actuelle, la notion, grâce à sa souplesse, restant fluctuante.**

Trois pôles de santé « hors les murs », financés à titre privé, peuvent cependant être comptés :

- en Meuse : Revigny-sur-Ornain et Etain,
- dans les Vosges : Plombières-lès-Bains.

Aucun pôle de santé n'a bénéficié à ce jour d'un financement FIQCS en Lorraine. En 2009, le DHOS avait recensé 25 pôles de santé financés au titre du FIQCS en France.

#### **II.b.4. Réseaux de santé ou de soins**

##### **II.b.4.1. Historique**

**Dans les années 90**, les réseaux émergents recouvraient essentiellement les thématiques d'actualités : VIH, hépatite C, toxicomanie, alcoolologie, personnes âgées, précarité...

**Entre 1998 et 2002**, les réseaux régionaux lorrains existants répondaient aux grandes orientations du Code de Santé Publique : ONCOLOR, PERINAT, Lorraine Urgences, RIRLOR, ALLERGOLOR, NEPHROLOR, LORALCO.

**En 2002**, la loi de financement de la Sécurité Sociale 2002 crée un fonds spécifique qui leur est dédié, « la dotation nationale de développement des réseaux » (DNDR), qui permet dans sa déclinaison régionale (DRDR) le financement des réseaux de santé décidé conjointement par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Ce fonds, en articulation avec la dotation assuranticielle du Fonds Amélioration pour la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), a permis le déploiement de nombreux projets.

**Au 1er juillet 2007**, l'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 institue une nouvelle enveloppe *unique* : le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ce nouveau dispositif reprend les champs d'intervention des deux autres fonds expérimentaux DNDR et FAQSV qui disparaissent.

Le FIQCS a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le découplage du système de santé.

A ce titre, il finance :

- le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé,
- les actions ou structures visant au maintien de l'activité et de l'installation en zone déficitaire,
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé,
- les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville,
- les structures contribuant à la Permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centres de régulation libérale,
- le développement du Dossier médical personnel (DMP).

La dotation régionale du FIQCS pour l'exercice 2011 est d'un montant de 6 709 079 €.

Son financement permet d'engager des projets en expérimentations dites « soins de ville » et des projets anciennement intitulés « Mission Régionale de Santé » au titre desquels on trouve les réseaux de santé.

#### II.b.4.2. Définition

##### **Qu'est ce qu'un réseau ?...quels en sont les enjeux ?**

Le constat qui est fait permet d'établir que la prise en charge d'un malade est souvent une situation médicale, psychologique et sociale compliquée qui exige l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses.

Ainsi, c'est dans l'optique d'apporter une réponse adéquate et coordonnée face à cette situation complexe que les réseaux de santé se sont institués.

La mise en place d'un tel dispositif impose :

##### ➤ **qu'il s'appuie sur 4 piliers :**

- le **projet médical** qui lie les professionnels
- la **coordination des soins** (grâce à la coordination des professionnels)
- la **formation et information des professionnels** (apprentissage de la pratique de réseau, respect des référentiels de pratique, retour d'information sur les résultats du réseau)
- l'**évaluation** (pratiques en réseau, qualité des soins, résultats économiques du réseau)

##### ➤ **et qu'il respecte 4 principes :**

- respect du **libre choix du patient**
- **partage de l'information** entre professionnels et la confidentialité
- mise en place d'un **dossier médical commun**
- existence d'un **système d'information**, nœud essentiel du réseau, qui doit permettre de connaître à tout moment l'état de santé du patient (via le dossier patient), les actes réalisés et de s'assurer de la conformité des soins aux références médicales en vigueur

##### ➤ **au service de 3 enjeux :**

- replacer le patient au cœur du système, assurer sa prise en charge dans la continuité, la cohérence, la globalité (...), et optimiser l'accès aux soins (qualité, proximité...)
- décloisonner le système de santé entre disciplines médicales, ville et hôpital, préventif et curatif, médical et social
- accroître les compétences des acteurs via les nouveaux modes de transmission de l'information, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, les échanges de pratiques, la formation.



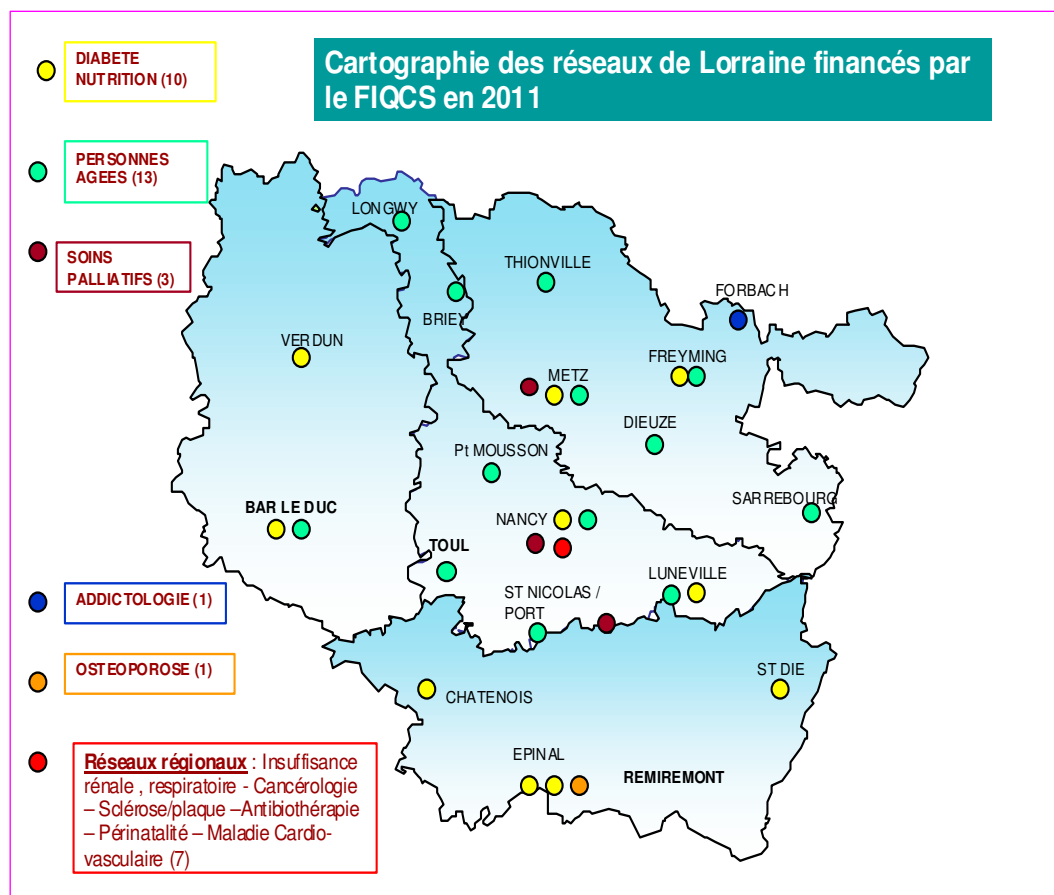
**Les dépenses prises en charges au titre du réseau servent à organiser la coordination et la continuité des soins :**

- le fonctionnement : personnels salariés, formation, communication, frais généraux, équipement informatique et mobilier
- la rémunération des prestations médicales : dossier médical du patient, élaboration de référentiels, coordination, concertation pluridisciplinaire
- les actes dérogatoires : éducation collective – individuelle, consultation d'entrée et de suivi, bilans soins et prévention, consultations de diététiciens, de sages femmes, de psychologues,..., astreintes médicales
- l'évaluation du projet : interne par les promoteurs et externe par des prestataires.

**II.b.4.3. Les réseaux de santé Lorrains en 2011**

| Projets financés par le FIQCS                                               |                                                      |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|
| Thématique                                                                  | Projet                                               | Territoire          |
| GERONTOLOGIE (13)                                                           | GERONTONORD                                          | THIONVILLE TSP 5    |
|                                                                             | REGESA                                               | DIEUZE TSP 9        |
|                                                                             | REGEME                                               | CREUTZWALD TSP 7    |
|                                                                             | REGE2M                                               | METZ TSP 6          |
|                                                                             | DOMI RESEAU                                          | LONGWY TSP 4        |
|                                                                             | MAILL'AGE                                            | BRIEY TSP 3         |
|                                                                             | GPS                                                  | SARREBOURG TSP 10   |
|                                                                             | CUNY                                                 | NANCY TSP 16        |
|                                                                             | AGE ET SANTE                                         | BAR LE DUC TSP 11   |
|                                                                             | SEL ET VERMOIS                                       | SAINTOIS TSP 16     |
|                                                                             | RESEAU VAL DE LORRAINE                               | TSP 15              |
|                                                                             | RESAPEG                                              | TOUL TSP 14         |
|                                                                             | RESEAU LU                                            | LUNEVILLOIS TSP 17  |
| SOINS PALLIATIFS (3)                                                        | LE PALLIDUM                                          | GORZE TSP 6         |
|                                                                             | TRAIT UNION                                          | GD NANCY TSP 16     |
|                                                                             | AUTREMENT                                            | 54/88               |
| ADDICTOLOGIE (1)                                                            | AMELUCTA                                             | BEHREN TSP 7)       |
| DIABETE ET NUTRITION (10)                                                   | ADOR 55                                              | VERDUN TSP 1        |
|                                                                             | REDIAME                                              | MOSELLE EST TSP 7   |
|                                                                             | POIPLUME                                             | METZ TSP 6          |
|                                                                             | MDE                                                  | EPINAL TSP 18       |
|                                                                             | RDD                                                  | DEODATIE TSP 19     |
|                                                                             | REDIVHOM                                             | BAR LE DUC TSP 11   |
|                                                                             | AVPN                                                 | EPINAL TSP 18       |
|                                                                             | MDN                                                  | NANCY TSP 16        |
|                                                                             | MDNL                                                 | LUNEVILLE TSP 17    |
|                                                                             | MDNP                                                 | CHATENOIS 88 TSP 13 |
| OSTEOPOROSE (1)                                                             | ECOLE DE L'OSTEOPOROSE                               | EPINAL TSP 18       |
| Régionaux (7)                                                               | LORSEP (sclérose en plaques)                         | REGIONAUX           |
|                                                                             | NEHROLOR (insuffisance rénale)                       |                     |
|                                                                             | RIR LOR (insuffisance respiratoire)                  |                     |
|                                                                             | ICALOR (cardiovasculaire)                            |                     |
|                                                                             | RPL (périnatalité)                                   |                     |
|                                                                             | ONCOLOR (oncologie)                                  |                     |
|                                                                             | ANTIBIOLOR (antibiothérapie)                         |                     |
| Projets non financés par le FIQCS mais participant à la dynamique régionale |                                                      |                     |
| Régionaux                                                                   | collège des gériatres Lorrains                       | REGIONAUX           |
|                                                                             | LORDIAMN (diabète, maladies métaboliques, nutrition) |                     |
|                                                                             | LORRADICT (addiction)                                |                     |
|                                                                             | ALLERGOLOR (allergologie)                            |                     |
|                                                                             | PRELOR (prélèvement)                                 |                     |

## Implantation sur le territoire



## Missions des réseaux

### 28 réseaux thématiques

#### 13 gérontologie, 10 diabétologie, 3 soins palliatifs, 1 addictologie, 1 ostéoporose

D'une manière générale, quelle que soit la thématique du réseau, on retrouve des objectifs médicaux, économiques, organisationnels ou de qualité, similaires. Il existe toutefois des spécificités selon la thématique.

**Exemples d'objectifs médicaux :** organisation d'actions de prévention, coordination des actions et des soins en lien avec les médecins traitants, diminution des admissions aux urgences, amélioration de la prise en charge notamment en sortie d'hospitalisation, formation des professionnels,...

**Exemples d'objectifs économiques :** observation et analyse des besoins, réduction des coûts de la pathologie et des complications en agissant sur l'incidence et la gravité, mise en place d'une analyse budgétaire, mutualisation,...

**Exemples d'objectifs organisationnels :** amélioration et évolution des flux d'informations et des procédures de fonctionnement, organisation de réunions, amélioration et harmonisation des pratiques professionnelles, mise en place des outils de partage d'informations et des référentiels, développement du partenariat ville-hôpital, mutualisation des moyens,...

**Exemples d'objectifs « qualité » :** amélioration de la qualité du service rendu par le réseau, recherche de la satisfaction des patients et des professionnels de santé libéraux, amélioration de la communication auprès des professionnels et des usagers,...

### Objectif général des réseaux nutrition et diabète :

Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des diabétiques et des obèses sur le territoire par le biais d'information, d'éducation thérapeutique et de formation des professionnels.

Objectifs médicaux spécifiques :

- développer l'Education Thérapeutique du Patient
- former en interdisciplinarité les professionnels à l'ETP
- faciliter la mise en place d'une insulinothérapie en ambulatoire pour le diabète
- permettre l'accès aux activités sportives
- réduire l'incidence et la gravité des complications en particulier au niveau des pieds
- favoriser l'accès aux pédicures podologues pour tout diabétique dont l'état de santé le nécessite en proposant le bilan diabétique annuel
- réduire le risque de complications de l'obésité adulte.

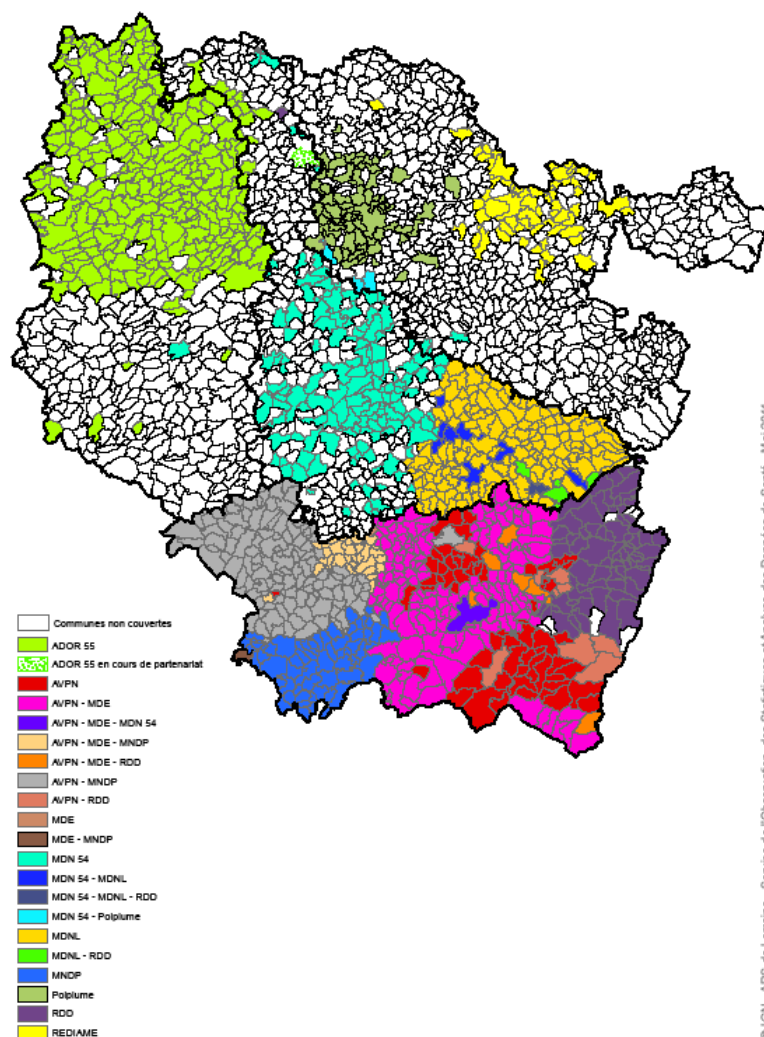
### Objectif général des réseaux nutrition enfants :

Dépister et prendre en charge des enfants de deux à seize ans présentant un surpoids ou une obésité ou un rebond précoce d'adiposité en organisant le parcours de soins des patients et l'échange d'informations entre les acteurs ainsi que leur coordination.

Objectifs médicaux spécifiques :

- réaliser une éducation nutritionnelle des parents des enfants en crèches et écoles maternelles pour faire évoluer le comportement nutritionnel et lutter contre la sédentarité
- réaliser une éducation nutritionnelle en grandes surfaces, des parents des enfants inclus dans le réseau
- stabiliser l'évolution des Indices de Masse Corporelle des enfants en rebond précoce, surpoids et obésité pris en charge
- réduire la progression de l'obésité infantile, le risque d'évolution vers l'obésité de l'adulte et le risque de complications.

## DIABETE et NUTRITION Les réseaux lorrains



Les communes d'intervention du réseau de BAR LE DUC « REDIVHOM » ne figurent pas dans le document (données NR)

### Objectif général du réseau ostéoporose :

Améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de l'ostéoporose en aidant le médecin généraliste à assurer une prise en charge globale et de proximité.

Objectifs médicaux spécifiques :

- développer l'Education Thérapeutique du Patient et l'information médicale.

Objectifs économiques :

- réduire les complications graves et coûteuses de l'ostéoporose.

Objectifs organisationnels :

- améliorer l'offre relative à l'Education Thérapeutique du Patient.

### **Objectif général du réseau addictologie (sevrage tabagique) :**

Aider le fumeur qui désire s'arrêter de fumer. Améliorer son accueil, sa prise en charge et son accompagnement. Le faire bénéficier d'une offre de sevrage tabagique qualitativement et quantitativement satisfaisante (formation de professionnels « relais »). Améliorer l'accès à la prévention, à l'éducation et à l'information.

### **Objectif général des réseaux de soins palliatifs :**

Améliorer la qualité de la prise en charge, globale et continue, des patients en fin de vie en mettant à disposition des patients, de leur entourage, un réseau de soins palliatifs à domicile reposant sur l'articulation entre les acteurs libéraux du terrain (effecteurs) et une équipe de coordination.

Objectifs médicaux spécifiques :

- améliorer les connaissances en douleur et soins palliatifs
- former les professionnels et bénévoles de manière à développer leurs compétences spécifiques en soins palliatifs à domicile
- améliorer la connaissance du rôle du réseau pour inclure les patients en début de phase palliative avec diminution du pourcentage de non inclus
- prévenir les situations critiques et les risques de complications
- soulager la douleur et les autres symptômes de fin de vie.

Objectifs organisationnels :

- prise en charge multidisciplinaire du patient
- meilleure connaissance des intervenants du domicile.

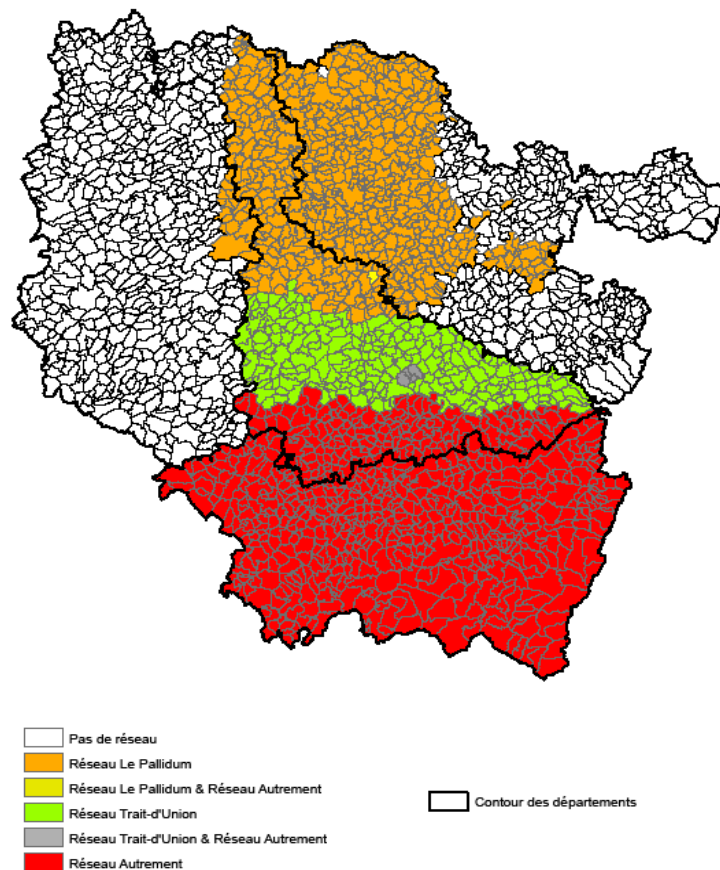
Objectifs économiques :

- limiter les hospitalisations non souhaitées en nombre et en durée
- réduire l'hospitalisation terminale
- diminuer le coût journalier de la prise en charge.

Objectifs de qualité :

- développer une réflexion éthique
- respecter la volonté du patient qui reste acteur de sa prise en charge
- respecter le délai de 48 heures pour effectuer la coordination.

## Couverture des réseaux de soins palliatifs en Lorraine



### Objectif général des réseaux gériatologiques

Améliorer la prise en charge coordonnée et globale des personnes âgées en situation de fragilité ou de dépendance sur le territoire via une évaluation des besoins médico-sociaux réalisée par une équipe mobile. Préserver chaque fois que possible le désir de ces personnes de rester à leur domicile. Veiller à la bonne qualité des décisions et des conditions d'hospitalisation et d'admission en établissement médico-social.

#### Objectifs médicaux spécifiques :

- améliorer la prise en charge des personnes âgées du secteur d'intervention du réseau,
- former les professionnels et les aidants,
- évaluer les personnes âgées sur leur lieu de vie : évaluation gériatrique standardisée et bilan social en lien avec les CLIC,
- évaluer la charge des aidants,
- mettre en œuvre le plan d'intervention personnalisé (PIP),
- assurer le suivi du plan d'intervention personnalisé (PIP),
- organiser la réévaluation du plan d'intervention personnalisé (PIP).

#### Objectifs économiques :

- limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations et la formation des professionnels,
- déterminer le gain financier potentiel d'une prise en charge dans le réseau par rapport aux durées d'hospitalisation de la personne âgée.



#### Objectifs organisationnels :

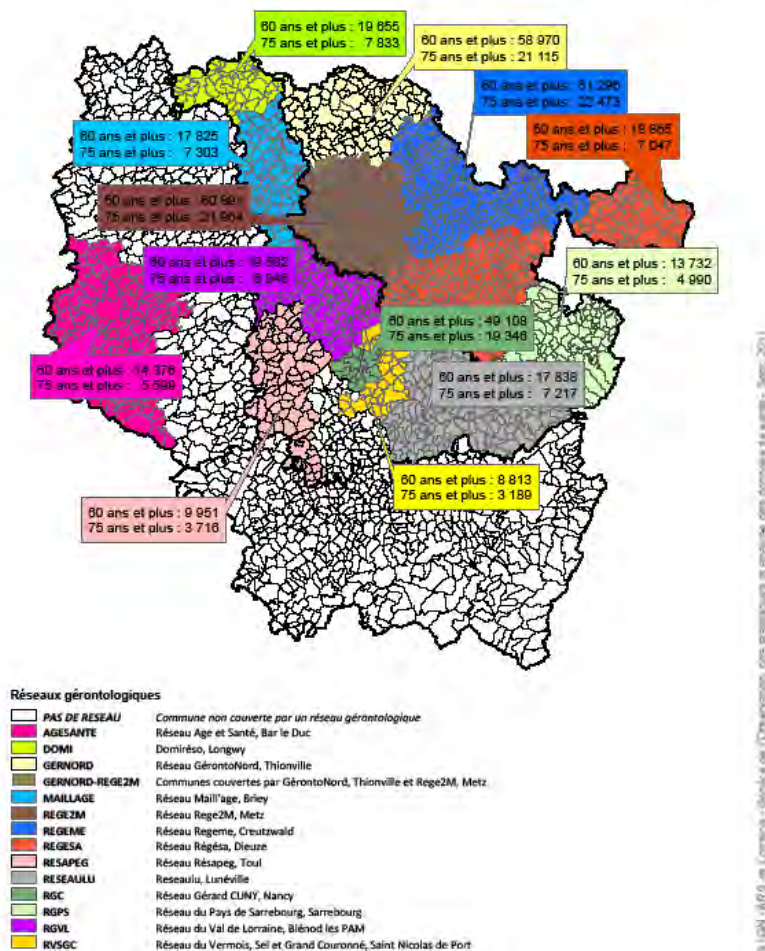
- décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient,
- assurer un rôle de veille et d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts,
- être moteur dans la coordination des réseaux gériatologiques au niveau de la région,
- favoriser le partenariat entre les établissements, associations, SSIAD, CGL, CHL et réseaux de santé.

#### Objectifs de qualité :

- faciliter les démarches des personnes âgées et de leur famille,
- susciter et conforter l'intérêt des libéraux à la mise en place et au suivi de référentiels de bonnes pratiques en gériatologie,
- développer la recherche en gériatologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement,
- favoriser l'accès à la filière de soins gériatrique,
- diminuer le risque de chute,
- diminuer le risque iatrogène,
- diminuer les hospitalisations non programmées via le service des urgences,
- diminuer les institutionnalisations via une hospitalisation,
- évaluer le réseau : démarche qualité interne et qualité du réseau.

### Couverture des réseaux gériatologiques en Lorraine à la date du 09 septembre 2011

Source : RP INSEE 2007



## 7 réseaux régionaux

### 1) **LORSEP**

#### L'objectif général :

L'objectif général du réseau est de permettre aux patients atteints de SEP de bénéficier d'une prise en charge de proximité de qualité équivalente quel que soit le lieu de vie.

D'un point de vu opérationnel, il convient de mettre en œuvre :

- une coordination des soins entre les professionnels de santé (acteurs médicaux, paramédicaux, psychosociaux, institutionnels),
- une évaluation et une expertise pluridisciplinaire pour répondre à des besoins de prise en charge médicale, sociale ou professionnelle,
- une éducation des patients et la mise à leur disposition de sources d'information grâce une équipe coordinatrice dédiée,
- une formation continue et une actualisation des connaissances de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la SEP,
- un développement de la connaissance de la maladie et de son impact au niveau régional.

### 2) **NEPHROLOR**

#### L'objectif général :

La mise en place d'un réseau structuré et coordonné au sein de l'agglomération nancéienne pour la prise en charge de l'IRC en population générale devrait permettre de ralentir la progression de l'IRC, diminuer ses conséquences en termes de morbi-mortalité en particulier cardiovasculaire et de diminuer le nombre de patients arrivant à la dialyse en urgence.

D'un point de vu opérationnel, il s'agit de :

- informer et former les acteurs de santé sur le diagnostic précoce de l'IRC, la mise en place des traitements néphroprotecteurs et les avantages d'une prise en charge précoce et coordonnée.
- optimiser la prise en charge existante des patients IRC sur le plan organisationnel via des protocoles/référentiels de prise en charge adaptés au patient et à la gravité de son IRC et en créant des outils permettant l'identification et le suivi des patients
- traiter selon des schémas thérapeutiques validés les complications de l'IRC
- rendre les patients acteurs de leur prise en charge par la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique
- favoriser l'accès aux ressources disponibles notamment pour la prise en charge médico-sociale des patients
- développer des collaborations tant avec des réseaux existants (ICALOR, MDN, Réseau G.CUNY) en partageant les informations et en mutualisation les moyens (locaux, diététiciens, prise en charge sociale...), qu'avec des professionnels de santé.



### **3) RIR LOR**

#### L'objectif général :

Le Réseau Insuffisance Respiratoire de Lorraine propose depuis 2006 un programme de réhabilitation respiratoire aux patients lorrains atteints de maladie respiratoire chronique compliquée de handicap (ce programme, initié, le plus souvent lors d'un stage en institution, est poursuivi au domicile des patients).

Il s'agit d'un ensemble de soins pluridisciplinaires, personnalisés, associant des composantes de base, le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique, auxquelles peuvent s'associer d'autres prises en charge (kinésithérapique, diététique, psychologique...) en fonction des besoins du patient. Ce traitement, fondé sur les preuves, diminue les symptômes, améliore les conditions physiques et psychosociales, diminue les hospitalisations et le recours aux soins en urgence et les coûts de santé. Les recommandations des sociétés savantes pneumologiques le placent en première ligne de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques, en particulier de la plus fréquente d'entre elles, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO.

Les patients concernés par la réhabilitation respiratoire sont des patients atteints d'une maladie respiratoire chronique avec dyspnée d'effort, à l'origine d'une limitation de l'activité physique quotidienne.

Ils bénéficient d'un suivi médical par un médecin pneumologue ou généraliste, et doivent être en période de stabilité clinique au moment de l'inclusion dans le programme de réhabilitation respiratoire.

D'un point de vue opérationnel, il s'agit de :

- formaliser des protocoles de soins pour les composantes de base de la réhabilitation respiratoire, pour le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique du patient,
- mobiliser et former des professionnels à la réhabilitation respiratoire,
- rédiger des référentiels de prise en charge pour l'harmonisation des pratiques,
- mettre à disposition des membres du réseau des systèmes d'information et de communication adaptés (le RIR a signé une convention avec le GCS Télésanté Lorraine pour bénéficier d'une messagerie sécurisée pour la télétransmission du dossier du patient entre les prescripteurs, les prestataires et le médecin coordonnateur).

### **4) ICALOR**

#### L'objectif général :

Le réseau a pour objectif de diminuer la morbi mortalité, les ré-hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques de Lorraine. Il repose sur la coordination et la standardisation des soins afin d'assurer une prise en charge de proximité, optimisée et continue du patient, son éducation et sa surveillance à domicile.

D'un point de vue opérationnel il s'agit de :

- mettre en place des procédures permettant la coordination, la graduation et la continuité de la prise en charge médicale et sociale des patients,
- d'organiser l'ETP des patients,
- d'organiser la surveillance du patient à son domicile,
- mettre en place des référentiels diagnostiques et thérapeutiques dans le but d'harmoniser les pratiques médicales,
- contribuer à la formation continue des personnels médicaux,
- mettre en place un système d'information régional et de partage des informations utiles à la prise en charge du patient,
- mettre en place des procédures d'évaluation et contribuer au développement de la recherche clinique dans le domaine.

## **5) RPL**

### L'objectif général :

Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires prénatales.

D'un point de vue opérationnel il s'agit de :

- favoriser l'offre de proximité en évitant chaque fois que cela s'avère possible la séparation de la mère et de l'enfant,
- améliorer la sécurité en trouvant la meilleure adéquation possible entre la gravité des pathologies prises en charge et les moyens disponibles dans chaque centre, dans le principe d'une graduation de la prise en charge (niveaux de soins maternels et néonataux),
- établir des recommandations de bonne pratique médicale,
- augmenter le niveau de compétence de l'ensemble des soignants en périnatalité, notamment par la formation professionnelle en lien avec la Commission Régionale de la Naissance,
- garantir une équité de prise en charge pluridisciplinaire en tout point du réseau,
- assurer une information adaptée aux usagers.

Les outils de fonctionnement du réseau : les commissions sont des groupes de travail pluridisciplinaires dans lesquelles sont élaborés les travaux du réseau.

En 2008 – 2009, les commissions suivantes ont été définies avec des objectifs précis :

- ❖ Offres de soins : étudier la démographie médicale sur le territoire, les collaborations inter-établissements et la qualité de la prise en charge en Lorraine,
- ❖ Transferts : mettre en place une prise en charge adaptée et graduée pour les mères et les enfants en identifiant le lieu d'accouchement adapté à la pathologie maternelle et le lieu de naissance adapté à la pathologie attendue de l'enfant sans écarter la nécessité de préserver les liens mère/enfant,
- ❖ Soignants : élaborer des référentiels de prise en charge sur des thématiques particulières liées à la périnatalité,
- ❖ Anesthésie-réanimation : établir des protocoles spécifiques à l'anesthésie et à la réanimation en périnatalité, assurer un rôle d'information et de formation continue sur cette thématique et évaluer les conditions de sécurité anesthésique dans les maternités,
- ❖ RAFAEL. La commission RAFAEL a abouti à la création du réseau de santé RAFAEL. Ce projet est un réseau de professionnels organisé pour suivre, accompagner et prendre en charge les enfants nés prématurés, de faibles poids de naissance ou fragiles,
- ❖ Formation – information – dossier partagé : développer des outils de communication,
- ❖ Réseaux de proximité : réaliser une mise en réseau local, un annuaire territorial de proximité, des staffs de parentalité,
- ❖ Evaluation : réaliser des enquêtes à partir des données.

## Cartographie Lorraine des acteurs concernés :



## **6) ONCOLOR**

### L'objectif général :

Le réseau s'inscrit dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

Ses principales missions sont :

- la promotion et l'amélioration de la qualité, l'aide à la formation continue des professionnels de santé (PS)
- la coordination opérationnelle des activités de cancérologie
- la promotion d'outils de communication communs
- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins
- l'évaluation de ses membres et des pratiques
- l'information du public et des PS.

L'activité du réseau régional ONCOLOR consiste en :

- L'élaboration et l'actualisation des référentiels de bonnes pratiques
- L'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- La promotion d'outils de communication communs : e-rap / DCC, LorrConf, (webconférence), site internet.
- L'organisation des RCP de recours.
- La mise en place d'actions de formation en mode présentiel ou e-learning via OncoTICE.
- L'optimisation du fonctionnement et de la qualité des pharmacies hospitalières
- La coordination régionale de l'équipe mobile de recherche clinique (EMRC)
- La mise en place avec l'ARS d'un schéma organisationnel du 3C en Lorraine.
- L'organisation en réseau de l'oncopédiatrie avec le réseau ONCOLORPEDIATRIE qui est une émanation du réseau ONCOLOR. L'objectif général est d'améliorer la prise en charge des cancers de l'enfant, notamment dans ses dimensions médicales, paramédicales,

psychologiques et socio-éducatives, en renforçant l'articulation entre la médecine ambulatoire, les établissements des soins de proximité et le centre de référence.

- L'aide à la généralisation du dispositif d'annonce et l'aide au développement du programme personnalisé de soins (PPS) et du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC
- L'information des patients et de leurs proches
- Des actions d'évaluation : audits UCPC, audits cliniques rectum, audits RCP,...

## **7) ANTIBIOLOR**

### L'objectif général :

L'objectif principal du réseau consiste à apporter aux prescripteurs et aux établissements une aide pour organiser le meilleur usage des antibiotiques.

Opérationnellement le réseau a pour mission :

- D'élaborer, valider, diffuser et utiliser les référentiels régionaux. Les référentiels concernent les trois acteurs des processus conduisant à une prescription et à une dispensation d'anti-infectieux : médecins et dentistes prescripteurs, microbiologistes, pharmaciens.
- De promouvoir les prescriptions normées d'anti-infectieux.
- De développer les pratiques d'évaluation dont l'audit dans le domaine du bon usage des anti-infectieux tant dans les établissements de soins qu'en médecine libérale. Il s'agit de mettre en évidence les écarts pouvant exister entre les pratiques et les recommandations et de proposer alors des actions correctives.
- De contribuer à la formation continue aux bonnes pratiques d'utilisation des anti-infectieux.
- De fédérer les référents en antibiothérapie exerçant en établissements de soins ; de participer au processus de leur désignation (pré-requis, ...) ; d'assurer leur formation continue.
- De mettre en place un numéro vert accessible de 8h30 à 20h30 du lundi au vendredi hors jours fériés et permettant à tout membre du Réseau d'avoir accès à un conseil téléphonique dans le domaine de la prescription des traitements anti-infectieux.
- D'organiser et de réaliser des réunions de concertation pluridisciplinaire en antibiothérapie pour l'ensemble des prescripteurs lorrains (réunions périodiques permettant d'obtenir un avis diagnostique et thérapeutique).
- De mettre en place des systèmes informatisés permettant d'interfacer les données cliniques, microbiologiques et pharmaceutiques ; systèmes développés en cohérence avec la future plate-forme régionale du système d'information des Réseaux.
- De contribuer au développement des nouvelles technologies de communication et d'information (télémédecine...) ; outils développés en cohérence avec la future plate-forme régionale du système d'information des Réseaux et devant permettre de faciliter les échanges entre les membres du Réseau (mise en ligne des référentiels, échange de données produites et d'informations locorégionales (résistance bactérienne, alerte, prophylaxie, ...), échange de données « patient » sous réserve du niveau de sécurisation du Réseau, ...).
- De contribuer au développement de la recherche épidémiologique et clinique dans le domaine du bon usage des anti-infectieux.
- De mettre en place des actions sous la responsabilité des différentes Commissions constituées.

## II.c. Permanence des soins en médecine ambulatoire

La permanence des soins (PDS) se définit comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de **répondre, après régulation, et par des moyens structurés et adaptés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient**. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, à savoir, selon le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 :

- tous les jours de 20h à 8h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins, le samedi à partir de midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivants un jour férié.

### II.c.1. Cadre réglementaire

La permanence des soins en médecine ambulatoire est régie par plusieurs textes juridiques :

- Les articles L6314-1 à L6314-3, R4127-47, R6311-8, R6313-1 à R6313-7 et R6315-1 à R6315-7 du code de la santé publique
- La convention des médecins généralistes, les avenants 4 et 27
- La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 49
- Les décrets n° 2010-810 et 809 du 13 juillet 2010.

Des cahiers des charges départementaux en définissent les conditions d'organisation locales. Ces organisations sont formellement définies par arrêtés.

L'organisation actuelle de la permanence des soins en Lorraine, telle que décrite ci-dessous, ne tient pas compte des derniers textes parus. Elle sera revue, dans le cadre du cahier des charges régional tel que défini par le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010.

### II.c.2. Mission de la PDS et principes d'organisation

La permanence des soins en Lorraine permet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis après-midi
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins, les jours précédents ou suivants les jours fériés.

L'organisation de la permanence des soins est adaptée au contexte de chaque département lorrain autour des principes suivants :

- Réguler médicalement par téléphone toute demande de soins non programmée
- S'appuyer sur une sectorisation efficiente
- Donner une réponse adaptée à chaque demande de soins
- Informer le public quant au bon usage du recours aux soins non programmés et à la régulation médicale
- Evaluer le dispositif

Elle prend également en compte l'ensemble des principes généraux (continuité des soins, qualité de prise en charge, sécurité, accessibilité) et les textes relatifs à la PDS.

### II.c.3. Régulation libérale

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable (Article R.6315-3 du code de santé publique).

Le concept MEDIGARDE a été créé, pour différencier la réponse des médecins généralistes de la réponse du SAMU, avec un numéro de téléphone unique pour la Lorraine différent du 15 : **0 820 33 20 20**.

Les appels sont acheminés automatiquement vers le centre de régulation de chaque département lorrain, puis régulés par un médecin-régulateur libéral qui apporte la réponse justifiée :

- un conseil médical
- le déplacement du patient au cabinet du médecin de garde
- la visite du médecin de garde auprès du malade
- l'orientation vers un service d'urgence.

Les centres de régulation départementaux sont :

- MEDIGARDE 54 (CHU de Nancy)
- MEDIGARDE 57 (CHR de Metz)
- ASSUM 55 (Hôpital de Verdun)
- ASSUM 88 (Hôpital J. Monnet d'Epinal).

Ce dispositif permet d'offrir à la population une logique de hiérarchisation du système de soins pour une réponse adaptée, durant l'absence de leur médecin traitant (nuit, week-end et jours fériés), en respectant la volonté de rationalisation des moyens mis en œuvre et d'optimisation du service rendu.

En dehors des heures de permanence, l'appel est basculé automatiquement vers le Centre 15.

### II.c.4. Sectorisation

La permanence des soins est organisée dans le cadre départemental par secteur suivant les directives de l'article R6315-1 du code de santé public.

Les limites des secteurs sont fixées en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins.

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 prévoit un découpage par territoires de PDS, qui seront arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet de département.

Ils peuvent être interdépartementaux.

|                                             | MEURTHE ET MOSELLE               | MEUSE                           | MOSELLE                      | VOSGES                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| Cadre réglementaire<br>(arrêtés et avenant) | *AP N° 2008-102<br>du 04/09/2009 | AP N° 2008-1127<br>du 5/11/2008 | APN°2006-85<br>du 20/01/2006 | Arrêté<br>DASS/OSS/N°169<br>du 16/04/2007 |
| <b>Nombre de secteurs :</b>                 | <b><u>26</u></b>                 | <b><u>19</u></b>                | <b><u>46</u></b>             | <b><u>32</u></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

## **II.c.5. Effecteurs de la PDS**

### **II.c.5.1. Effecteurs libéraux.**

Les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Les médecins de chaque secteur s'inscrivent à cet effet sur le tableau départemental nominatif de permanence (Article R6315-2 du code de santé publique).

Si à l'issue des consultations et démarches prévues afin de remplir le tableau de garde, celui-ci reste incomplet, des réquisitions peuvent être effectuées par le préfet.

Pour chaque secteur et chaque période de PDS, un effecteur libéral est de garde, sauf sur les secteurs de :

- Nancy : 4 effecteurs
- Metz : 2 effecteurs

SOS médecins 54 participe largement aux gardes de certains secteurs de Meurthe et Moselle, il permet même de porter à 2 les lignes de garde de weekend et jours fériés pour les secteurs de :

- Toul
- Neuves Maison

### **II.c.5.2. Maisons médicales de garde**

La maison médicale de garde est un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

Les maisons médicales de garde (MMG) s'inscrivent dans l'organisation de la permanence des soins et des orientations du SROS. Elles répondent à un besoin identifié et fonctionnent sur la base d'un cahier de charges contractualisé précédemment avec la Mission Régionale de Santé (MRS).

#### **Le cadre réglementaire des maisons médicales de garde :**

[La circulaire DHOS/CNAMTS du 23 mars 2007](#) précise, par un cahier de charges, toutes les modalités de mises en œuvre. Elle précise également que le pilotage était assuré par la Mission Régionale de Santé (MRS) en région. Le cahier de charge fixe les modalités d'implantation, de financement, de suivi et d'évaluation des maisons médicales de garde.

#### **Présentation des maisons médicales de gardes de Lorraine :**

Trois maisons médicales de garde (MMG) sont implantées en Lorraine :

- ❖ Le cabinet médical de garde "Les bains douches" à Nancy (54)
- ❖ La maison de garde APSAM à Metz (57)
- ❖ La maison de garde FOES à Moyeuvre (57)

## **II.c.6. Etat des lieux : Les forces et faiblesses de la PDSA Lorraine en 2010**

### **II.c.6.1. La PDSA lorraine révèle en 2010 des points forts qu'il faut préserver**

#### **1 Une bonne participation des médecins généralistes au dispositif en 2010**

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas de carence, le Préfet peut réquisitionner les médecins.



Remarque : SOS Médecins 54, particularité de la Meurthe et Moselle, participe largement aux gardes de certains secteurs de ce département en 2010.

|                                               | 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 MG :                    | 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 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 » réservé aux urgences vitales (SAMU).

## **3 Des projets de terrain bien implantés**

### **➤ Des Maisons médicales de garde bien implantées en Lorraine :**

- 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 Moyeuvre dont l'activité 2010 n'a pu être mesurée.

### **➤ Des dynamiques locales ville/hôpital intéressantes :**

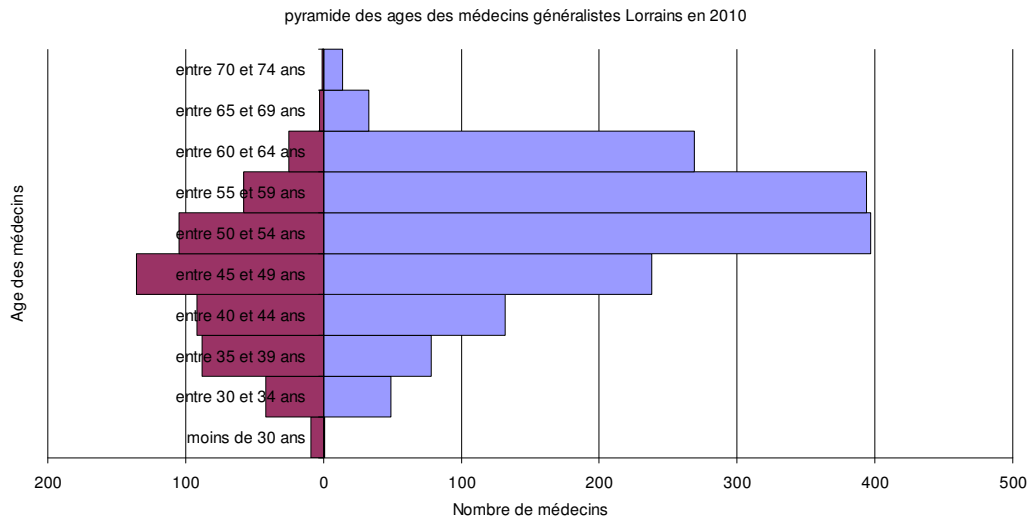
Les Points fixes de garde de Lunéville et Toul situés aux portes des urgences des hôpitaux locaux, ouverts sur la période des week-ends et jours fériés en complément de visites ont recueillis en 2010 des retours positifs des médecins libéraux et des urgentistes.



## **II.c.6.2. La PDSA lorraine souffre en 2010 de fragilités dont il faut tenir compte**

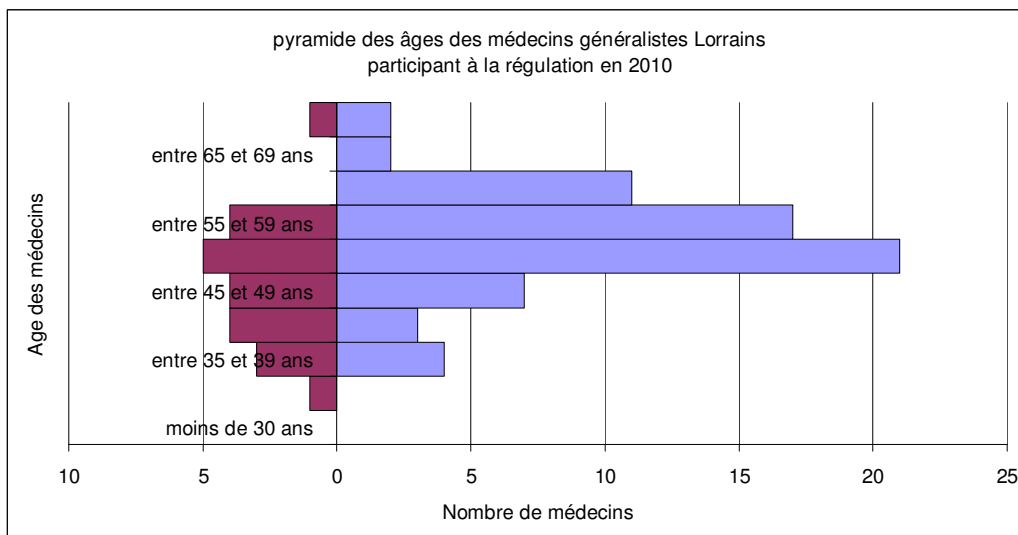
### **1 Pyramide des âges et exemptions**

La pyramide des âges des médecins généralistes tend à rendre les exemptions potentielles de plus en plus nombreuses.

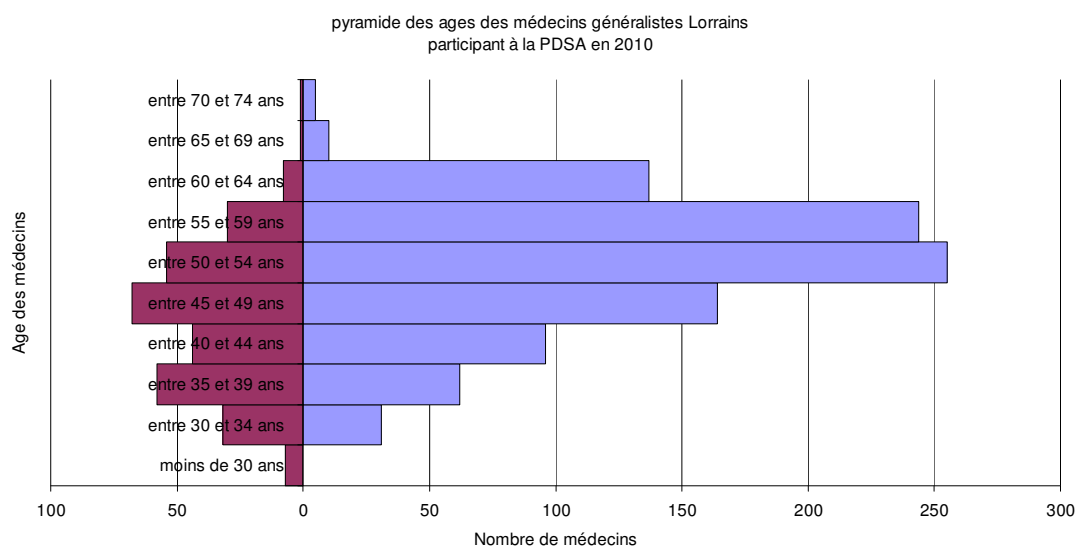


Par ailleurs, localement, la moyenne d'âge peut être bien plus élevée et le réservoir des médecins de garde réduit (peu/pas d'installations de jeunes médecins).

La pyramide des âges des médecins régulateurs souligne une moyenne d'âge plus élevée.



La pyramide des âges des acteurs de la PDSA est 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**

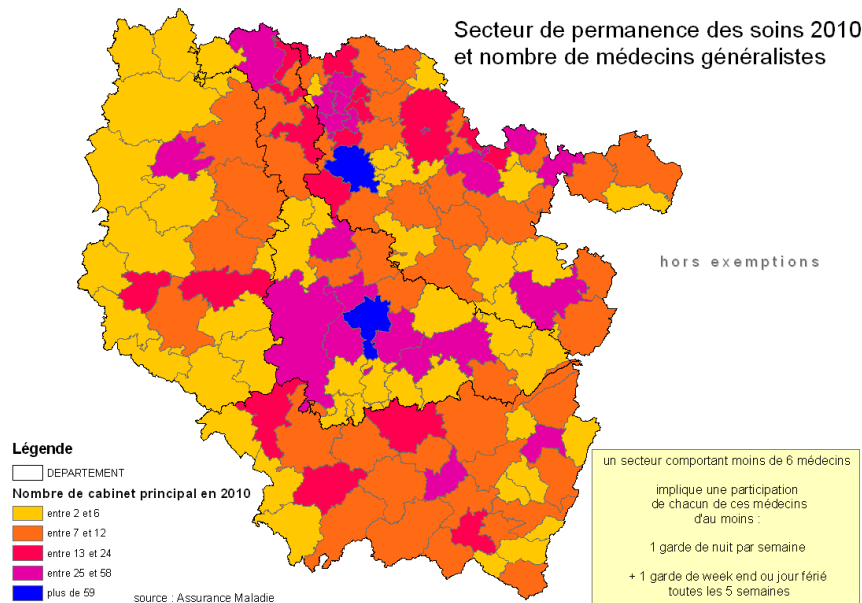
|                                                                | MEURTHE ET MOSELLE | MEUSE        | MOSELLE       | VOSGES        | LORRAINE      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <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 régulée                                          | 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 régulée                                          | 80,9%              | 74,0%        | 42,7%         | 81,1%         | 65,6%         |
| Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique | 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 régulée                                          | 93,0%              | 96,1%        | 54,5%         | 97,8%         | 85,5%         |
| Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique | 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 régulée                                          | 84,1%              | 87,2%        | 65,9%         | 77,8%         | 77,8%         |
| Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique | 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.*

**L'activité en seconde partie de nuit** est particulièrement faible, environ en moyenne, 20 actes par jour dans toute la région.

### **3 Des secteurs en difficulté**

La faiblesse du nombre de médecins dans certains secteurs, entraîne un turn-over fréquent pour certains d'entre eux.



**Le cahier des charges de la PDSA devra prendre en compte les forces et faiblesses des dispositifs actuels afin :**

- **d'utiliser de façon efficiente 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)
- **d'avoir 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)).

## **II.d. Dispositions incitatives dans l'exercice professionnel**

### **II.d.1. Expérimentations en soins de ville**

Pour mémoire, le **fonds d'amélioration de la qualité et des soins de ville (FAQSV)** a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 et instauré par le décret du 12 novembre 1999. **Ce dispositif expérimental a permis d'engager la dynamique expérimentale et portait notamment sur quatre thèmes prioritaires :**

- ✎ La promotion et la coordination entre professionnels libéraux d'une part, et entre la médecine de ville et la médecine hospitalière d'autre part
- ✎ L'amélioration des pratiques professionnelles portant notamment sur l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques
- ✎ Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles
- ✎ Le développement et le partage d'informations.

Le décret d'application n° 2007-973 du 15 mai 2007 paru au JO du 16 mai 2007 a prévu l'entrée en vigueur d'un nouveau fonds au 1er juillet 2007, le **fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**, qui reprend les champs d'intervention d'autres fonds expérimentaux qui disparaissent ainsi, dont le FAQSV.

En 2007 / 2008, le financement des actions expérimentales suivantes a été poursuivi :

- EPACHOL : projet pilote de prévention permettant de réduire et d'optimiser la prescription de statines et de proposer un accompagnement diététique aux patients ayant un excès de cholestérol
- APICEM : le but de ce projet est de former les professionnels de santé libéraux à l'utilisation d'une messagerie électronique afin d'obtenir un partage rapide et sécurisé des informations dans le souci d'assurer une prise en charge du patient dans sa globalité
- ADNALOR : mise à disposition en Lorraine d'un neuropsychologue au niveau des cabinets des neurologues libéraux pour l'exploration des troubles cognitifs dans les affections neurologiques
- HADLOR : former des libéraux à des compétences leur permettant à terme d'effectuer à domicile des soins de niveau hospitalier pour des patients souhaitant être soignés à domicile et permettre à des libéraux d'accéder aux tâches de coordination du réseau
- ADDICTOLOGIE A METZ : mise à disposition d'un visiteur réseau auprès des pharmaciens et médecins généralistes afin d'améliorer le suivi des toxicomanes pris en charge en médecine de ville
- KUB 88 : optimiser la prise en charge des nourrissons touchés par la bronchiolite épidémique et améliorer l'accès aux soins en secteur libéral pour les petits patients vosgiens atteints de bronchiolite et/ou d'asthme du nourrisson.

En 2008, deux nouvelles actions ont été financées :

- PRALIMAP : programme de santé publique ayant pour objectif d'améliorer les connaissances, attitudes et comportements des adolescents vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique et prévenir le surpoids et l'obésité
- Dosimétrie in vivo.

Le conseil national pour la qualité et la coordination des soins a arrêté en séance du 31 janvier 2008 de nouvelles orientations stratégiques en matière de priorités d'action du fond et d'affectation de la dotation.

« S'agissant des expérimentations en soins de ville, il convient d'éviter le financement de projets à durée indéterminée ou indéfiniment reconductibles. A cet effet, les aides du FIQCS sont prioritairement destinées à des projets susceptibles de capitaliser les résultats obtenus, de proposer des modèles économiques autonomes à terme et/ou de bénéficier de financements relais ».

De ce fait, un certain nombre d'actions qui avaient jusqu'alors une reconduction systématique de leur financement sur les fonds expérimentaux cessent de bénéficier d'une subvention sur le FIQCS. Il est nécessaire d'inciter les promoteurs à rechercher des co-financeurs et/ou à trouver un moyen plus pérenne de financer leur projet.

En 2009, le FIQCS a soutenu deux nouveaux projets :

- FEMALOR (fédération des maisons et pôles de santé en Lorraine) dont l'objectif est de fédérer les maisons de santé et les pôles de santé lorrains existants, en cours de réalisation ou en réflexion
- Maison de santé des thermes<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> En articulation avec le dispositif Article 44 LFSS 2008, besoin en équipement financé sur le FIQCS.

En 2010, poursuite du financement FIQCS du projet FEMALOR et nouveau soutien financier pour les 2 projets suivants :

- Polysomnographie : mise en place d'un système d'enregistrement des troubles du sommeil en hospitalisation à domicile, avec interprétation centralisée des résultats,
- Application réseau : développement et déploiement d'une application réseau régional pour la diabétologie (via le réseau MDN 54) et la néphrologie (via le réseau régional NEPHROLOR).

Il est à noter que la dotation régionale 2010 laisse peu de place pour le financement de dispositifs innovants.

En 2009 le fléchage financier notifié par la tutelle dotait la Lorraine de 5,8 M€ sur l'axe « mission régionale de santé » (regroupant les réseaux, la Permanence des soins, les maisons des ados et les maisons de santé pluridisciplinaires) et 1,2 M€ au titre des actions en soins de ville.

En 2010, l'enveloppe « actions missions régionales de santé » est portée à 6,7 M€ et l'enveloppe « expérimentations en soins de ville » ramenée à 121 975 €.

Pour l'exercice financier 2011, le montant de l'enveloppe FIQCS est globalisé ; cela laisse donc une plus grande latitude en région pour financer de nouvelles expérimentations.

## **II.d.2. Nouvelles formes de rémunérations**

### **II.d.2.1. Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)**

Le CAPI est un contrat proposé par l'Assurance Maladie aux médecins généralistes ; il n'est pas obligatoire. Il a été mis en place en 2009.

Pour adhérer au CAPI, le médecin doit répondre à un profil de prescriptions. Il existe des critères d'éligibilité et des critères d'exclusion. En effet, si son profil est proche des objectifs prévus par le CAPI, il est sollicité par l'Assurance maladie pour y adhérer ; dans le cas contraire, il est exclus.

### **II.d.2.2. Article 44 LFSS 2008**

#### **Contexte légal :**

La LFSS 2008 prévoyait que des expérimentations puissent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ainsi que des maisons de santé mentionnées l'article L. 6323-3 du même code.

Ces modes de rémunération venant compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer selon les différents modules économiques proposés.

#### **Objectif de l'expérimentation :**

Cet article de loi est l'aboutissement de nombreuses réflexions menées par l'ensemble des acteurs du champ de la santé (ministère, régimes d'assurance maladie, organismes complémentaires, professionnels de santé, HAS, chercheurs, parlementaires, associations de patients, etc.) visant à améliorer l'organisation du système de soins.

Ainsi, la mise en œuvre de ces expérimentations constitue un des instruments de la modernisation de l'offre de soins de premier recours.

L'objectif final de ces expérimentations consiste à favoriser la qualité et l'efficacité des soins passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...,
- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1<sup>er</sup> recours.

#### Application du dispositif en Lorraine :

Une 1<sup>ère</sup> vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1<sup>er</sup> janvier 2010, et concerne plus de quarante sites répartis dans 6 régions (Bretagne, Bourgogne, Lorraine, Franche-Comté, Île-de-France et Rhône-Alpes).

2 sites ont été retenus par le ministère pour la région Lorraine : 2 maisons de santé dans le département des Vosges à VICHÉREY et GERARDMER.

Un second appel à candidature a été lancé courant juillet 2010. 4 autres sites ont pu être intégrés au dispositif en fonction de critères déterminés en lien avec la DSS qui pilote le projet : 2 pôles de santé dans le département de la Meuse à VIGNEULLES LES HATTONCHATEL et REVIGNY SUR ORNAIN et 2 maisons de santé pluridisciplinaires l'une dans le département des Vosges au THILLOT et l'autre dans le département de la Meurthe et Moselle à HAROUE.

#### Le dispositif concerne les modules économiques suivants :

- Module n°1 : « Missions coordonnées »

Il consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle).

Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité.

Ce forfait est modulé par les ARS en fonction du taux d'atteinte d'objectifs fixés au préalable.

Les 6 sites sont concernés par ce module.

- Module n°2 : « Education thérapeutique »

Il vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon plus autonome.

5 sites sont concernés par ce module à l'exception de la MSP du THILLOT.

- Module n°3 : « Coopérations entre professionnels de santé » (voir II.d.5.)

Les coopérations entre professionnels de santé sont une dimension essentielle de la modernisation et de la restructuration de l'offre de 1<sup>er</sup> recours. Elles favorisent en effet l'efficacité du système de soins et peuvent limiter les effets des déséquilibres démographiques.

- **Module n°4 : « Capitation ou forfait pour les maladies chroniques »**

Ce module a pour ambition d'expérimenter une rémunération forfaitaire de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique par une équipe soignante. Ce forfait (annuel ou trimestriel) par patient a vocation à remplacer la totalité des actes et forfaits facturés précédemment par les professionnels de santé pour le traitement de ces patients.

La mise en place d'une telle expérimentation suppose un calibrage robuste du forfait et une acceptabilité des patients. Elle suppose également de lever certains risques (sélection des patients et productivité plus faible du système de soins).

Une évaluation nationale est en cours par l'IRDES. Elle permettra de déterminer l'impact sur l'efficacité du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et en conséquence les conditions de leur éventuelle généralisation.

### **II.d.3. Dispositifs incitatifs à l'installation et au maintien des professionnels de santé libéraux**

Ces dispositifs sont adossés à des géographies d'application ad hoc, établies par la Mission Régionale de Santé (MRS) en ce qui concerne les dispositifs antérieurs à la Loi HPST ou inhérentes au SROS quant aux dispositifs récents.

#### **II.d.3.1. Les dispositifs individuels antérieurs à la Loi HPST**

##### **II.d.3.1.1. Les aides conventionnelles individuelles relevant de l'assurance maladie**

###### **II.d.3.1.1.1. Les aides conventionnelles en faveur de la médecine générale**

1. une majoration<sup>3</sup> de 20% (sous forme d'un forfait annuel) des honoraires

#### **Bilan**

*La vertu incitative de la mesure est contestée.  
En Lorraine, en deux ans et demi d'application, 36 médecins généralistes ont adhéré à l'option de coordination parmi lesquels 6 nouveaux installés seulement.  
Au niveau national, 650 médecins ont bénéficié de la majoration depuis mars 2007, dont seulement 28 nouveaux installés, pour un coût total de 17 millions d'euros, soit 26 000 € per capita.*

2. un soutien financier indirect via une dérogation<sup>4</sup> au parcours de soins pour aider à la constitution d'une patientèle
3. pour mémoire, des contrats de bonne pratique (CBP) relatifs à l'exercice de la médecine générale en milieu rural, en zones franches urbaines et en stations de sports d'hiver ont également été proposés en vue d'améliorer les conditions d'exercice des praticiens ayant choisi d'exercer dans des zones géographiques, a priori peu attractives.

<sup>3</sup> Pour les médecins généralistes ayant adhéré à l'option de coordination en contre partie de l'engagement d'un exercice en groupe durant au moins 3 ans dans une zone définie comme éligible par la MRS.

<sup>4</sup> Pendant 5 ans, sont exonérées des pénalités qui s'appliquent au patient hors parcours de soins, les consultations réalisées par un médecin généraliste primo-installé ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone reconnue comme déficitaire par la MRS.

#### **II.d.3.1.1.2. Les aides conventionnelle en faveur des infirmiers libéraux : l'option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité »**

Conformément aux engagements pris par les partenaires conventionnels dans l'avenant n°1 à la convention nationale infirmière (avenant du 4 septembre 2008 publié au JO du 18 octobre 2008), l'Assurance Maladie met en œuvre, dans le cadre d'une expérimentation de deux ans à compter du 18 avril 2009, des mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées », pour privilégier l'implantation des infirmiers libéraux dans ces zones et favoriser le maintien de l'activité de ceux qui y sont d'ores et déjà installés (en même temps, dans les zones « surdotées » en infirmiers libéraux, l'accès au conventionnement ne pourra intervenir que si un infirmier libéral conventionné cesse définitivement son activité dans la zone).

Ces mesures incitatives font l'objet d'une option conventionnelle appelée «contrat santé solidarité», conclue entre l'infirmier et sa caisse d'assurance maladie, et portant sur un soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement. Elles doivent permettre à chaque infirmier de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

##### Les avantages de l'option conventionnelle :

En adhérant individuellement au « contrat santé solidarité », l'infirmier peut obtenir :

- une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans
- une participation de sa caisse d'assurance maladie aux cotisations sociales obligatoires dues au titre des allocations familiales (sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires).

##### Les conditions liées au mode d'exercice et à l'activité :

Cette option est proposée, sous conditions, uniquement aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie par la MRS, et justifiant d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans cette zone.

Un infirmier peut adhérer au «contrat santé solidarité» s'il exerce en groupe (cabinet ou maison de santé pluridisciplinaire, ou regroupement d'au moins deux infirmiers libéraux dans les mêmes locaux et liés par un contrat de collaboration libérale, de SCP ou SEL ...) ou s'il exerce individuellement à condition de recourir à un infirmier remplaçant, permettant d'assurer la continuité des soins.

C'est individuellement que l'infirmier libéral conventionné adhère au « contrat santé solidarité » en complétant et retournant à sa caisse d'assurance maladie, le formulaire d'adhésion dont le modèle figure en annexe 3 de l'avenant n°1.



**Les engagements de l'infirmier libéral :**

En contrepartie du soutien de l'assurance maladie, l'infirmier contractant s'engage à :

- réaliser le suivi de ses patients atteints de pathologies chroniques, notamment diabétiques insulinodépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique),
- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients (conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées),
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité,
- informer la CPAM du ressort de son lieu d'exercice, une fois par an, en complétant une fiche évaluative de l'option conventionnelle.

Bilan  
**Au 30 septembre 2009, 13 demandes d'adhésion ont été acceptées en Lorraine**

Demandes d'adhésion au contrat santé solidarité au 30 septembre 2009

|                               | Meurthe-et-Moselle | Meuse | Moselle | Vosges | Lorraine |
|-------------------------------|--------------------|-------|---------|--------|----------|
| Nombre de demandes acceptées  | 6                  | 0     | 2       | 5      | 13       |
| dont nouveaux installés       | 2                  |       |         |        | 2        |
| dont premier conventionnement | 2                  |       | 2       | 2      | 6        |

***II.d.3.1.2. Les autres dispositifs individuels antérieurs à la Loi HPST******II.d.3.1.2.1. Les aides pouvant être attribuées par les collectivités locales***

En vertu de l'article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi 05-157 du 23 février 2005), trois types d'aides concernent les étudiants et les professionnels en contrepartie d'un engagement à exercer durant au moins 5 ans dans la zone déficitaire considérée :

1. indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale,
2. indemnités d'étude et de projet professionnel pour les titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie-dentaire
3. pour les professionnels et les centres de santé, versement de primes (forfaitaire d'exercice, à l'installation), mise à disposition d'un logement, prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

L'attribution de l'aide est subordonnée à la signature d'un contrat ; celui-ci doit être transmis à la MRS pour information ou pour avis dans le cas d'aides à destination des professionnels ou des centres de santé.

**A savoir :** Les investissements immobiliers réalisés par les communes, ou un groupement, et destinés à l'installation des professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale sont éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

**Bilan**

*En 2008, le Conseil Général de la Meuse a notamment décidé que, chaque année, cinq étudiants de 2<sup>e</sup> cycle en médecine pourront bénéficier d'une bourse mensuelle au montant progressif – 500 € en 4<sup>e</sup> année d'études, 700 € la 5<sup>e</sup> année, 1 000 € la 6<sup>e</sup>*

*L'objectif de financer 5 étudiants par an n'est pas atteint puisque, depuis 2007, seuls deux étudiants de médecine ont obtenu une bourse départementale. Le Conseil Général n'a en outre enregistré aucune demande en 2008 et en 2009.*

*Enfin, les expériences observées par l'IRDES révèlent que l'attribution de bourses d'études en contrepartie de l'installation dans des zones carencées en offre de soins ont un impact notable à court terme mais sont inefficaces au-delà.*

**II.d.3.1.2.2. Les exonérations fiscales**

Les articles 109, 7 et 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux fixent diverses exonérations fiscales soumises à des conditions respectives au bénéfice de praticiens, médicaux ou paramédicaux, qui s'installent dans des territoires ciblés.

1. s'agissant des médecins et de leurs remplaçants exerçant dans une zone reconnue déficitaire et éligible par la MRS : **exonération de l'impôt sur le revenu (IR) pour la rémunération perçue au titre de la PDS** dans la limite de 60 jours par an (art. 109)
2. s'agissant de l'ensemble des professionnels de santé :
  - **exonération dégressive de l'IR** pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale (art. 7) en cas d'installation postérieure au 01/01/04
  - **exonération de la taxe professionnelle** (art. 114) pour les professionnels de santé qui s'installent ou se regroupent dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale.

**Bilan**

*Nous ne disposons pas d'éléments d'évaluation en provenance de l'administration fiscale.*

**II.d.3.2. Un nouveau dispositif individuel : le contrat d'engagement de service public (CESP)**

Afin d'améliorer l'offre de soins dans les zones insuffisamment dotées en médecins, l'article 46 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le code de l'éducation en créant à l'article L.632-6 un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants et internes en médecine.

Le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT), réuni le 11 mai 2010, a acté la signature de 400 contrats d'engagement de service public (CESP) entre 2010 et 2012.

### Le contenu du contrat :

La signature de ce contrat avec le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle de 1200 € brut, versée par ce dernier en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation.

En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans un lieu d'exercice où le SROS indique que l'offre médicale est insuffisante ou que la continuité des soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles (liste établie sur proposition de l'ARS et tenue à jour par le CNG).

La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

Sur la base du volontariat, les étudiants peuvent signer ce contrat dès la deuxième année des études de médecine et jusqu'à la fin des études médicales.

Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer un CESP avec le CNG.

### Les conditions de mise en œuvre :

Le décret du 29 juin 2010 met en œuvre le contrat d'engagement de service public. Il fixe notamment les modalités de sélection des lauréats, d'attribution, de suspension et de résiliation de l'allocation.

- La sélection des bénéficiaires

Pour chaque unité de formation et de recherche (UFR), un arrêté détermine le nombre d'étudiants et le nombre d'internes pouvant signer dans l'année un CESP avec le CNG.

Les étudiants et internes font acte de candidature dans l'UFR dont ils relèvent. Au sein de chacune d'entre elles, une commission, dans laquelle siège l'ARS, sélectionne les candidats autorisés à signer un CESP sur la base d'un dossier, des résultats universitaires et du projet professionnel. Le CNG propose ensuite aux lauréats la signature d'un contrat, par ordre de classement, jusqu'à épuisement du nombre de contrats offerts par UFR.

Les contrats signés dans une région ne donneront pas nécessairement lieu à un exercice des étudiants ; en effet, le libre choix des étudiants s'effectue à un double niveau : à celui du choix des postes à l'issue des ECN et à celui du choix de lieu d'exercice durant la dernière année d'internat.

- Le choix des postes d'internat

A l'issue des ECN, les étudiants ayant signé un CESP choisissent un poste d'interne sur une liste fermée de spécialités et de subdivisions, établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur en fonction de l'état de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés par le dispositif.

Un étudiant peut, par exemple, suivre le troisième cycle dans une autre région que sa région d'origine pour accéder à une spécialité.

- Le choix de lieu d'affectation

Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un CESP choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste établie par le CNG sur proposition de l'ARS (cf. supra). A l'issue de ce choix, ils seront affectés auprès de l'ARS dans le ressort de laquelle ils seront amenés à exercer.

Là encore, l'interne peut choisir d'exercer dans une autre région que sa région de formation ou d'origine. De même, en cours d'exercice, le médecin peut demander à changer de lieu d'exercice au sein de la région ou en faveur d'une autre région, dans les conditions prévues à l'article 8 du décret du 29 juin 2010.

Un dispositif opérationnel dès la rentrée 2010-2011 :

La loi prévoit l'entrée en vigueur de ce dispositif à l'issue de l'année universitaire 2009-2010. Le versement des premières allocations doit ainsi débuter au 1<sup>er</sup> octobre 2010 pour les étudiants en médecine et au 1<sup>er</sup> novembre 2010 pour les internes et résidents. Toutefois, en raison des délais de mise en œuvre du CESP, le versement à titre rétroactif des allocations dues, depuis le 1<sup>er</sup> octobre ou le 1<sup>er</sup> novembre selon le cas, est prévu par le CNG.

Pour l'UFR de Nancy 1, un arrêté du 27 juillet 2010 fixait à 8 le nombre de CESP offerts aux étudiants en médecine et à 9 le nombre de contrats offerts aux internes de médecine (respectivement 200 et 200 au niveau national). Un arrêté du 24 juin 2011 fixe le nombre de contrats pouvant être signés pour l'année universitaire 2011-2012 à 10 pour les étudiants en médecine et à 8 pour les internes.

Une montée en charge encourageante sans pour atteindre les objectifs fixés :

En Lorraine, 6 contrats ont été signés en 2011 par des étudiants (8 contrats offerts) et un l'a été par un interne (9 contrats offerts). Au niveau national, 143 contrats ont été signés (103 par des étudiants pour 200 contrats offerts, 45 par des internes pour 200 contrats proposés).

Une levée des ultimes freins à la montée en puissance du dispositif à compter de la rentrée universitaire 2011 et 2012 :

D'une part, une instruction ministérielle du 29 septembre 2011 complète et renforce le dispositif dans ses aspects réglementaires et organisationnels afin de lever les ultimes obstacles à la montée en charge du dispositif et assurer, dès la rentrée universitaire 2011-2012, une meilleure adéquation entre le nombre de contrats offerts et le nombre de contrats signés. Parmi les principales avancées peuvent être relevés :

- La mise en place de deux mécanismes en vue d'une allocation optimale des contrats,
- La priorité régionale lors du choix d'un lieu d'exercice,
- Un accompagnement individualisé par l'ARS des signataires d'un CESP, pour informer et orienter les étudiants dans leur cursus et leurs choix professionnels au regard des perspectives démographiques locales.

D'autre part, depuis septembre 2011, les lieux d'exercice proposés aux médecins lauréats d'un CESP sont fixés par les ARS et renseignés sur le site du Centre National de Gestion des Directeurs d'hôpitaux et praticiens hospitaliers.

Pour la Lorraine, 24 territoires correspondant à des bassins d'équipements et de services intermédiaires ont été identifiés pour l'exercice libéral de la médecine générale dans un premier temps.



### II.d.3.3. Les aides financières collectives soutenant la création de maisons de santé pluridisciplinaires

#### **II.d.3.3.1. Quatre principales sources de financement des maisons de santé pluridisciplinaires**

1. par l'ARS, en succession à la MRS, au titre du FIQCS : dépenses d'ingénierie et de fonctionnement :
  - 50 000 € maximum (100 000 € pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la « Dynamique Espoir Banlieues »)
  - possibilité de compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale accordée au titre du FIQCS
  - 50 % minimum de la dotation pour les projets implantés dans des zones déficitaires
  - en faveur des MSP en projet et/ou en fonctionnement.

## **Bilan**

Depuis le 21 juin 2005, 11 projets ont bénéficié d'un financement FIQCS pour un montant de 480 112 €.

2. par le Conseil Régional de Lorraine qui offre plusieurs canaux complémentaires de financement :
  - ✓ Le plus important constitue une participation financière accordée par la direction de la santé, à hauteur de 50% des dépenses éligibles plafonnées à 300 000 €, aux travaux d'investissements (liés à la construction ou à la réhabilitation). Une subvention complémentaire peut être attribuée au titre de la qualité environnementale du projet par la direction de l'environnement et du développement durable.
  - ✓ Dans le cas où le projet ne respecte pas le cahier des charges des maisons de santé, la direction du développement local peut subventionner l'investissement immobilier.
  - ✓ La Région peut enfin soutenir l'emploi par un financement au titre de la vie associative accordé par la Direction du même nom.
3. par les autres collectivités locales : Conseil Général, EPCI, communes, etc....
4. par l'Etat et l'Europe : Fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT<sup>5</sup>), Dotation de développement rural (DDR<sup>6</sup>), Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER<sup>7</sup>), Fonds européen de développement régional (FEDER).
5. Il est à noter que, dans le cas des maisons de santé pluridisciplinaires, un nouveau dispositif applicable aux dépenses réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, prévoit que sont éligibles de façon dérogatoire au Fonds de compensation pour la TVA (FCTVA<sup>8</sup>), les investissements immobiliers réalisés par les communes ou leurs groupements qui sont destinés à l'installation des professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale (art. L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales).

**Le total cumulé des aides publiques (Europe, Etat, Région et Département confondus) est limité à 80% du montant hors taxe de l'opération.**

**Bilan**

*Nous ne disposons pas d'éléments financiers sur ces autres aides publiques versées.*

**II.d.3.3.2. Deux programmes de financements publics affectés à l'investissement en milieu rural**

**II.d.3.3.2.1. Le plan national d'équipement de 250 maisons de santé sur la période 2010-2013**

<sup>5</sup> Le FNADT apporte le soutien de l'État aux opérations dont la réalisation est essentielle à la réussite d'un projet territorial concerné et intervient en complément des fonds publics et privés mobilisés pour ces opérations.

Le fonds a vocation à soutenir, en investissement comme en fonctionnement, les actions qui concourent à mettre en œuvre les choix stratégiques de la politique d'aménagement du territoire.

<sup>6</sup> La loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 portant loi de finances pour 2006 a institué en son article 140 deux parts pour la DDR. La 2<sup>ème</sup> part ouvre le droit aux communes de bénéficier d'une subvention accordée par le Préfet pour les projets de maintien et de développement des services au public en milieu rural.

<sup>7</sup> Outre les programmes d'intérêt économique, environnemental (FEDER) et social, la politique agricole et rurale a été redéfinie. Elle offre un volet développement rural qui touche l'ensemble des actions menées en milieu rural.

Parmi les quatre axes majeurs en vue de faciliter la compétitivité, d'améliorer l'environnement et la qualité de vie dans les zones rurales, le développement de projets de maisons de santé peut valablement s'inscrire dans le cadre de l'axe n°3 «Amélioration de la qualité de vie des zones rurales et encouragement à la diversification des activités économiques».

<sup>8</sup> Le FCTVA attribue aux collectivités locales des dotations qui compensent forfaitairement la TVA qu'elles acquittent sur les dépenses engagées dans le cadre de leurs activités non soumises à la TVA. Seules les dépenses réelles d'investissement sont visées sous certaines conditions ; les dépenses de fonctionnement en sont exclues.



Ce plan, mis en œuvre par la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010, porte sur les dépenses d'investissement au travers de la dotation globale d'équipement (DGE), de la dotation de développement rural (DDR) et du fonds d'aménagement et du développement du territoire (FNADT), pour un montant total de 25 millions d'euros par an (10 millions € de FNADT et 15 millions au titre de la DGE/DDR).

Le taux maximal de l'intervention de l'Etat est fixé à 25%. Dans les territoires prioritaires identifiés dans le volet ambulatoire du SROS ainsi que dans les zones de revitalisation rurale, ce taux peut atteindre 35%.

La contribution de fonds européens peut être sollicitée.

Au niveau local, un comité de sélection régional sélectionne les dossiers pouvant bénéficier d'un financement de l'Etat pour l'investissement. La circulaire ministérielle du 12 mai 2011 confie une mission supplémentaire au comité de sélection régional : en concertation avec l'ensemble des financeurs publics, valider un plan de financement abouti et proposer, le cas échéant, un montant de subvention au titre du FNADT section générale (volet national).

#### ***II.d.3.3.2. Les pôles d'excellence rurale (PER)***

Le dispositif « Pôle d'Excellence Rural », dont la 1ère vague a été lancée en décembre 2005, vise à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.

Comme indiqué précédemment, le projet de maison de santé pluridisciplinaire intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », porté par la Communauté de Communes du Pays de la Saône Vosgienne (visant la création de trois MSP à Darney, Lamarche et Monthureux-sur-Saulx), a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale, lancé le 9 novembre 2009.

Un appel à projet de la seconde génération a été lancé le 9 novembre 2009. Les projets de maisons de santé retenus dans ce cadre, pourront bénéficier de financements spécifiques, pour autant qu'ils soient conformes au cahier des charges des PER (s'intégrant dans un projet territorial d'accès aux services ou bien porteur d'innovations : formation, télémédecine,...).

#### **II.d.3.4. Un soutien également de l'ARS Lorraine aux pôles de santé**

L'ARS Lorraine a souhaité étendre son intervention financière au titre du FIQCS au-delà du subventionnement des seules MSP et prendre en compte les possibilités de coopérations « hors les murs » dans le cadre des pôles de santé. C'est pourquoi, l'ARS Lorraine a élaboré deux cahiers des charges respectifs aux MSP et aux pôles de santé. Parallèlement, des réflexions doivent s'engager avec l'ensemble des partenaires sur les pistes de financement à ouvrir éventuellement.

#### **II.d.4. Nouvelles modalités d'exercice de la médecine**

**Recensement des nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale en Lorraine**  
(situation au 24 septembre 2010)

|                    | Nombre de contrats de collaborateur libéral |              | Nombre de contrats de collaborateur salariées |              | Nombre d'autorisations d'exercice sur des lieux multiples |                                |
|--------------------|---------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                    | total cumulé                                | total actifs | total cumulé                                  | total actifs | total cumulé                                              | total actifs                   |
| Meurthe-et-Moselle | 34                                          | 19           | 1                                             | 0            | n.c                                                       | n.c                            |
| Meuse              | 2                                           | 0            | 2                                             | 0            | n.c                                                       | 17 (aucun médecin généraliste) |
| Moselle            | 31                                          | 28           | 0                                             | 0            | n.c                                                       | n.c                            |
| Vosges             | 7                                           | 7            | 0                                             | 0            | 27                                                        | 23                             |
| LORRAINE           | 74                                          | 54           | 3                                             | 0            |                                                           |                                |

Ces nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale concernent très peu de médecins. En particulier, aucun contrat de collaboration salariée n'est effectif à ce jour en Lorraine.

#### **II.d.4.1. Collaborateurs libéraux**

Par l'article 18 de la loi du 2 août 2005 dite "loi Jacob", en faveur des petites et moyennes entreprises, le contrat de collaborateur libéral a été étendu à toutes les professions réglementées, dont celles de la santé. Auparavant, seules quelques professions libérales pouvaient utiliser ce dispositif.

Ce nouveau statut permet aux professionnels de santé libéraux de signer avec un praticien (personne physique ou personne morale) exerçant la même profession, un contrat de collaborateur libéral. L'Ordre National des Médecins a rédigé des contrats et statuts types qui sont disponibles sur son site internet et dans les Ordres départementaux.

Cette mesure devrait faciliter une installation en "douceur" pour les jeunes professionnels de santé en bénéficiant d'information et de conseils tant dans le domaine du soin que pour la gestion d'un cabinet.

Les bénéfices attendus sont de trois ordres au moins :

- offrir à de jeunes professionnels de santé libéraux la possibilité d'exercer dans des zones apparemment moins attractives sans s'y sentir définitivement engagés
- préparer la transmission du cabinet à un collaborateur, ce dernier prenant le temps de mesurer s'il veut s'engager dans une reprise de cabinet
- laisser envisager différemment l'exercice de la médecine grâce à des gains en termes de qualité de vie et de temps libre.

S'agissant des médecins libéraux, le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 modifie les articles 87 et 88 du Code de déontologie médicale (articles R.4127-87 et R.4127-88 du Code de la santé publique) afin d'entériner ce nouveau mode d'exercice.

L'Ordre avait cependant déjà prévu, depuis le mois de septembre 2005, qu'il était possible de recourir à la collaboration libérale sur la base du contrat type sans attendre la publication de ce décret, les termes de la loi « Jacob » étant suffisamment clairs sur le dispositif.

La "loi Jacob" fixe le cadre général du collaborateur libéral. Ce dernier n'est pas salarié, il exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il est responsable de ses actes personnels. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.

Chacun des contractants perçoit directement ses honoraires et le collaborateur verse une redevance mensuelle au titulaire du cabinet.

Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.

Le collaborateur libéral adhère de façon individuelle et personnelle à la convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et sa profession ; le médecin collaborateur libéral ne dépend donc pas de la situation conventionnelle du praticien titulaire du cabinet.

#### **II.d.4.2. Collaborateurs salariés**

Si la loi du 2 août 2005, en faveur des petites et moyennes entreprises, crée le statut de collaborateur libéral pour les professions libérales, elle maintient l'interdiction pour ces dernières de salarier un confrère ; son article 18 rappelle en effet que le collaborateur exerçant auprès d'un autre professionnel doit être un membre non salarié d'une profession libérale.



Face à la perspective de pénurie médicale et à une aspiration croissante des praticiens de concilier vie familiale et exercice professionnel, le décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 complète le statut de médecin collaborateur libéral en levant également l'interdiction faite à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin (interdiction prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique). L'article II dudit décret dispose en effet que « L'interdiction du salariat prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication du présent décret, reste en vigueur pendant un délai de six mois à compter de cette publication ».

L'article 87 du code de déontologie médicale étend donc aux médecins employés par un confrère les dispositions de l'article 95 par lequel : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions [...] ».

Le collaborateur salarié exerce certes pour le compte et au nom de son employeur, mais le lien de subordination existant dans la collaboration salariée se limite à un lien de subordination dans la gestion administrative du cabinet et dans l'organisation du travail. Le médecin salarié est toujours soumis à ses devoirs professionnels, notamment en termes d'indépendance dans ses décisions.

Le médecin collaborateur salarié a le statut de cadre. Il relève du régime général de la sécurité sociale et il doit être obligatoirement affilié à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC).

Le Conseil national de l'ordre des médecins a établi quatre modèles de contrat de collaboration salariée :

- Contrat type de collaboration salariée à durée déterminée - temps plein
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée - temps plein
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée - temps partiel
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée entre une société d'exercice et un médecin salarié.

Le contrat de collaboration salariée constitue un contrat de travail qui relève des dispositions du droit commun et notamment du droit du travail. Les relations entre les deux parties sont également soumises au code de déontologie médicale et notamment aux principes de confraternité et de libre choix des patients.

A l'instar de la collaboration libérale, le contrat de collaboration salariée comporte des clauses impératives et relatives notamment à l'indépendance professionnelle, aux conditions d'engagement, au lieu de travail, aux conditions d'exercice et aux moyens de travail, à la rémunération et au temps de travail, aux honoraires, aux congés payés, aux astreintes à domicile, à l'organisation de la permanence des soins, à la formation médicale continue, au secret professionnel, au dossier médical, à la retraite complémentaire, aux obligations d'assurance, au règlement des litiges et à la communication du contrat par chacune des deux parties signataires au conseil départemental dont elle relève.

#### **II.d.4.3. Exercice sur des lieux multiples**

La modification, par décret n° 2005-481 du 17 mai 2005, de l'article R.4127-85 du code de la santé publique (article 85 du code de déontologie médicale) permet désormais à un médecin d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle.

Dans l'intérêt des populations, cette nouvelle modalité d'exercice répond à un enjeu de deux ordres :

- soit démographique, en cas de pénurie en médecins sur un territoire ou de peuplement insuffisant d'une zone pour justifier l'installation à temps complet d'un praticien,
- soit technique, lorsque les investigations et les soins qu'entreprend le médecin nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

S'il se substitue à la notion de cabinet secondaire, l'exercice en des lieux multiples reste néanmoins conditionné par l'autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel il s'exerce.

Ce dernier sera attentif à l'opportunité d'une multiplication des lieux d'activité, quand bien même l'article 85 ne limite ni le nombre, ni le périmètre géographique des sites d'activités. Il veillera également à ce que la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins soient assurées.

L'activité médicale sur un ou plusieurs sites distincts de la résidence professionnelle habituelle rend possible des formes d'exercice innovantes. Par exemple, un cabinet pourrait être occupé successivement par différents médecins qui se partageraient, à la condition d'une organisation ad hoc, des plages horaires ou des jours d'exercice dans ce lieu.

#### **II.d.5. Coopération entre professionnels de santé**

Le chapitre coopération entre professionnels de santé a été inscrit dans la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 à l'article 51. Il fait suite au bilan des 16 expérimentations retenues d'une part dans l'arrêté du 13 décembre 2004 paru au JO du 13 janvier 2005, et d'autre part dans l'arrêté du 30 mars 2006 paru au JO du 7 avril 2006. Auparavant, le caractère dérogatoire des expérimentations a été introduit dans l'article 131 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 afin que les professionnels de santé non médecins ne soient pas en exercice illégal de la profession médicale.

Ces expérimentations concernaient les professions suivantes :

- infirmier (suivi patients en dialyse, patients stabilisés atteints d'hépatite C...)
- manipulateur d'électroradiologie médicale : radiothérapie (préparation à un traitement, contournage des organes à risque et des volumes cibles, études dosimétriques complexes) et échographie
- diététicien (patients diabétiques)
- orthoptiste (mesure de la réfraction oculaire et de la tension oculaire et séances d'adaptation après pose de lentilles).

A noter qu'en Lorraine deux établissements ont été concernés par ces expérimentations : le Centre Alexis Vautrin et le CHR de METZ-THIONVILLE.

Ces expérimentations ont fait l'objet de nombreuses publications sous l'égide du Professeur BERLAND et de l'HAS.

Il est à noter que la réglementation a déjà évolué puisque :

- les infirmiers ont le droit de prescrire un vaccin antigrippal (à condition que le patient ait déjà reçu une primo-vaccination) et le renouvellement de dispositifs médicaux
- les opticiens peuvent également assurer le renouvellement d'une prescription de lunettes.

En Lorraine, la réflexion sur les coopérations entre professionnels a débuté. Deux groupes de travail ont été mis en place. L'un concerne le secteur ambulatoire, tandis que l'autre intéresse les acteurs hospitaliers.

Pour la partie ambulatoire, les nécessités sont au moins de deux ordres :

- ❖ démographique : la baisse attendue des effectifs médicaux et la hausse de la demande de soins rend nécessaire la réflexion sur le thème de la coopération en visant le maintien à domicile des malades chroniques et des personnes âgées ;
- ❖ économique : le paiement à l'acte a montré ses limites dans la gestion des malades chroniques invitant trop souvent à la multiplication d'actes (parfois inutiles). Il semble important de faire évoluer les modalités de paiement pour permettre une plus grande coopération entre professionnels de santé, une meilleure définition des tâches centrées sur les besoins du patient, ainsi que l'essor de modalités de prise en charge incontournables (ex. : éducation thérapeutique).

En ce qui concerne la partie hospitalière, à ce jour un protocole a été transmis à la HAS pour avis. Ce protocole est proposé par les médecins radiologues et de médecine nucléaire du CHU de Nancy et du CHR de Metz-Thionville. Il concerne la réalisation d'échographies (sauf cardiaques et obstétricales) par des manipulateurs d'électroradiologie médicale ayant suivi un cursus théorique et pratique validé.

- ❖ L'ARS de Lorraine a souhaité élaborer un plan de communication sur le sujet afin de susciter les propositions de protocoles entre professionnels de santé. Un groupe de travail régional a été installé. L'objectif est également de lister les pratiques dites « hors des clous » et de les confronter dans un premier temps avec les décrets d'actes ou missions avant de proposer soit la rédaction de protocoles internes soit l'écriture d'un protocole de coopération. L'ARS de Lorraine a fait le choix de proposer un accompagnement méthodologique aux porteurs de projets.

#### **II.d.6. Partage et échanges électroniques d'informations de santé**

En dehors d'initiatives locales, le partage et l'échange électronique d'informations de santé ont été principalement initiés en Lorraine par l'association HERMES (Hébergement des Réseaux Mutualisés En Santé) et l'association APICEM (Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine).

L'association HERMES a essentiellement travaillé sur :

- l'étiquette « patient »
- le développement de solutions de partage pour les réseaux (dossier en cancérologie avec le réseau ONCOLOR, ...)
- l'expérimentation d'une messagerie sécurisée pour les établissements de santé.

L'association APICEM a de son côté permis le déploiement de la messagerie sécurisée principalement dans les cabinets libéraux et les laboratoires via sa solution APICRYPT.

#### ***Echanges réalisés par les adhérents de l'APICEM***

|                                                                                                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre d'adhérents                                                                                                                      | 1927                                  |
| Nombre de médecins libéraux                                                                                                             | 1325                                  |
| Nombre de laboratoires pratiquant des échanges sécurisés                                                                                | 117                                   |
| Nombre de messages émis en juin 2010                                                                                                    | 270 951 (moyenne d'env. 230 000/mois) |
| dont par des laboratoires                                                                                                               | 195 604 (moyenne d'env. 170 000/mois) |
| Flux mensuel moyen par laboratoire                                                                                                      | 1509                                  |
| Flux mensuel moyen par médecin                                                                                                          | 174 (5,8/jour)                        |
| Augmentation moyenne du flux                                                                                                            | 3%                                    |
| Adhérents considérant que la transmission de courrier par les hôpitaux est un élément important de l'amélioration du lien Ville-Hôpital | 95%                                   |
| Adhérents considérant que la solution APICRYPT leur fait gagner du temps et améliore la qualité des soins qu'ils dispensent             | 82%                                   |

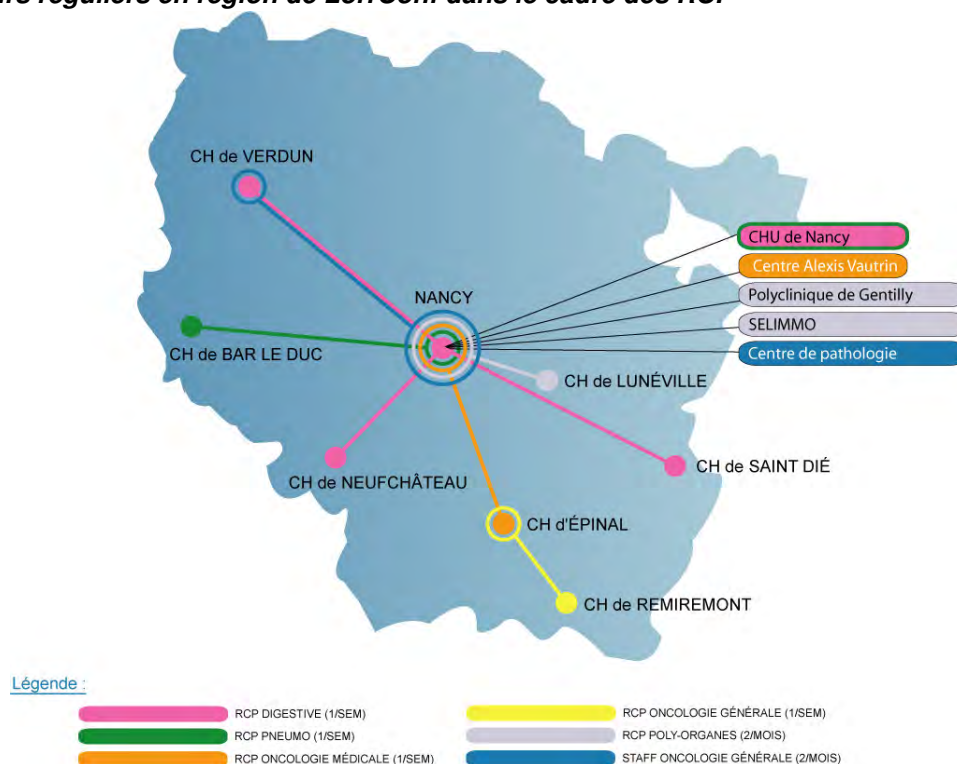
**Source : APICEM – Enquête juillet 2010**

La principale difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ces solutions est le développement des usages (à la ville, ou entre la ville et l'hôpital). Ainsi l'URMLL (Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine) avec HERMES en 2006 et ensuite avec le GCS Télésanté Lorraine (création de ce Groupement de Coopération Sanitaire fin 2006, en remplacement de l'association HERMES sur demande du Directeur de l'ARH afin de renforcer la gouvernance régionale des systèmes d'information de santé dans le cadre entre autre de la mise en œuvre du DMP (Dossier Médical Personnel)) en 2007 ont souhaité travailler au développement de ces usages à travers l'élaboration d'une réponse régionale à l'appel à projet sur le DMP du GIP-DMP. Malheureusement, ce projet n'a pu aboutir suite à l'interruption du projet national du DMP en 2007.

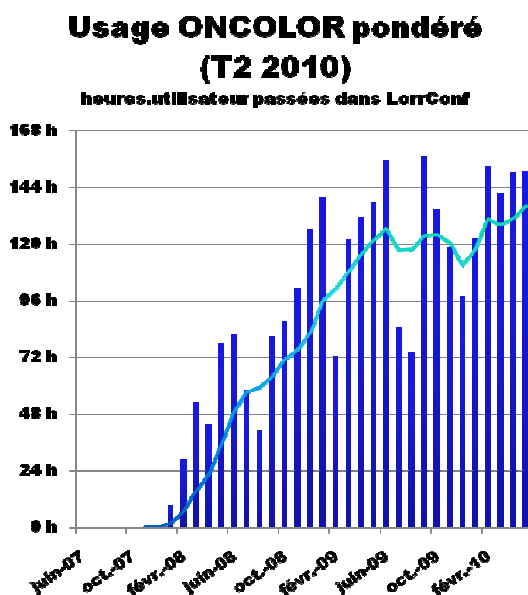
Dans l'attente de nouvelles orientations nationales en la matière, les acteurs précités ont continué à travailler au développement et à la promotion de leurs solutions. Ainsi, l'ensemble des professionnels de santé lorrains, ont aujourd'hui à leur disposition des solutions régionales opérationnelles d'échanges sécurisés et totalement interopérables.

De plus, de nouvelles solutions régionales sont venues compléter ces outils de messagerie :

- La Web-Conférence (solution LorrConf) principalement utilisée par des professionnels libéraux et hospitaliers, afin de limiter leurs déplacements, dans le cadre des Réunions de Coordination Pluridisciplinaires.

**Utilisateurs réguliers en région de LorrConf dans le cadre des RCP**

## Evolution des usages de LorrConf dans le cadre des RCP



- La solution T-Lor de transfert et de partage d'images (scanner et IRM), en cours de mise en œuvre actuellement pour le compte du monde hospitalier en partenariat avec les radiologues privés.

Toutes ces solutions doivent désormais trouver pleinement leur usage en relation avec les axes de développement du DMP définis par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) et des besoins exprimés par les professionnels (ex. : transfert de photos en dermatologie).

De plus, l'effectivité de ces solutions et de la plate-forme régionale mise en œuvre par le GCS Télésanté Lorraine doit permettre de faire converger les initiatives locales vers des solutions partagées et communicantes et de mettre à disposition de tout professionnel ou structure des services opérationnels permettant le partage et les échanges électroniques sécurisés d'information de santé.

### III. Analyse de l'offre et évolution prévisible

#### III.a. Difficultés actuelles identifiées en terme d'accès aux soins

##### III.a.1. Inégalités territoriales

##### ***L'accès aux soins partout sur le territoire***

L'offre de soins sur un territoire, qui doit être idéalement en adéquation avec les besoins de la population, est à la fois identifiable par :

- la répartition des professionnels médicaux et paramédicaux sur le territoire
- les coûts pour les patients qu'engendre l'accès à ces professionnels.

La Lorraine présente des territoires hétérogènes face aux difficultés d'accès aux professionnels de santé.

Les difficultés se cumulent sur les territoires les plus défavorisés :

- population âgée ou précaire et isolée (difficultés de déplacement pour accéder aux professionnels)
- nombre de professionnels faible avec une part importante de médecins de secteur 2 (la liberté tarifaire des professionnels devient alors une contrainte tarifaire pour les patients).

### **III.a.2.Inégalités sociales**

#### ***L'accès aux soins pour tous***

Les populations spécifiques (personnes en situation de précarité, détenus, personnes âgées,...) nécessitent une attention particulière en terme d'accès à la santé : proximité de l'offre de soins, prise en charge globale, accessibilité financière,...

Les populations atteintes de pathologies lourdes et/ou chroniques peuvent être confrontées aux mêmes difficultés de part leur besoin élevé de soins.

### **III.a.3Anticiper les difficultés**

Le vieillissement de la population, le non renouvellements des professionnels de santé, rendent la problématique de l'accès à la santé de plus en plus difficile.

Il est indispensable dans ce contexte d'augmentation de la demande et de diminution de l'offre d'optimiser l'organisation des soins.

Il convient de rendre efficient(s) :

- la répartition sur le territoire des professionnels
- la collaboration entre professionnels (libéraux, hospitaliers et médico-sociaux)
- les soins apportés aux patients (« le bon soin par le bon professionnel »).

A ces fins, la formation des professionnels de santé et les mesures prises afin de garder les professionnels formés en région, le développement des structures d'exercice collectif, etc..., doivent être adaptés aux futurs besoins de la population.

### **III.b. Apport des structures collectives dans l'offre de soins**

Le développement d'une pratique pluridisciplinaire et coordonnée s'inscrit dans un contexte en pleine évolution :

- La demande de santé augmente et évolue constamment, soit pour des raisons sanitaires (par exemple, la demande de soins croissante liée au vieillissement de la population), soit pour des raisons sociales (demande sociale croissante, notamment en termes d'accessibilité aux soins).
- Une baisse attendue de la démographie médicale, en effectif et en densité, menace d'aggraver les défis que pose l'inégale répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville.
- Enfin, les évolutions sociologiques des professionnels de santé semblent pouvoir figurer comme des éléments moteurs du regroupement interprofessionnel coordonné. L'aspiration à l'exercice regroupé concerne davantage les jeunes médecins. En outre, la féminisation se poursuit avec près de 2/3 de femmes en 2<sup>e</sup> année d'études médicales : si elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail, elle coïncide avec une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes.



Dans ce contexte, tant les professionnels de santé eux-mêmes, que la population et les élus prêtent aux structures d'exercice pluridisciplinaire coordonné la capacité de maintenir localement une offre de santé suffisante, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels et en garantissant des soins de qualité à l'ensemble de la population.

Ce mode d'exercice innovant tente d'apporter une réponse aux problématiques à la fois d'accès aux soins, de continuité et de permanence des soins.

Concilier vie de famille et vie professionnelle constitue une nouvelle exigence des médecins qui les conduit à appréhender différemment leur exercice et leur mode d'organisation.

Du point de vue des conditions de travail, les médecins voient dans le travail en équipe la possibilité de mutualiser les moyens nécessaires à l'exercice et de coordonner leurs pratiques, ainsi que de mieux répartir les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins. Les médecins déjà installés y voient une occasion d'attirer des confrères, de trouver des remplaçants et d'envisager une cessation d'activité plus progressive et plus sereine.

En même temps, ce mode d'exercice laisse augurer une meilleure prise en charge d'une demande croissante et changeante avec des ressources humaines limitées, tant en termes d'effectifs que de disponibilité de la ressource médicale (liée aux attentes des jeunes professionnels à la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants que leurs aînés).

A ce propos, l'IRDES conclut de la littérature internationale que la qualité des soins est au moins identique, et au mieux améliorée, lorsque les médecins exercent en groupe avec d'autres professionnels, notamment des infirmières, et à l'aide d'un système d'information de qualité. Les améliorations les plus manifestes portent notamment sur le suivi des pathologies chroniques (diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne).

Le développement de ces structures a également bénéficié des encouragements des pouvoirs publics par le truchement de diverses incitations financières dédiées et des actions de promotions et d'accompagnement.

Dans le cadre du seul paiement à l'acte, des craintes subsistent néanmoins sur le caractère potentiellement inflationniste de ces structures, notamment dans des territoires démographiquement sous-denses ; l'IRDES relève, dans une évaluation exploratoire des MSP de Franche-Comté et de Bourgogne (octobre 2009), que les professionnels de santé peuvent être conduits à développer une activité non justifiée médicalement, soit pour maximiser leurs revenus individuels, soit pour équilibrer les charges de fonctionnement induites par l'exercice en équipe pluridisciplinaire (locaux, équipement, temps d'échanges).

### III.c. Evolution des réseaux de santé ou de soins

Depuis plusieurs années, différents réseaux de santé thématiques ou populationnels, régionaux ou de proximité se sont implantés sur le territoire lorrain, financés par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

Ces réseaux de santé ont pour premier objectif l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par un décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé, les professionnels des champs médico-social et social.

Le constat de ces années de fonctionnement et le souci de cohérence et de lisibilité pour les médecins traitants et leur patientèle, ont conduit l'ARS Lorraine à réfléchir à un nouveau mode d'organisation des réseaux au niveau régional et territorial de proximité, dès juillet 2010.

L'ARS de Lorraine a défini la politique régionale suivante en matière de réseaux de santé :

- **des réseaux régionaux** en charge de l'expertise, de la formalisation de protocoles en lien avec les référentiels de bonnes pratiques, de la formation des professionnels de santé..., sans prise en charge de patients,

- **des réseaux populationnels, pluri-thématiques et territoriaux** au plus près des besoins des patients et de leurs médecins traitants, s'appuyant sur les réseaux gériatologiques existants.

Cette politique a été présentée par l'ARS à l'ensemble des réseaux territoriaux et régionaux, le 27 janvier 2011. Deux groupes de travail ont été mis en place : l'un sur la thématique des réseaux de proximité, l'autre relatif aux réseaux régionaux.

Entre janvier et juin 2011, différentes rencontres ont été organisées par l'ARS et ont associé, outre les réseaux, des professionnels de santé libéraux via les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Chirurgiens-Dentistes), les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux), les directions d'Etablissements de Santé.

L'objectif fixé était de collecter des éléments de cadrage et organisationnels (cahier des charges), base de rédaction des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) devant être signés entre d'une part les réseaux territoriaux et l'ARS et d'autre part les réseaux régionaux et l'ARS.

Depuis, les réseaux territoriaux poursuivent leurs travaux de rapprochement entre eux, sur chaque territoire.

Suite au constat que certains réseaux régionaux coordonnent la prise en charge de patients alors que d'autres reposent sur des modalités organisationnelles, il s'agit de redéfinir le périmètre des réseaux régionaux lorrains et leur articulation nécessaire avec les réseaux locaux.

### III.d. Apport des expérimentations en cours

La rémunération des professionnels de santé libéraux repose quasi-exclusivement sur le « paiement à l'acte » ; chaque acte donne lieu par le patient à une rétribution dont le montant est fixé par convention entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels signataires.

Ce mode rémunération se voulait une réponse au problème de l'accès aux soins après guerre, lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes. Il ne permet pas toutefois une prise en charge globale des patients. Il ne favorise pas non plus le développement des dépistages et actes de prévention ciblés, ni le développement d'actions de santé publique.

Or, de nouvelles formes de prise en charge coordonnée des patients au sein de structures d'exercice pluridisciplinaire se développent en réponse aux aspirations récentes des professionnels de santé libéraux et à l'évolution des besoins de santé, notamment le développement des maladies chroniques.

Dans ce contexte, sont engagées, en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé ou de financement des maisons de santé et centres de santé, en complément du paiement à l'acte ou en substitution.

L'objectif de ces expérimentations est de trois ordres aux moins :

- adapter les modes de rémunérations aux nouvelles formes d'organisation des professionnels de santé libéraux,
- encourager une meilleure coordination entre les acteurs de soins, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques,
- développer des services innovants pour les patients en termes notamment de prévention, d'éducation thérapeutique du patient, de suivi, etc.

Ces expérimentations participent finalement à accompagner le changement de paradigme d'un système de santé, principalement orienté vers les soins curatifs pour les problèmes aigus, vers la prise en charge de nouveaux besoins de santé liés au développement des maladies chroniques.



Les gains attendus sont multiples :

- pour les patients, en termes de qualité des soins,
- pour les professionnels eux-mêmes, en termes d'amélioration de leurs prestations et de maintien de leur niveau de vie,
- en termes financiers pour l'assurance maladie soucieuse d'assurer à la population le meilleur soin au meilleur coût.

A cette expérimentation article 44, s'ajoute une rémunération individuelle et forfaitaire dans le cadre du CAPI. Ce contrat d'amélioration des pratiques individuelles poursuit les mêmes objectifs que les expérimentations de l'article 44, à savoir le développement et la rémunération d'actions de santé publique qui ne sont pas définies dans la nomenclature conventionnelle des actes.

### **III.e. La permanence des soins ambulatoire : permettre un accès à la médecine de ville à tout moment**

Le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 précise les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) dans lesquelles le directeur général de l'ARS (DGARS) occupe une place importante.

**Un cahier des charges régional**, décrivant l'organisation de la PDS, sera arrêté par le DGARS dans le respect des objectifs du SROS, après avis :

- CODAMUPS
- commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA
- URPS (médecins)
- pour les territoires de PDS : CDOM et préfet de département

Ce cahier des charges précisera l'organisation régionale de la PDS et ses déclinaisons départementales, dont :

- organisation de la régulation
- définition des territoires de PDS
- lieux fixes de consultation
- indicateurs de suivi et conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDS
- modalités de recueil, de suivi et d'information des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDS
- rémunération forfaitaire pour la PDS et la régulation médicale téléphonique, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

De plus, les autres types de permanence (garde ambulatoire, pharmaceutique,...) devront être étudiés.

## **IV. Conclusion**

La plus grande partie de la population lorraine se concentre le long du « sillon mosellan », autour de Forbach et le long d'un axe reliant le lunévillois au toulousain.

Les gains de population concernent principalement le Pays Haut, les territoires bénéficiant du travail transfrontalier et les espaces ruraux situés dans les secteurs les plus proches des villes et des pôles d'emplois, au-delà de la sphère périurbaine de ces derniers.

Ainsi, à un dynamisme et un rajeunissement démographiques autour de Thionville, Verdun, Lunéville, dans le Pays Haut et dans le sud-ouest meurthe-et-mosellan, s'opposent une érosion et un vieillissement démographiques dans le Barrois, la façade ouest de la Meuse, le sud-ouest vosgien et le Bassin Houiller. Nombre de ces espaces en déclin démographique présentent par ailleurs une pauvreté monétaire prégnante. Une attention doit également être portée sur les quartiers en zones urbaines sensibles (ZUS), dont les habitants, fragilisés par des situations socio-économiques défavorisées, souffrent d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé.

Les professionnels de santé libéraux ont tendance à s'installer de préférence là où se concentre la population. Leur inégale répartition géographique est de nature à renforcer les fragilités de territoires déjà affectés par des inégalités sociodémographiques et territoriales :

- Les médecins spécialistes en activité régulière, proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine, se concentrent ainsi à proximité des établissements hospitaliers.
- Pour sa part, la démographie des médecins généralistes libéraux est exposée à un vieillissement et à une difficulté de renouvellement des praticiens dans les territoires déjà relativement moins pourvus ; en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral et un cinquième des nouveaux inscrits à l'Ordre en 2009 se sont installés à Nancy.
- Enfin, la Lorraine présente une dotation relative en masseurs-kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale.

Pour autant, la région présente des atouts, notamment au regard du nombre et de la répartition géographique des structures d'exercice pluridisciplinaire coordonné qui offrent une couverture relativement satisfaisante de l'espace régional.

Amorcé depuis le début des années 2000, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires connaît un vif dynamisme en Lorraine. Celles-ci offrent aux professionnels de santé intéressés la perspective de meilleures conditions d'exercice, correspondant notamment aux attentes des jeunes praticiens et des internes, et aux patients, une meilleure prise en charge notamment des maladies chroniques.

Si elles se sont développées, dans un premier temps, dans des zones rurales situées à une relative proximité des principales agglomérations et foyers d'emplois, les projets et réflexions concernent depuis un passé récent des territoires ruraux jusqu'alors peu investis. Dans les espaces ruraux de vaste étendue et relativement enclavés, principalement meusiens et vosgiens, apparaissent des organisations multi sites destinées à répondre de manière adaptée aux spécificités géographiques du territoire et aux besoins de soins locaux des populations.

De surcroît, des initiatives privées, portées par des professionnels de santé libéraux, accompagnent la diffusion des maisons de santé également soutenues par des communes ou des communautés de communes.

A côté des maisons de santé, les pôles de santé constituent une forme alternative d'exercice pluridisciplinaire coordonné pour des professionnels de santé qui ne souhaitent pas se regrouper au sein de structures communes. L'on peut être autorisé à augurer que l'élaboration récente par l'ARS d'un cahier des charges spécifique au financement par le FIQCS des pôles de santé permettra de catalyser leur développement.

Enfin, le tissu d'offre de santé FILIERIS (centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux), géré par le régime de sécurité sociale des mines avant une intégration progressive au régime général de sécurité sociale, irrigue particulièrement les bassins ferrifère et houiller autour de dynamiques axées vers les personnes âgées, les populations précaires et la prise en charge des maladies chroniques.

Dans ce contexte, le déploiement des maisons de santé et le développement prévisible des pôles de santé ambulatoires libéraux parsèment l'espace régional de points d'ancrage sur la base desquels les acteurs locaux, accompagnés par l'ARS, pourront donner corps à des organisations territoriales de l'offre de soins de premier recours adaptées aux besoins et aux spécificités locales.

Pour autant, certaines conditions apparaissent nécessaires.

Maisons et pôles de santé ont certes vocation à accueillir des professionnels de santé en formation, étudiants ou internes ; ils offrent l'opportunité durant les études de découvrir et de se former aux spécificités de l'exercice professionnel de proximité, notamment dans des territoires relativement peu pourvus en offre de soins de premier recours, afin de compléter utilement la formation hospitalière et de dissiper la crainte, fréquente chez les jeunes professionnels, de s'installer en dehors d'un cadre salarié ou de la proximité des principales agglomérations. Il convient cependant d'agir pour développer le nombre de maîtres de stages, notamment dans la supervision des internes de médecine générale effectuant un SASPAS (semestre autonome en soins primaires ambulatoires supervisés), dont l'insuffisance des effectifs constitue un facteur limitant l'augmentation du nombre des stages pouvant être proposés.

Il est également souhaitable que le développement des maisons de santé s'inscrive dans une dimension et un portage communautaires ou à défaut intercommunaux, afin de développer une dynamique et une coordination des initiatives sur une échelle territoriale élargie et d'assurer la pérennité de projets dont des communes trop faiblement peuplées seraient tentées d'assumer seules la charge financière pour consolider localement l'offre de soins.

Enfin, l'activité des officines étant dépendante à plus de 85% de la prescription, il convient d'être vigilant à l'éventuelle incidence de toute modification de l'environnement médical et paramédical sur le maillage officinal du territoire régional.

## « Les territoires de premier recours en Lorraine »

Détermination du zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

### Méthodologie

#### **[Projet d'] Arrêté relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de santé publique**

Afin de garantir une certaine équité entre les régions, une part maximale de population vivant dans les zones est déterminée par l'arrêté (article 2). Pour tenir compte des inégalités de répartition des professionnels entre les régions, ce critère est modulé pour chaque région en fonction de la densité des médecins généralistes de la région.

✚ Les zones fragiles définies par le SROS ne pourront couvrir plus de 7,5% de la population lorraine.

Le périmètre géographique de ces zones tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE (article 3). Cette disposition permet de ne pas créer un nouveau découpage qui ne serait pas lisible pour l'ensemble des acteurs et pour les usagers mais de s'appuyer sur un zonage existant et connu et pour lequel les données démographiques sont disponibles.

✚ Le périmètre géographique de ces zones tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE.

### **I. Territoires lorrains existants**

La région Lorraine présente déjà un certain nombre de découpages créés au fil des ans pour satisfaire à des besoins spécifiques. Un état des lieux des principaux zonages existants dans la région a été fait :

#### **I.1. Territoires administratifs**

- Les départements : 4 départements

#### **Les territoires de santé de concertation**

Par arrêté 2010-391 du 25 novembre 2010 quatre territoires de santé ont été définis. Ils correspondent aux périmètres des départements lorrains. Ils sont le siège des conférences de territoire prévues par la loi HPST.

- Les arrondissements : 19 arrondissements en Lorraine
- Les cantons : 156 cantons lorrains
- Les Communautés de Communes et Communautés d'Agglomérations
- Les Pays : 16 territoires se sont engagés dans une démarche de Pays mais ne couvrent pas tout le territoire lorrain
- Les communes : 2339 communes en Lorraine

## I.2. Territoires créés par l'INSEE

- Les Pôles de services intermédiaires : 123 en Lorraine dont 7 pôles hors Lorraine
- Les Bassins de Vie : 84 bassins de vie en Lorraine dont 6 pôles hors Lorraine

### **Définition : Le bassin de vie et le pôle d'équipements et de services intermédiaires**

Source INSEE

Le découpage de la France "en bassins de vie" a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale.

Le bassin de vie constitue la plus petite maille territoriale sur laquelle s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l'essentiel des services, que les actifs ont leur emploi et les élèves leur établissement scolaire.

Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie comportent quatre catégories :

- Équipements concurrentiels : hypermarché et supermarché, grande surface non alimentaire, magasins (vêtements, chaussures, électroménager, meubles), librairie, droguerie, marché de détail, banque, vétérinaire ;
- Équipements non concurrentiels : gendarmerie, perception, notaire, Pôle Emploi, maison de retraite, bureau de poste, crèche ou halte-garderie, installation sportive, piscine, école de musique, cinéma ;
- Équipements de santé : médecin, infirmier, pharmacie, masseur-kinésithérapeute, dentiste, ambulance, maternité, urgences, hôpital de court, moyen et long séjour ;
- Équipements d'éducation : collège, lycée général et/ou technologique, lycée professionnel.

## II. Zone d'étude

### II.1. Choix du zonage

**Il a été finalement retenu les découpages des bassins de vie et des bassins de services intermédiaires.**

La zone d'étude prise en compte s'étend au delà de la région Lorraine, en effet sont pris en compte tous les bassins de vie comportant au moins une commune lorraine et les bassins de services intermédiaires composant ces bassins de vie.

Nombre de bassins de vie (BV): 84

Nombre de bassins de services intermédiaires (BSI) : 123

### **Précautions d'utilisation :**

L'étude s'étend sur 2 535 communes dont 2 339 lorraines réparties en 84 bassins de vie et 123 bassins de services intermédiaires.

Les zonages géographiques retenus sont de tailles très différentes, tant en population qu'en nombre de communes les constituant :

Pour les BSI, de 1 à 137 communes, et de 961 à 390 217 habitants

Pour les BV, de 2 à 172 communes, et de 2 469 à 397 969 habitants

## **II.2. Offre de premier recours**

Les professions de santé de premier recours pris en compte dans cette étude sont :

- Médecins généralistes
- Infirmier/ère(s)
- Masseur(s)-kinésithérapeute(s)
- Pharmacien(s)
- Chirurgien dentiste(s).

## **III. Sources de données**

### **INSEE**

Découpage bassins de vie bassins de services intermédiaires valable en 2011  
Recensement de la population 2007

### **ADELI**

Professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours au 1<sup>er</sup> janvier 2010

### **FINESS**

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) au 1<sup>er</sup> janvier 2010  
Les pharmacies de villes au 1<sup>er</sup> janvier 2010

### **Assurance Maladie (AM)**

Données d'activité et flux de consommation de soins des bénéficiaires du Régime Général (Sections Locales Mutualistes comprises) (RG), du régime de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI) de l'année 2009.

*Grâce au concours des régions limitrophes à la Lorraine, les données ont été recueillies sur l'ensemble de la zone d'étude y compris hors Lorraine.*

### **Régime minier (CARMI est)**

Données d'activité des centres de santé miniers sur l'année 2009 des bénéficiaires du régime minier et des autres régimes et nombre d'équivalents temps plein par professionnels des centres de santé miniers en 2009

### **Distances d'accès**

Distances d'accès au plus proche professionnel en km

## IV. Indicateurs

### IV.1. Démographie médicale

#### **Définition : Médecins généralistes**

**Médecins libéraux lorrains, installés en exercice libéral exerçant la médecine libérale et non remplaçants.**

Afin de se restreindre aux médecins offrant un service de médecine libérale à la population, certains médecins à exercice particulier (MEP) ont été exclus.

Les médecins identifiés en tant que MEP ont été exclus lorsque leur activité de consultation de médecine générale représente moins de 60% de leur activité totale.

L'activité a été regardée sur la période du 01 janvier 2011 au 31 mars 2011 et sur les bénéficiaires du régime général (source ERASME régional).

Ainsi les médecins exerçant des activités de thermalisme, de phlébologie ou d'acupuncture et certains exerçant des activités d'angiologie et d'allergologie ont été exclus.

#### **Densités de professionnels : exprimées pour 100 000 habitants**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

Nombre de professionnels de santé libéraux (source ADELI)

Population au recensement 2007 (source INSEE)

#### **Densités de professionnels projetées**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

#### **Densité à 5 ans à population constante**

Nombre de professionnels de santé libéraux de moins de 60 ans (source ADELI)

Population au recensement 2007 (source INSEE)

#### **Densités des BV et BSI contigus**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

#### **Considérer la densité médicale voisine**

Une matrice de contiguïté a été réalisée afin de lier à chaque bassin de vie (ou BSI) le ou les bassins de vie (ou BSI) voisins.

Ainsi grâce à cette matrice, la densité de professionnels des bassins de vie (ou BSI) voisins est prise en compte.

Limite : nous nous sommes limités aux bassins de vie et BSI de notre zone d'étude

**Age des professionnels**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Age des professionnels au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (source ADELI)

Tranches d'âges de :

- Moins de 40 ans (exclu)
- De 40 ans (inclus) à 55 ans (exclu)
- De 55 ans (inclus) à 60 ans (inclus)
- Plus de 60 ans (exclu)

**Indice de concentration de la localisation des PS (Indice de Gini, Herfindahl)**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapées.

**Considérer la concentration des valeurs observées, c'est mesurer l'inégale répartition géographique des professionnels de santé à l'intérieur d'un BV ou d'un BSI.**

L'indice de Gini est une mesure du degré d'inégalité de la distribution associée à la courbe de LORENZ.

L'indice de Gini est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (toutes les communes possèdent un professionnel) et 1 signifie l'inégalité totale (une commune concentre les professionnels, les autres n'ont rien). Par conséquent, à mesure que G augmente de zéro à 1, l'inégalité de la répartition augmente.

Il est donné par la formule :

Le coefficient de Gini est égal à la différence entre 1 et le double de l'intégrale de la fonction représentée par la courbe de Lorenz.

En pratique, on ne dispose pas de cette fonction, mais la part de professionnels de santé (PS) par « tranches » de la population. Pour  $n$  tranches, le coefficient s'obtient par la formule de Brown :

$$G = 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k)$$

Où X est la part cumulée de la population, et Y la part cumulée des PS.

L'indice de Herfindahl-Hirschmann (en anglais, *Herfindahl-Hirschman Index* : **IHH** ou **HHI**) est un indice mesurant la concentration.

Il est établi en additionnant le carré des parts relatives de PS de toutes les communes du secteur considéré.

Plus l'IHH d'un secteur est fort, plus les PS sont concentrés sur une même commune.

Il est donné par la formule :

$$H = \sum_{i=1}^n s_i^2$$

Où  $s_i$  est la part de PS  $i$  et  $n$  est le nombre de commune du secteur.

Par conséquent, sur un secteur à deux communes dont chacune détient 50 % des parts de PS, le IHH vaut  $0,50^2 + 0,50^2 = (1/2)^2 + (1/2)^2 = (1/4) + (1/4) = 0,50$ .

Selon la formule définie ci-dessus, le IHH ( $H$ ) varie entre  $1/n$  et 1 avec  $n$  le nombre de communes du territoire considéré.



## IV.2. Recours aux soins

### **Activité moyenne par PS**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

---

Activité de l'année 2009 des professionnels de santé libéraux (source AM)

---

Nombre de professionnels de santé libéraux (source ADELI)

### **Activité moyenne projetée par PS**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

---

Activité de l'année 2009 des professionnels de santé libéraux (source AM)

---

Nombre de professionnels de santé libéraux de moins de 60 ans en 2010 (source ADELI)

### **Définition de l'activité**

#### Pour les médecins généralistes

Nombre d'actes de consultations et visites réalisés par un médecin généraliste libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

#### Pour les infirmiers libéraux

Coefficient des actes infirmiers (AMI, AIS) réalisés par un infirmier libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

#### Pour les masseurs kinésithérapeutes libéraux

Coefficient des actes de kinésithérapie (AMC, AMK, AMS) réalisés par un kinésithérapeute libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

#### Pour les chirurgiens dentistes libéraux

Coefficient des actes dentaires réalisés par un dentiste libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

### **Pour les centres de santé miniers :**

#### Pour les médecins généralistes

Nombre total d'actes médicaux en équivalent C réalisés dans l'année par les médecins généralistes (titulaires et remplaçants) du centre de santé

#### Pour les infirmiers libéraux

Nombre total d'actes infirmiers en équivalent AMI réalisés dans l'année par les infirmiers (titulaires et remplaçants) du centre de santé

*Equivalent AMI : chiffre d'affaires (y compris indemnité forfaitaire auxiliaire et les majorations, non compris les IK) divisé par la valeur moyenne de l'AMI, pour la période concernée.*

#### Pour les chirurgiens dentistes libéraux

Dénombrement des actes dentaires réalisés dans l'année par les dentistes (titulaires et remplaçants) du centre de santé.

### **Part des flux de recours aux soins intra zone**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Activité réalisée pour bénéficiaire du territoire par professionnel du territoire (source AM)

---

Activité totale réalisée pour bénéficiaire du territoire (source AM)

### **Distances moyennes d'accès au PS le plus proche pondérées par la population**

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

distances d'accès en km au plus proche PS

---

Population au recensement 2007 (source INSEE)

## **IV.3. Autres variables descriptives**

### **IV.3.1. Population générale ou bénéficiaires**

#### **Age de la population (source INSEE 2007)**

Part des :

Moins de 14 ans

Plus de 75 ans

#### **Catégorie socioprofessionnelle (source INSEE)**

Part des :

Agriculteurs exploitants,

Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle

#### **ALD (source AM)**

Nombre de personnes déclarées en Affection Longue Durée au 31 décembre 2009.

*Limite : en Lorraine uniquement*

### **IV.3.1. Offre de soins de 1<sup>er</sup> recours**

#### **Offre de soins des centres de santé miniers (source CARMi est)**

Les centres de soins de santé miniers sont localement présents sur le territoire lorrain et offrent un service à l'ensemble de la population locale.

La connaissance de l'offre offerte par ces centres permet de compléter l'activité libérale du territoire concerné.

#### **SSIAD (source FINESS)**

L'activité des SSIAD n'a pas été prise en compte mais leur localisation permet de moduler l'activité libérale des infirmiers/ères.

**Orthodontistes (source ADELI)**

L'impact de l'activité d'orthodontie n'a pas été isolé mais leur localisation permet de moduler l'activité libérale des chirurgiens dentistes.

**V. Méthodologie / Démarche statistique****V.1. Objectif**

Cette démarche a pour but d'analyser les données et de déterminer si un effet gradient existe, c'est-à-dire si tous les indicateurs tirent dans le même sens :

Une zone déficitaire ou fragile le serait sur tous les indicateurs et les zones bien dotées le seraient pour tous les indicateurs, ce qui n'est pas le cas, d'où la volonté de réaliser une analyse globale sur l'ensemble des professions.

**V.2. Trois méthodes successives**

Avant toute chose, une première démarche consiste à caractériser les bassins de vie et les bassins de services intermédiaires en fonction de la démographie des PS à partir de statistiques descriptives sur l'ensemble des variables retenues dans la base d'études.

La méthode 1 permet de donner un premier classement des zones, les unes par rapport aux autres, à partir d'indicateurs robustes comme les quartiles des densités toutes professions confondues.

La méthode 2 comprend pour chaque étape deux phases :

- Une analyse multivariée (Analyse en Composantes Principales - ACP), qui permet de s'affranchir en partie d'un scoring a priori dans lequel le poids accordé à chaque variable reste très subjectif. Cette méthode permet également de dégager des scores synthétiques, et non élémentaires, profession par profession.
- Puis la constitution de groupes de territoires homogènes sur un ensemble de variables, à partir d'analyse de type Classification Ascendante Hiérarchique et caractérisation de ces groupes à partir des variables introduites dans l'analyse.

Enfin, afin d'obtenir un classement des BSI entre eux, une analyse discriminante a été réalisée (méthode 3) afin de tester la robustesse des groupes constitués grâce à la méthode précédente.

|                    | Méthode 1                 | Méthode 2                            | Méthode 3                             |
|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Méthode</b>     | Cumul de densités faibles | Analyse multivariée                  | Scoring                               |
| <b>Professions</b> | Toutes                    | Etape 1 et 2 : médecins généralistes | Toutes                                |
|                    |                           | Etape 3 : toutes professions         |                                       |
| <b>Variables</b>   | Densités                  | Toutes                               | Sélection de variables discriminantes |

**Rappel :**

Au final les zones retenues ne pourront couvrir plus de 7,5% de la population lorraine.

## VI. Résultats statistiques

### VI.1. Méthode 1 : densités cumulées

**Méthode :** Cumul de densités faibles

**Périmètre géographique :** Bassins de services intermédiaires

**Professionnels :**

Médecins généralistes, infirmiers et chirurgiens dentistes libéraux et salariés des mines

Masseurs kinésithérapeutes libéraux

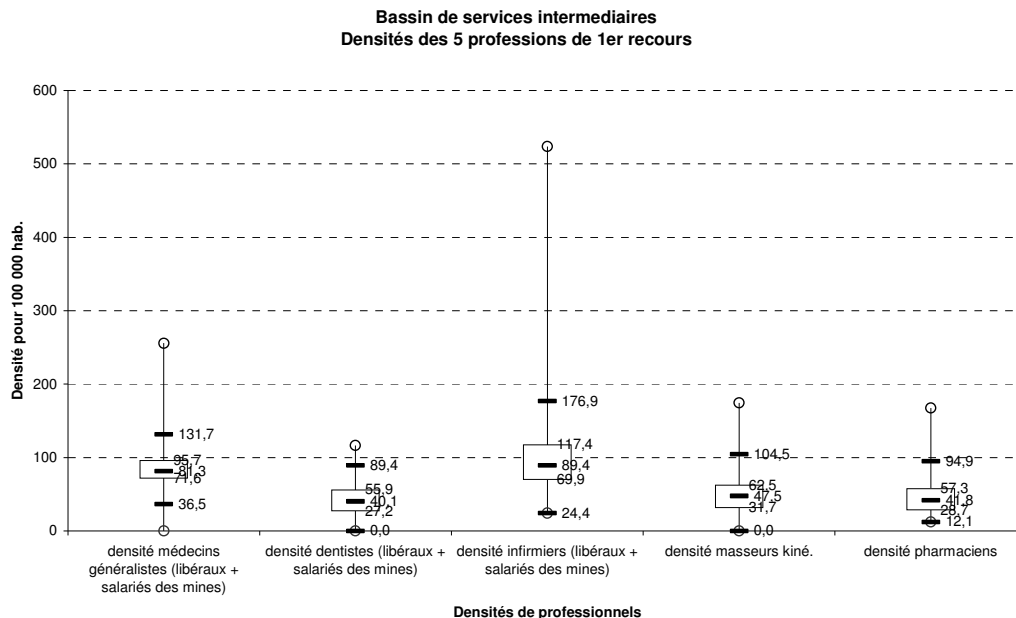
Pharmaciens exerçant dans une officine de ville

**Variables :** Densités médicales pour 100 000 hab.

Les intervalles inter quartiles permettent de mesurer la dispersion d'une variable ; ils sont plus robustes que l'étendue (intervalle entre valeurs maximale et minimale).

Le premier intervalle inter quartiles de densité de professionnels regroupe le quart des BSI dont la densité de professionnels est la plus faible (accès au professionnel difficile au vu de leur nombre par habitant).

Les intervalles inter quartiles des 123 BSI de l'étude par densités de professionnels de 1<sup>er</sup> recours sont représentés sur le graphique « boîte à moustache » suivant :



**Résultats :****Voir annexe 3**

| cumul | Nombre de BSI | Population | Population cumulée |        |
|-------|---------------|------------|--------------------|--------|
|       |               | 2007       | Nombre             | Part   |
| 4     | 2             | 21 244     | 21 244             | 0,9%   |
| 3     | 10            | 81 051     | 102 295            | 4,2%   |
| 2     | 39            | 291 985    | 394 280            | 16,1%  |
| 1     | 34            | 381 288    | 775 568            | 31,7%  |
| 0     | 38            | 1 673 813  | 2 449 381          | 100,0% |
| Total | 123           | 2 449 381  |                    |        |

Aucun BSI ne cumule de difficultés sur les 5 professions.

12 BSI, soit 4,2 % de la population, cumule 3 difficultés ou plus.

Très rapidement le nombre de BSI cumulant 2 difficultés ou plus augmente (51 BSI soit 41% des BSI représentant 16,1% de la population).

**Conclusion :**

Cette méthode ne nous permet pas de dégager des zones de fragilités. Elle nous permet tout au plus d'identifier des zones non problématiques (38 BSI sans densités critiques pour les 5 professions de 1<sup>er</sup> recours) au regard de la situation régionale.

**Les densités des professionnels sur un BSI ne suffisent pas à caractériser sa fragilité en termes d'accès aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours ; une analyse multivariée est nécessaire.**

**VI.2. Méthode 2 : analyses multi variées****Les méthodes statistiques : Méthodes multifactorielles, multivariées**

Les méthodes multifactorielles permettent d'obtenir des représentations graphiques qui constituent le meilleur résumé possible de l'information contenue dans un grand tableau de données. Pour cela, il faut consentir à une perte d'information afin de gagner en lisibilité.

Dans la plupart des situations, on dispose de plusieurs caractéristiques sur chaque individu constituant la population d'étude (dans notre étude pour chaque BV ou BSI). L'étude séparée de chacune de ces variables donne quelques informations mais est insuffisante car elle laisse de côté les liaisons entre elles, ce qui est pourtant souvent ce que l'on veut étudier. C'est le rôle de la statistique multifactorielle que d'analyser les données dans leur ensemble, en prenant en compte toutes les variables.

**Analyse en Composantes Principales (ACP)**

L'Analyse en Composantes Principales est alors une bonne méthode pour étudier les données multidimensionnelles, lorsque toutes les variables observées sont de type numérique et que l'on veut voir s'il y a des liens entre ces variables.

**Classification Ascendante Hiérarchique (CAH)**

L'objet des méthodes de classification hiérarchique est de rechercher à chaque étape les deux classes les plus proches, on les fusionne, on continue jusqu'à ce qu'il n'y ait qu'une classe. Elle consiste à fournir un ensemble de partitions plus ou moins fines obtenues par regroupements successifs de parties. Dans la classification ascendante hiérarchique, on regroupe les individus les plus proches et ainsi de suite de proche en proche.

On réalise une ACP afin de représenter plus facilement les données en dimension plus faible ; puis, on va chercher à construire une classification à l'aide d'une CAH pour déterminer ceux qui ont des comportements similaires sur le résultat de l'ACP.

On constitue alors des classes cohérentes, qu'il conviendra d'interpréter afin d'identifier la ou les classes se caractérisant par une offre de soins de 1<sup>er</sup> recours défaillante.

**Remarque :** Seules les classes se caractérisant par une offre de soins de 1<sup>er</sup> recours défaillante seront détaillées dans les résultats, les autres classes ne représentant pas forcément un gradient de difficultés au regard de l'offre de 1<sup>er</sup> recours et n'apportant alors aucun élément supplémentaire dans notre analyse.

L'A.C.P suivie d'une CAH, permettent d'explorer les liaisons entre variables et les ressemblances entre BV ou/et BSI.

**VI.2.1. Méthode 2, étape 1 : ACP sur BV et médecins généralistes**

**Méthode :** Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

**Périmètre géographique :** Bassins de vie

**Professionnels :** Médecins généralistes

**Variables :** Choix des variables actives :

- Densité par profession
- Densité projetée
- Densité contigüe
- Concentration : Gini et Herfindhal
- Distances moyennes d'accès
- Activité par praticien

6 variables actives et non 7 : la densité projetée perturbe l'analyse + variables supplémentaires

**Résultats :**

**Voir annexes 4 et 5**

La classe 1 se caractérise par un faisceau d'indicateurs défavorables du point de vue de la démographie médicale.

La classe 1 regroupe 396 796 hab. soit 16,2% de la population bien loin de la cible des 7,5% de la population.

**Conclusion :**

Au vu de l'hétérogénéité de cette classe, un classement par densité médicale des BV nous amène à ne retenir que les BV les moins bien dotés.

**Aussi les zones retenues sont :**

| N°    | Nom BV               |
|-------|----------------------|
| 51507 | Sainte-Menehould     |
| 54273 | Jarny                |
| 54322 | Longuyon             |
| 55181 | Étain                |
| 55351 | Montmédy             |
| 55463 | Saint-Mihiel         |
| 55502 | Stenay               |
| 57155 | Courcelles-Chaussy   |
| 57483 | Morhange             |
| 57540 | Phalsbourg           |
| 57556 | Puttelange-aux-Lacs  |
| 88078 | Bruyères             |
| 88124 | Darney               |
| 88321 | Neufchâteau          |
| 88361 | Provençères-sur-Fave |
| 88367 | Rambervillers        |

Certains bassins de vie peuvent cacher une hétérogénéité intra bassin. Passer à un maillage plus fin peut alors révéler ces disparités. Ce constat invite à effectuer cette analyse au niveau des bassins de services intermédiaires.

**VI.2.2. Méthode 2, étape 2 : ACP sur BSI et médecins généralistes**

**Méthode** : Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

**Périmètre géographique** : Bassins de services intermédiaires

**Professionnels** : Médecins généralistes

**Variables** : Choix des variables actives :

- Densité par profession
- Densité projetée
- Densité contigüe
- Concentration : Gini et Herfindhal
- Distances moyennes d'accès
- Activité par praticien

6 variables actives et non 7 : la densité projetée perturbe l'analyse + variables supplémentaires

**Résultats :****Voir annexes 6 et 7**

Les classes 5 et 6 sont retenues comme très déficitaires au regard des critères énoncés, elles représentent 79 774 habitants soit 3,25% de la population.

Ces 2 classes sont cohérentes avec 7 Bassins de vies précédemment identifiés.

| N°    | Nom BV               | N°    | Nom BSI              |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 54322 | Longuyon             | 54322 | Longuyon             |
| 55351 | Montmédy             | 55351 | Montmédy             |
| 55502 | Stenay               | 55502 | Stenay               |
| 57483 | Morhange             | 57483 | Morhange             |
| 57556 | Puttelange-aux-Lacs  | 57556 | Puttelange-aux-Lacs  |
| 88321 | Neufchâteau          | 52064 | Bourmont             |
| 88361 | Provençères-sur-Fave | 88361 | Provençères-sur-Fave |

Les Bassins de services intermédiaires suivants sont révélés par cette analyse :

| N°    | Nom BV           | N°    | Nom BSI           |
|-------|------------------|-------|-------------------|
| 55291 | Ligny-en-Barrois | 55516 | Tréveray          |
| 55545 | Verdun           | 55145 | Damvillers        |
| 55545 | Verdun           | 55167 | Dun-sur-Meuse     |
| 55545 | Verdun           | 55198 | Fresnes-en-Woëvre |
| 67105 | Drulingen        | 67105 | Drulingen         |

**Remarque :**

Cette analyse a permis de distinguer plus précisément les difficultés du BV de Verdun.

**Conclusion :**

On ajoute 5 BSI aux BV déjà sélectionnés.

A noter : Drulingen est un BSI largement partagé avec l'Alsace.  
Tréveray est une petite enclave proche de Ligny en Barrois.  
Fresnes en Woëvre a une densité médicale très supérieure à la moyenne.

**VI.2.3. Méthode 2, étape 3 : ACP sur BSI et toutes professions de 1<sup>er</sup> recours**

Les zones déficitaires ne devant pas porter uniquement sur les seuls médecins généralistes, une analyse pluri professionnelle est nécessaire.

**Méthode :** Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

**Périmètre géographique :** Bassins de services intermédiaires

**Professionnels :** Toutes professions de 1<sup>er</sup> recours

**Variables :** Toutes



**Résultats :****Voir annexe 8**

La classe 3 concentre une majorité des fragilités dont la densité médicale ; cela représente 22682 personnes soit 0,9%.

| N°    | Nom BV               | N°    | Nom BSI              |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 88361 | Provençères-sur-Fave | 88361 | Provençères-sur-Fave |
| 55291 | Ligny-en-Barrois     | 55516 | Tréveray             |
| 55545 | Verdun               | 55145 | Damvillers           |
| 55029 | Bar-le-Duc           | 55517 | Seuil-d'Argonne      |
| 55545 | Verdun               | 55117 | Clermont-en-Argonne  |
| 55545 | Verdun               | 55527 | Varennnes-en-Argonne |
| 88114 | Contrexéville        | 88079 | Bulgnéville          |
| 88114 | Contrexéville        | 88258 | Lamarche             |
| 88114 | Contrexéville        | 88310 | Monthureux-sur-Saône |

Une partie avait déjà été intégrée aux étapes précédentes (en jaune) dans la base de fragilité ; d'autres nouvelles zones, dont certaines ayant une densité médicale supérieure voire très supérieure à la moyenne, sont révélées par cette étape.

**Conclusion :**

On ajoute 6 BSI aux BSI déjà sélectionnés.

**VI.2.4. Méthode 2, zonage final****Résultats :****Voir annexes 9 et 10**

Cette méthode « pas à pas » nous a permis de déterminer une « base de fragilité » comportant 28 BSI, soit 220 671 habitants correspondant à 9 % de la population.

**Remarque :**

Cette analyse ne nous donne pas de vision sur la gradation de difficultés rencontrées par territoire mais nous indique déjà que la fragilité vis-à-vis de l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours revêt plusieurs visages : les difficultés peuvent se cumuler ou non, porter fortement sur une profession ou généralement sur toutes les professions.

**VI.3. Méthode 3 : score de fragilité**

La régression logistique est un des modèles multivariés.

La variable à expliquer (dépendante) est habituellement la survenue ou non d'un événement (dans notre étude : être un BSI fragile) et les variables explicatives (indépendantes) sont celles susceptibles d'influencer la survenue de cet événement (les variables de notre étude) c'est-à-dire les variables mesurant l'exposition à un facteur de risque ou à un facteur protecteur, ou variables représentant des facteurs de confusion.

L'intérêt majeur de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle.

Les résultats peuvent être aisément interprétés car les coefficients estimés par le modèle sont en effet liés mathématiquement à l'odds-ratio (ou rapport des cotes) qui représente la force de l'association entre un facteur et un événement, bien qu'il ne soit qu'une approximation du risque relatif.

**Méthode :** Régression logistique où la fragilité décelée par les analyses précédentes est la variable à expliquer

**Périmètre géographique :** Bassins de services intermédiaires

**Professionnels :** Toutes professions de 1<sup>er</sup> recours

**Variables :** Variables retenues in fine :

- Densité médecins
- Densité chirurgiens dentistes
- Distances médecins
- Distances chirurgiens dentistes
- Densité contigüe médecins

## Résultats :

### Voir annexe 11

Cette méthode permet de classer les BSI suivant une probabilité qui représente le « risque d'être une zone fragile de 1<sup>er</sup> recours ».

On confronte ensuite cette probabilité aux zones initialement retenues ; certaines sont confirmées, d'autre infirmées dans leur fragilité.

|                           | zone fragile prédiction |       | zone non fragile prédiction |       | nombre total de BSI |    |
|---------------------------|-------------------------|-------|-----------------------------|-------|---------------------|----|
|                           | nom                     | proba | nom                         | proba |                     |    |
| zone initiale fragile     | 22                      | 5,5%  | 6                           | 3,5%  | 28                  | 9% |
|                           |                         |       | Bruyères                    | 49,3% |                     |    |
|                           |                         |       | Saint-Mihiel                | 48,1% |                     |    |
|                           |                         |       | Neufchâteau                 | 18,6% |                     |    |
|                           |                         |       | Jarny                       | 15,1% |                     |    |
|                           |                         |       | Phalsbourg                  | 14,1% |                     |    |
|                           |                         |       | Courcelles-Chaussy          | 11,1% |                     |    |
| zone initiale non fragile | 4                       | 1,3%  | 91                          |       | 95                  |    |
|                           | Dieuze                  | 83,2% |                             |       |                     |    |
|                           | Gondrecourt-le-Château  | 78,1% |                             |       |                     |    |
|                           | Vigy                    | 59,6% |                             |       |                     |    |
|                           | Rohrbach-lès-Bitche     | 56,4% |                             |       |                     |    |
| nombre total de BSI       | 26                      | 6,9%  | 97                          |       | 123                 |    |

**Conclusion :**

Au final les BSI suivants sont considérés comme zones fragiles :

| N°    | Nom BV                 | N°    | Nom BSI                | type                       |
|-------|------------------------|-------|------------------------|----------------------------|
| 51507 | Sainte-Menehould       | 51507 | Sainte-Menehould       | ACP mais hors région       |
| 88321 | Neufchâteau            | 52064 | Bourmont               | ACP mais hors région       |
| 54322 | Longuyon               | 54322 | Longuyon               | ACP                        |
| 55545 | Verdun                 | 55117 | Clermont-en-Argonne    | ACP                        |
| 55545 | Verdun                 | 55145 | Damvillers             | ACP                        |
| 55545 | Verdun                 | 55167 | Dun-sur-Meuse          | ACP                        |
| 55181 | Étain                  | 55181 | Étain                  | ACP                        |
| 55545 | Verdun                 | 55198 | Fresnes-en-Woëvre      | ACP                        |
| 55215 | Gondrecourt-le-Château | 55215 | Gondrecourt-le-Château | régression                 |
| 55351 | Montmédy               | 55351 | Montmédy               | ACP                        |
| 55502 | Stenay                 | 55502 | Stenay                 | ACP                        |
| 55291 | Ligny-en-Barrois       | 55516 | Tréveray               | ACP mais lié à Ligny       |
| 55029 | Bar-le-Duc             | 55517 | Seuil-d'Argonne        | ACP                        |
| 55545 | Verdun                 | 55527 | Varennnes-en-Argonne   | ACP                        |
| 57177 | Dieuze                 | 57177 | Dieuze                 | régression                 |
| 57483 | Morhange               | 57483 | Morhange               | ACP                        |
| 57556 | Puttelange-aux-Lacs    | 57556 | Puttelange-aux-Lacs    | ACP                        |
| 57589 | Rohrbach-lès-Bitche    | 57589 | Rohrbach-lès-Bitche    | régression                 |
| 57463 | Metz                   | 57716 | Vigy                   | régression mais lié à Metz |
| 67105 | Drulingen              | 67105 | Drulingen              | ACP mais hors région       |
| 88114 | Contrexéville          | 88079 | Bulgnéville            | ACP                        |
| 88124 | Darney                 | 88124 | Darney                 | ACP                        |
| 88114 | Contrexéville          | 88258 | Lamarche               | ACP                        |
| 88114 | Contrexéville          | 88310 | Monthureux-sur-Saône   | ACP                        |
| 88361 | Provenchères-sur-Fave  | 88361 | Provenchères-sur-Fave  | ACP                        |
| 88367 | Rambervillers          | 88367 | Rambervillers          | ACP                        |

**Remarque :**

Certains BSI n'ont que quelques communes en Lorraine et le recours aux soins y est hors région :

| N°    | Nom BV           | N°    | Nom BSI          |
|-------|------------------|-------|------------------|
| 51507 | Sainte-Menehould | 51507 | Sainte-Menehould |
| 88321 | Neufchâteau      | 52064 | Bourmont         |
| 67105 | Drulingen        | 67105 | Drulingen        |

D'autres BSI sont de petite taille et fortement tournés vers des BSI n'ayant pas de problèmes d'accès aux soins :

| N°    | Nom BV           | N°    | Nom BSI  |
|-------|------------------|-------|----------|
| 57463 | Metz             | 57716 | Vigy     |
| 55291 | Ligny-en-Barrois | 55516 | Tréveray |

## VII. Confrontation des pré zonages et détermination du zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

Toutes les précautions prises dans la démarche statistique ci-dessous ne peuvent se substituer au ressenti de terrain, aux dynamiques engagées ...

Le pré-zonage et les éléments statistiques sont là pour apporter une vue régionale des difficultés et une rationalisation des situations locales.

C'est la raison pour laquelle cette démarche statistique a été présentée localement aux professionnels et aux élus ; et suite à cette concertation, d'autres zones ont été ciblées.

### VII.1. Pré zonages

A l'issue de la concertation, 8 BSI supplémentaires ont été identifiés ; ils constituent le pré-zonage issu de la concertation :

**Pré zonage "statistique" :**

| N°    | Nom BSI                | Population 2008 |
|-------|------------------------|-----------------|
| 54322 | Longuyon               | 17 116          |
| 55117 | Clermont-en-Argonne    | 4 150           |
| 55145 | Damvillers             | 2 545           |
| 55167 | Dun-sur-Meuse          | 3 998           |
| 55181 | Étain                  | 7 511           |
| 55198 | Fresnes-en-Woëvre      | 4 565           |
| 55215 | Gondrecourt-le-Château | 4 031           |
| 55351 | Montmédy               | 7 302           |
| 55502 | Stenay                 | 6 383           |
| 55517 | Seuil-d'Argonne        | 1 256           |
| 55527 | Varennes-en-Argonne    | 2 062           |
| 57177 | Dieuze                 | 11 014          |
| 57483 | Morhange               | 10 028          |
| 57556 | Puttelange-aux-Lacs    | 13 092          |
| 57589 | Rohrbach-lès-Bitche    | 14 062          |
| 88079 | Bulgnéville            | 3 495           |
| 88124 | Darney                 | 4 344           |
| 88258 | Lamarche               | 2 561           |
| 88310 | Monthureux-sur-Saône   | 2 857           |
| 88361 | Provenchères-sur-Fave  | 1 804           |
| 88367 | Rambervillers          | 14 834          |

**Zonage issu de la concertation :**

| N°    | Nom BSI                                | Population 2008 |
|-------|----------------------------------------|-----------------|
| 54040 | Badonviller                            | 2 984           |
| 54077 | Blâmont                                | 3 998           |
| 54129 | Cirey-sur-Vezouze                      | 3 507           |
| 54273 | Jarny                                  | 22 175          |
| 55463 | Saint-Mihiel avec Pierrefitte-sur-Aire | 11 151          |
| 57089 | Bitche                                 | 20 167          |
| 57209 | Faulquemont                            | 19 066          |
| 88078 | Bruyères                               | 16 938          |

|                                      |                  |              |
|--------------------------------------|------------------|--------------|
| <b>Total</b>                         | <b>238 996</b>   | <b>10,2%</b> |
| <b>Total Lorraine</b>                | <b>2 346 361</b> |              |
| <b>Potentiel pop. zones fragiles</b> | <b>175 977</b>   | <b>7,5%</b>  |

**Remarques : re basage géographique**

Au vu de sa géographie particulière, la commune de Pierrefitte sur Aire (BSI de Bar le Duc) est rattachée au BSI de St Mihiel.

**VII.2. Fragilités des pré zonages**

Afin de prioriser les pré-zonages ci-dessus, un tableau synthétique regroupant les variables suivantes a été réalisé :

- Accès aux médecins généralistes (densité, densité projetée, tranches d'âge)

***Les médecins généralistes ont un rôle central dans l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours, tant par les soins qu'ils prodiguent qu'en tant que prescripteurs.***

- Distance moyenne d'accès par habitant

***La distance d'accès est apparue au cours des analyses précédentes comme étant une variable discriminante.***

- Dynamique d'installation des médecins généralistes

***L'intérêt que les médecins généralistes ont de s'installer ou non sur un territoire a été ajouté à ce niveau d'analyse afin de prendre en compte les dynamiques des 5 dernières années.***

- Problématique des autres professions de 1<sup>er</sup> recours

***Certains territoires révèlent leur fragilité au vu de l'offre de soins d'autres professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours que les médecins généralistes.***

**Voir annexe 12**

## VII.2. Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

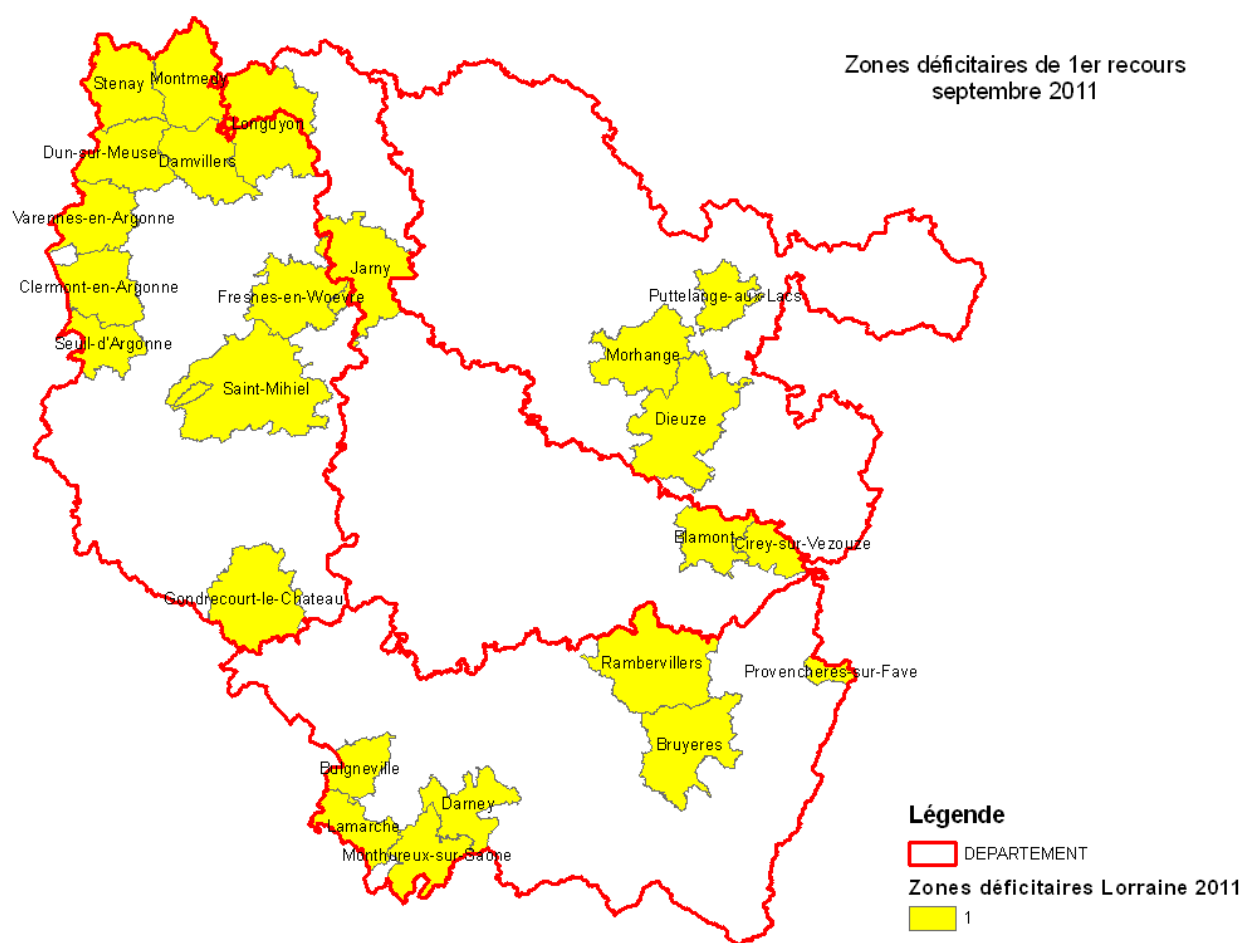
Tenant compte du pré-zonage issu de la concertation, et après arbitrage par l'ARS, le zonage retenu est le suivant :

| N°                                   | Nom                    | Population 2008  |             |
|--------------------------------------|------------------------|------------------|-------------|
| 55145                                | Damvillers             | 2 545            |             |
| 55517                                | Seuil-d'Argonne        | 1 256            |             |
| 88361                                | Provençères-sur-Fave   | 1 804            |             |
| 55167                                | Dun-sur-Meuse          | 3 998            |             |
| 55527                                | Varennnes-en-Argonne   | 2 062            |             |
| 55351                                | Montmédy               | 7 302            |             |
| 88258                                | Lamarche               | 2 561            |             |
| 55117                                | Clermont-en-Argonne    | 4 150            |             |
| 55502                                | Stenay                 | 6 383            |             |
| 54322                                | Longuyon               | 17 116           |             |
| 88310                                | Monthureux-sur-Saône   | 2 857            |             |
| 57556                                | Puttelange-aux-Lacs    | 13 092           |             |
| 57177                                | Dieuze                 | 11 014           |             |
| 55215                                | Gondrecourt-le-Château | 4 031            |             |
| 88079                                | Bulgnéville            | 3 495            |             |
| 88367                                | Rambervillers          | 14 834           |             |
| 88124                                | Darney                 | 4 344            |             |
| 55198                                | Fresnes-en-Woëvre      | 4 565            |             |
| 57483                                | Morhange               | 10 028           |             |
| 88078                                | Bruyères               | 16 938           |             |
| 55463                                | Saint-Mihiel           | 11 151           |             |
| 54129                                | Cirey-sur-Vezouze      | 3 507            |             |
| 54273                                | Jarny                  | 22 175           |             |
| 54077                                | Blâmont                | 3 998            |             |
| <b>Total</b>                         |                        | <b>175 206</b>   | <b>7,5%</b> |
| <b>Total Lorraine</b>                |                        | <b>2 346 361</b> |             |
| <b>Potentiel pop. zones fragiles</b> |                        | <b>175 977</b>   | <b>7,5%</b> |

Ce zonage respecte bien le critère fixé initialement par le niveau national : 7,5% de la population régionale.

Il se répartit au niveau départemental de la façon suivante :

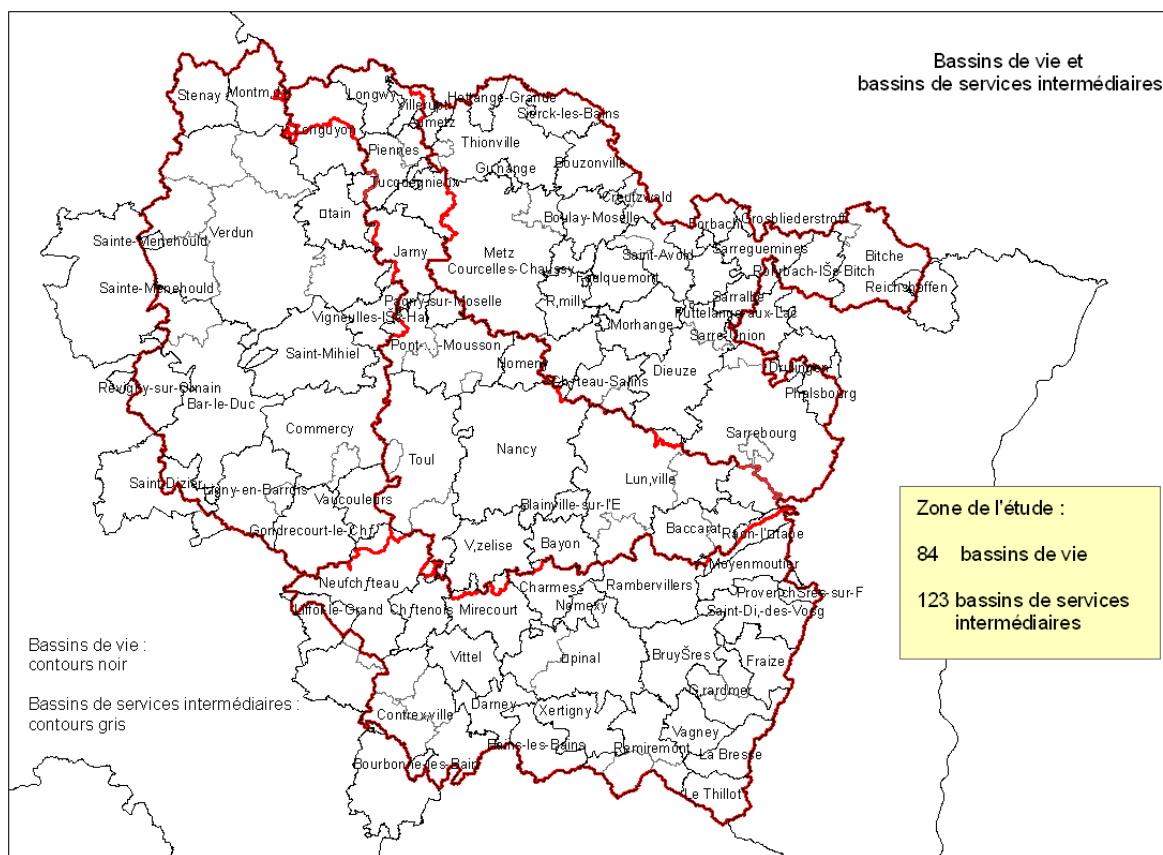
|                    | Zones déficitaires de 1er recours |               |                 |               |                                                  |               |
|--------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------|---------------|--------------------------------------------------|---------------|
|                    | Nombre de communes                |               | Population 2008 |               | Effectif médecin généraliste au 31 décembre 2009 |               |
|                    |                                   | % département |                 | % département |                                                  | % département |
| Meurthe et Moselle | 81                                | 13,6%         | 42 513          | 5,8%          | 29                                               | 4,3%          |
| Meuse              | 229                               | 45,8%         | 51 972          | 26,8%         | 38                                               | 24,7%         |
| Moselle            | 93                                | 12,7%         | 34 134          | 3,3%          | 22                                               | 2,5%          |
| Vosges             | 136                               | 26,4%         | 46 833          | 12,3%         | 33                                               | 10,0%         |
| <b>Lorraine</b>    | <b>539</b>                        | <b>23,0%</b>  | <b>175 452</b>  | <b>7,5%</b>   | <b>122</b>                                       | <b>5,9%</b>   |



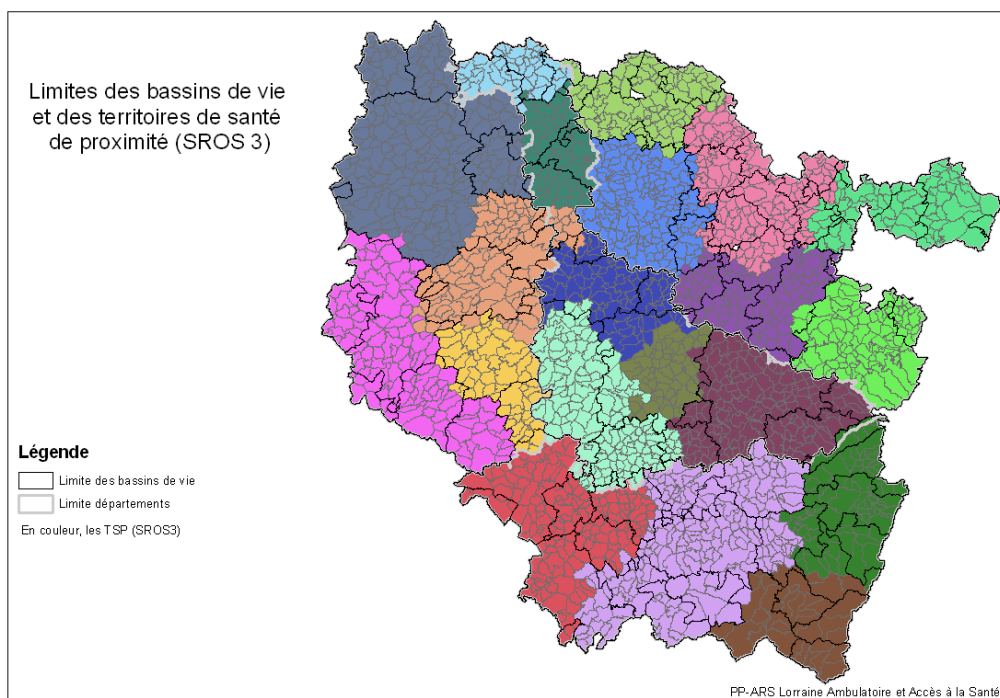
Voir annexe 13

## Annexes

### Annexe 1 : Bassins de services intermédiaires et bassins de vie

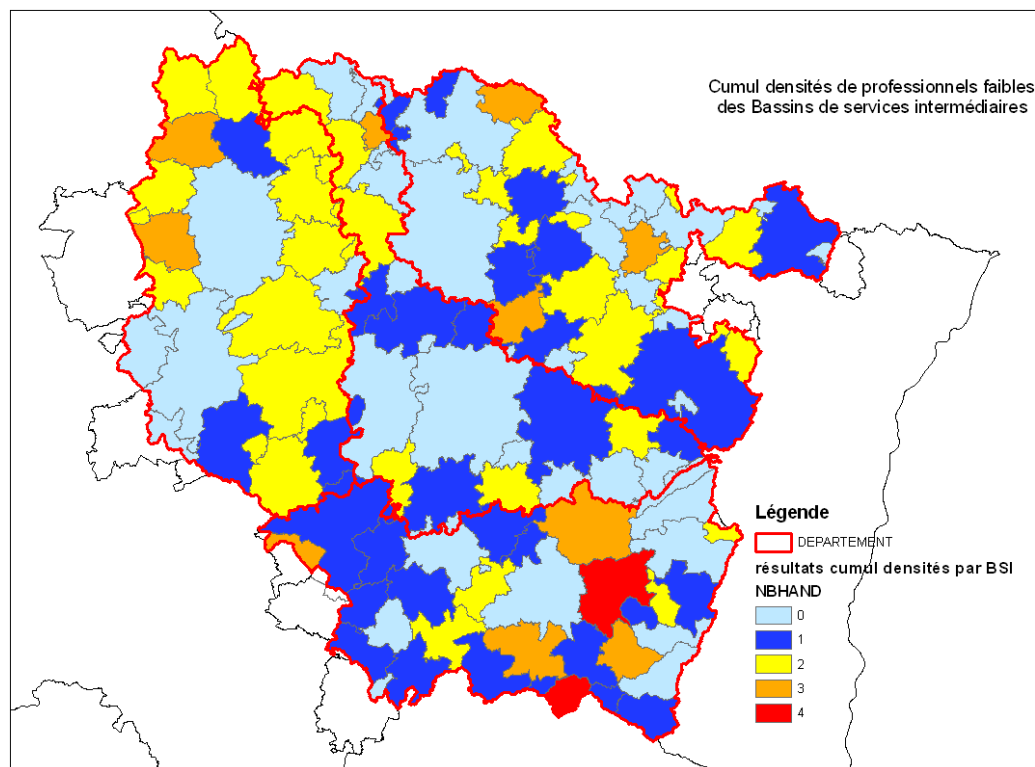


### Annexe 2 : Limite des bassins de vie et des territoires de santé de proximité (SROS 3)

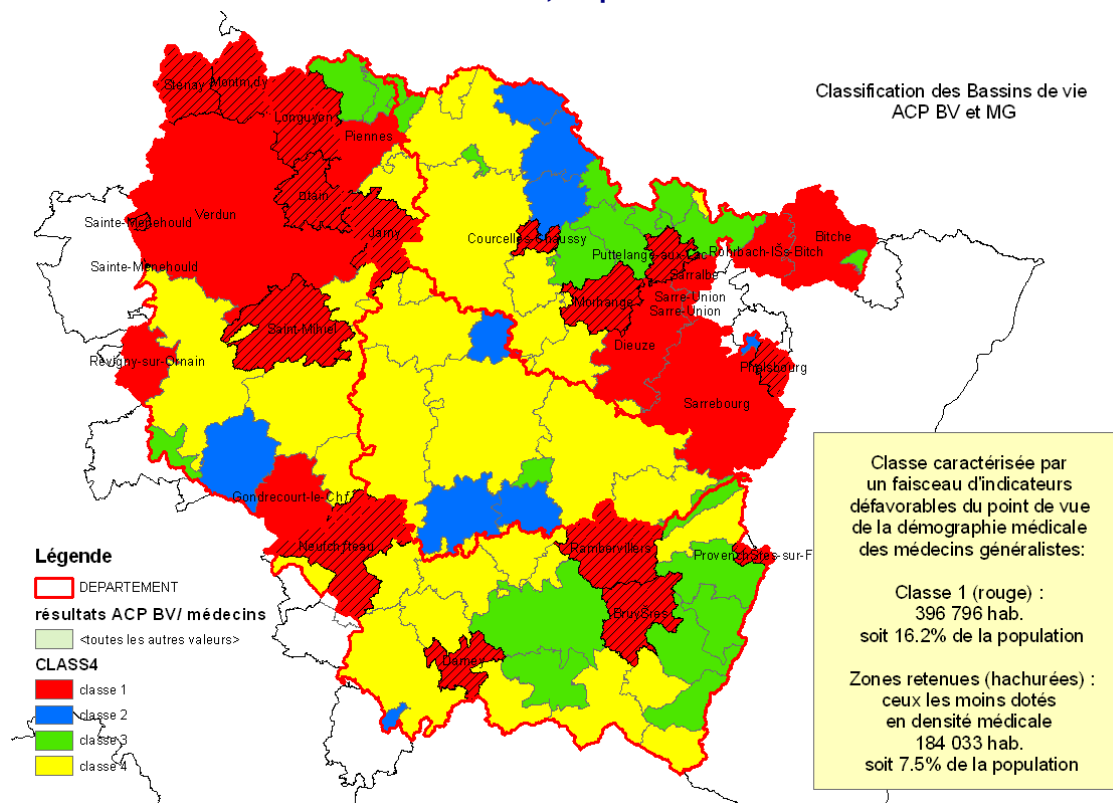




### Annexe 3 : Carte de résultats de la méthode 1



### Annexe 4 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 1



## Annexe 5 : Composition des classes, résultats de la méthode 2, étape 1

Découpage en 4 classes même si Provenchères sur fave est très atypique

Partition en 4 classes : composition des classes

### Classe numéro 1

Bitche Bruyères Courcelles-Chaussy Darney Dieuze Gondrecourt-le-Château Jarny  
Longuyon Montmédy Morhange Neufchâteau Phalsbourg Piennes **Provenchères-sur-Fave**  
Puttelingen-aux-Lacs Rambervillers Revigny-sur-Ornain Rohrbach-lès-Bitche Saint-Mihiel  
Sainte-Menehould Sarralbe Sarre-Union Sarrebourg Stenay Verdun Étain

### Classe numéro 2

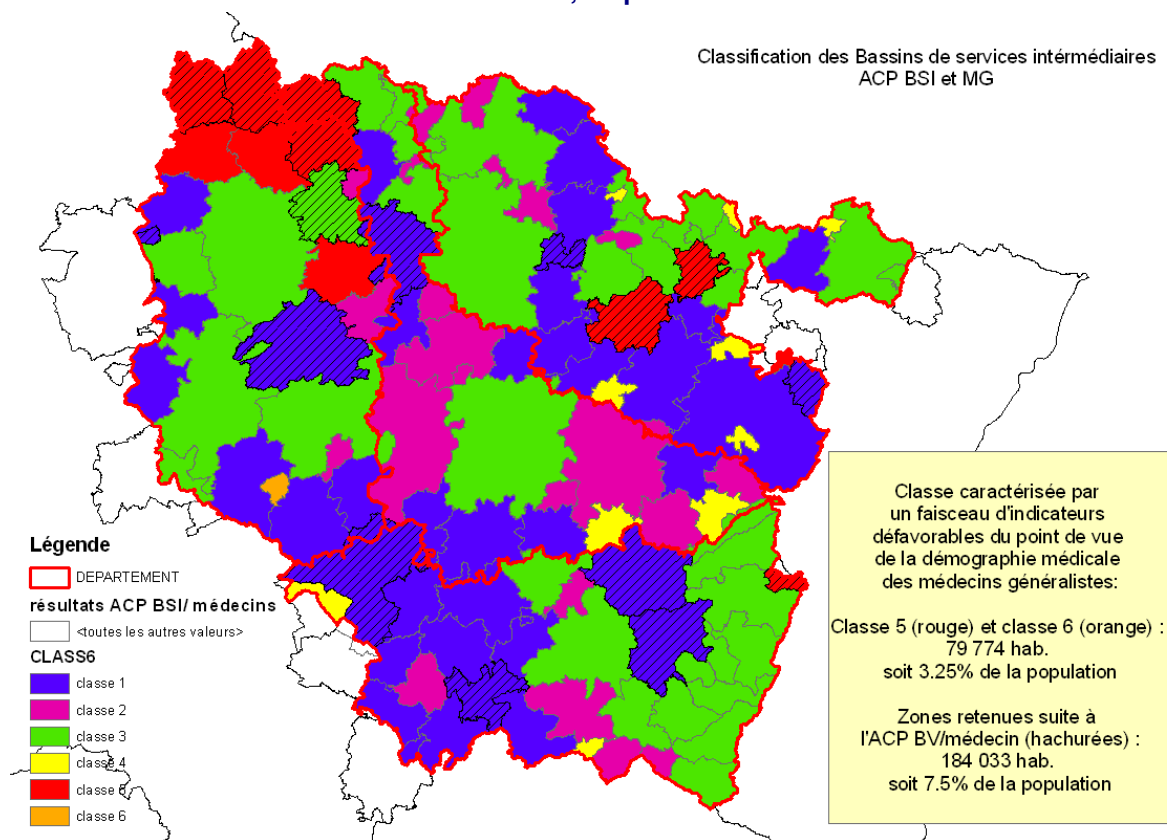
Bayon Boulay-Moselle Bourbonne-les-Bains Bouzonville Drulingen Ligny-en-Barrois Nomeny  
Sierck-les-Bains Vézelize

### Classe numéro 3

Aumetz Blainville-sur-l'Eau Creutzwald Esch-sur-Alzette -Villerupt Farébersviller Faulquemont  
Forbach Fraize Guénange Gérardmer La Bresse Longwy Niederbronn-les-Bains Raon-  
l'Étape Saint-Avold Saint-Dizier Saint-Dié Sarreguemines Xertigny Épinal

### Classe numéro 4

Baccarat Bains-les-Bains Bar-le-Duc Charmes Château-Salins Châtenois Commercy  
Contrexéville Grosbliedestroff Hettange-Grande Le Thillot Liffol-le-Grand Lunéville Metz  
Mirecourt Moyenmoutier Nancy Nomexy Pagny-sur-Moselle Pont-à-Mousson Remiremont  
Rémilly Thionville Toul Tucquegnieux Vagney Vaucouleurs Vigneulles-lès-Hattonchâtel Vittel

**Annexe 6 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 2****Annexe 7 : Composition des classes, résultats de la méthode 2, étape 2****Classe numéro 1**

Bains-les-Bains Bayon Blâmont Boulay-Moselle Bourbonne-les-Bains Bouzonville Bruyères  
 Bulgnéville Château-Salins Châtenois Colombey-les-Belles Courcelles-Chaussy Darney Delme  
 Dieuze Dompierre Gondrecourt-le-Château Insming Jarny Lamarche Ligny-en-Barrois  
 Mirecourt Monthureux-sur-Saône Neufchâteau Nomeny Phalsbourg Piennes Rambervillers  
 Revigny-sur-Ornain Rohrbach-lès-Bitche Rémy Saint-Mihiel Sainte-Menehould Sarre-Union  
 Sarrebourg Seuil-d'Argonne Sierck-les-Bains Thiaucourt-Regniéville Varennes-en-Argonne  
 Vaucouleurs Vittel Vézelize

**Classe numéro 2**

Aumetz Baccarat Blainville-sur-l'Eau Boulogny Cirey-sur-Vezouze Contrexéville Dieulouard  
 Guénange Hettange-Grande Le Val-d'Ajol Longeville-lès-Saint-Avold Lunéville Nomexy Pagny-  
 sur-Moselle Pont-à-Mousson Rupt-sur-Moselle Toul Tucquegnieux Vigneulles-lès-Hattonchâtel  
 Vigy Void-Vacon Xertigny

**Classe numéro 3**

Audun-le-Roman Bar-le-Duc Bitche Charmes Clermont-en-Argonne Commercy Corcieux  
 Creutzwald Farébersviller Faulquemont Fontoy Forbach Foug Fraize Granges-sur-Vologne  
 Gérardmer La Bresse Le Thillot Longwy Metz Moyenmoutier Nancy Raon-l'Étape  
 Reichshoffen Remiremont Saint-Avold Saint-Dizier Saint-Dié-des-Vosges Sarralbe  
 Sarreguemines Thionville Vagney Verdun Villerupt Épinal Étain

#### **Classe numéro 4**

Badonviller Chevillon Falck Fénétrange Gerbéviller Grosbliedestroff Liffol-le-Grand Lorquin  
Plombières-les-Bains Vic-sur-Seille Volmunster

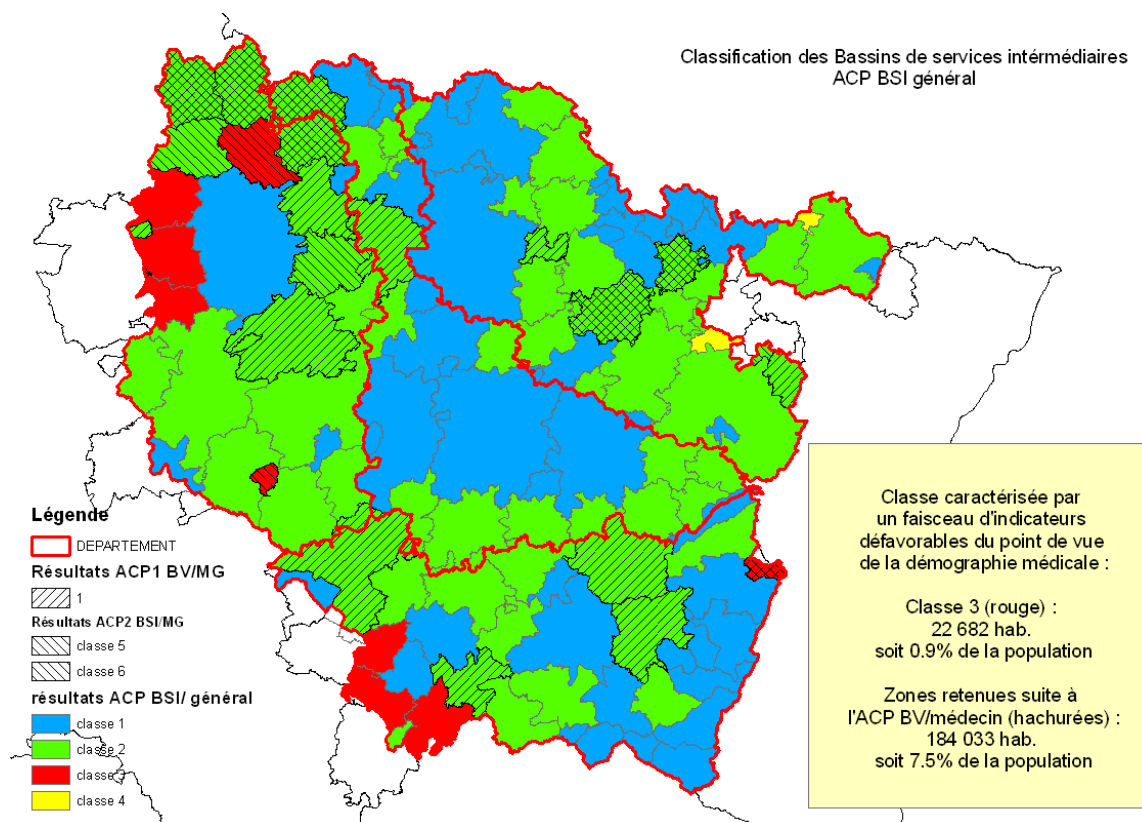
#### **Classe numéro 5**

Bourmont Damvillers Drulingen Dun-sur-Meuse Fresnes-en-Woëvre Longuyon Montmédy  
Morhange Provenchères-sur-Fave Puttelange-aux-Lacs Stenay

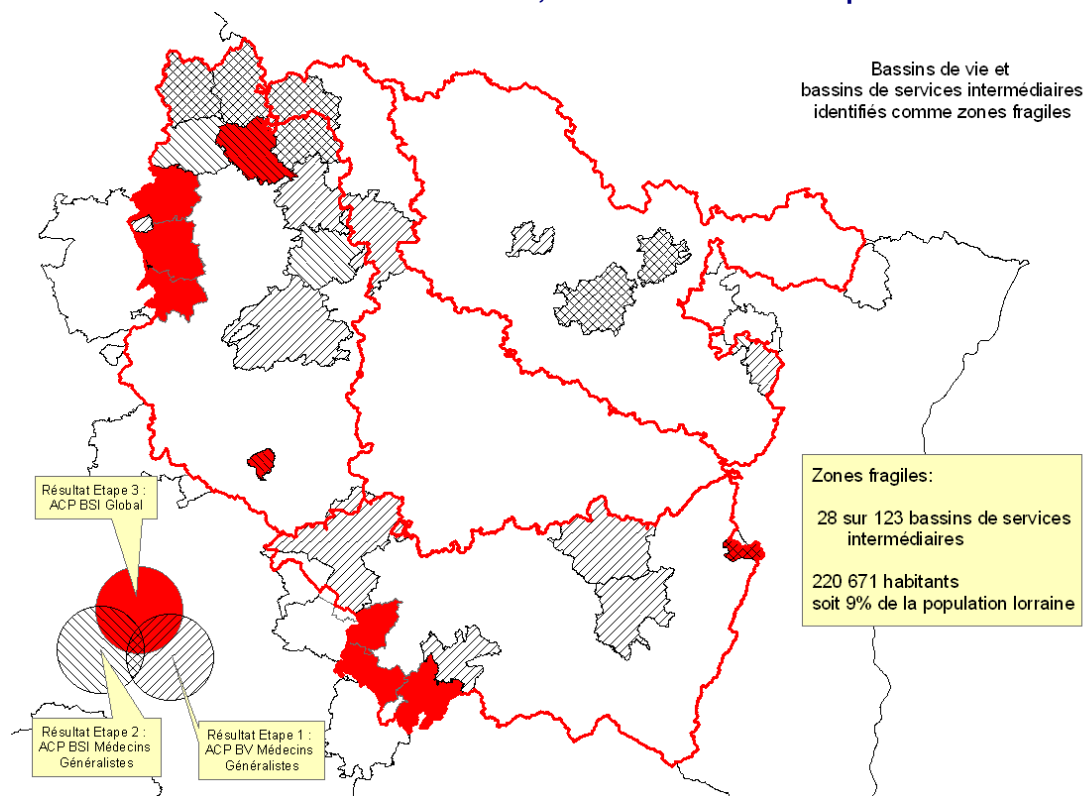
#### **Classe numéro 6**

Tréveray

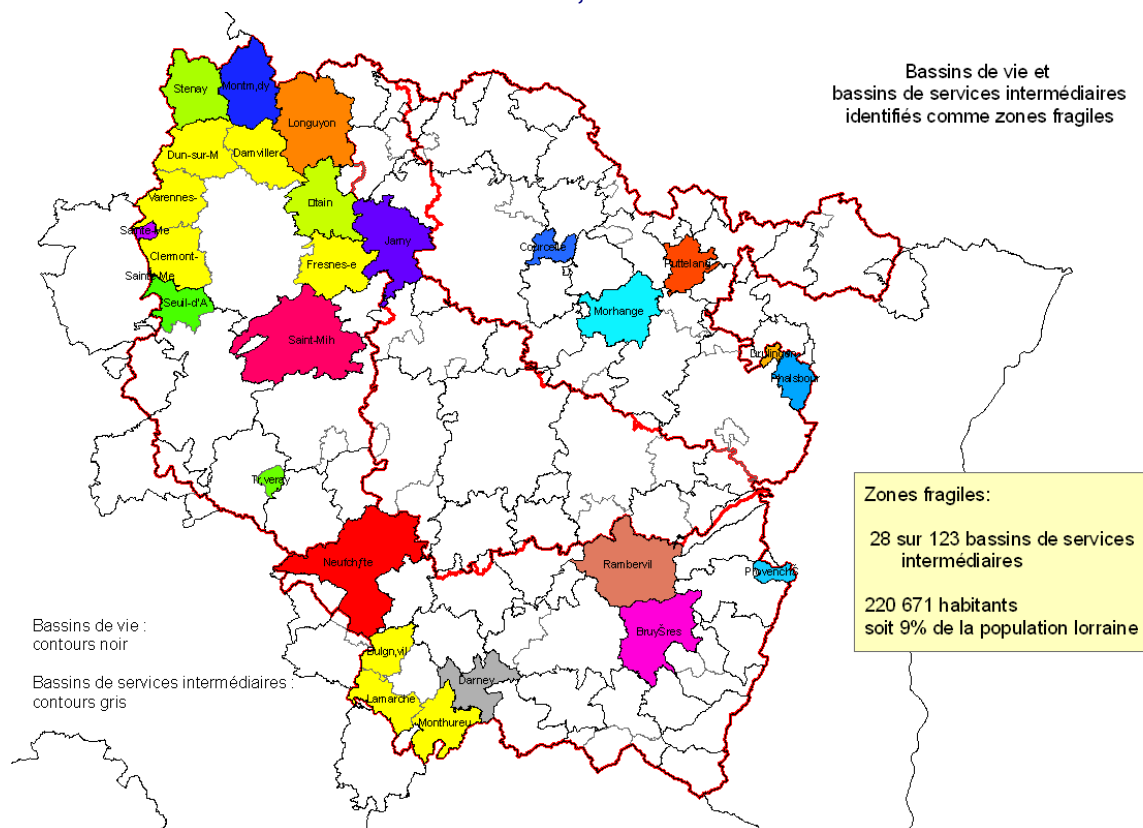
### **Annexe 8 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 3**



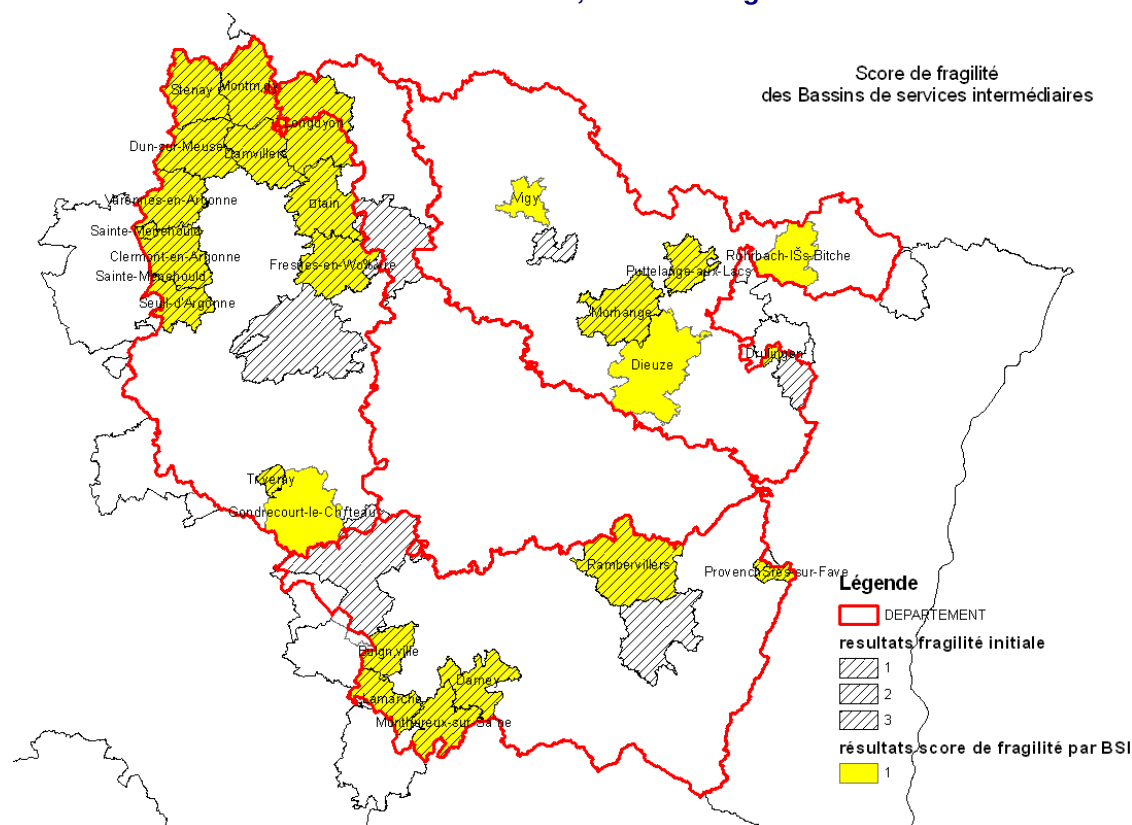
## Annexe 9 : Carte de résultats de la méthode 2, confrontation des 3 étapes



## Annexe 10 : Carte de résultats de la méthode 2, final



## Annexe 11 : Carte de résultats de la méthode 3, score de fragilité



## Annexe 12 : Fragilités des zones pré sélectionnées

| N°    | Nom                    | Population 2008 | Densité médecins généralistes* | Densité médecins généralistes projetés* | Part des médecins généralistes plus 60 ans* | Part des médecins généralistes plus 65 ans* | Distance moyenne d'accès en km au praticien le plus proche pondéré sur la population | Dynamique installation à 5 ans (2008/2011) des MG source : AM | Problèmes relevés pour autres professionnels de 1er recours |
|-------|------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 55145 | Damvillers             | 2545            |                                |                                         |                                             |                                             | +++                                                                                  |                                                               | dentaire ++                                                 |
| 55517 | Seuil-d'Argonne        | 1258            |                                |                                         |                                             |                                             | +++                                                                                  |                                                               | dentaire ++ et MK ++ et officine dans 5 ans                 |
| 88381 | Provencères-sur-Fave   | 1804            | ++                             | ++                                      |                                             | ++                                          | +                                                                                    |                                                               | dentaire                                                    |
| 55167 | Dun-sur-Meuse          | 3998            | ++                             | +                                       |                                             |                                             | ++                                                                                   |                                                               | dentaire ++ et MK +                                         |
| 55527 | Verennes-en-Argonne    | 2082            |                                |                                         |                                             | ++                                          | +++                                                                                  |                                                               | dentaire ++ et MK ++                                        |
| 55351 | Montmédy               | 7302            |                                | +                                       |                                             |                                             | +++                                                                                  |                                                               | dentaire ++                                                 |
| 88258 | Lamerche               | 2581            |                                | ++                                      | ++                                          | ++                                          | +                                                                                    |                                                               | dentaire ++ et MK à 5 ans ++                                |
| 55117 | Clermont-en-Argonne    | 4150            |                                |                                         |                                             | ++                                          | +                                                                                    | +                                                             | dentaire ++ et MK et officine                               |
| 55502 | Stenay                 | 8383            | ++                             | ++                                      |                                             |                                             |                                                                                      | +                                                             | dentaire                                                    |
| 54322 | Longuyon               | 17116           | ++                             | +                                       |                                             |                                             |                                                                                      | ++                                                            | dentaire +                                                  |
| 88310 | Montmédy-sur-Saône     | 2857            |                                |                                         | +                                           | +                                           | ++                                                                                   |                                                               | dentaire ++ et MK à 5 ans ++                                |
| 57558 | Puttelange-aux-Lacs    | 13092           | ++                             | +                                       |                                             |                                             | ++                                                                                   |                                                               | MK et officine +                                            |
| 57177 | Dieuze                 | 11014           |                                |                                         |                                             |                                             | ++                                                                                   | ++                                                            | officine                                                    |
| 67105 | Drulingen              | 589             |                                | professionnels d'Alsace                 |                                             |                                             | +                                                                                    |                                                               | pro d'Alsace                                                |
| 55181 | Étain                  | 7511            |                                |                                         |                                             | +                                           |                                                                                      |                                                               | infirmier                                                   |
| 55215 | Gondrecourt-le-Château | 4031            |                                | ++                                      | +                                           | +                                           | +                                                                                    | +                                                             | dentaire et officine                                        |
| 88079 | Bulgnéville            | 3495            |                                | +                                       | +                                           | +                                           |                                                                                      |                                                               | dentaire                                                    |
| 88387 | Rambervillers          | 14834           |                                | +                                       |                                             | ++                                          |                                                                                      |                                                               | dentaire et MK + et officine                                |
| 88124 | Darné                  | 4344            | ++                             | +                                       | +                                           | +                                           | ++                                                                                   | +                                                             | dentaire et MK                                              |
| 55198 | Fresnes-en-Woëvre      | 4585            |                                |                                         |                                             | +                                           | ++                                                                                   |                                                               | dentaire + et officine                                      |
| 57589 | Rohrbach-lès-Bitche    | 14062           |                                | +                                       |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | dentaire                                                    |
| 57483 | Morhange               | 10028           |                                | ++                                      |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | MK et officine +                                            |
| 88078 | Bruyères               | 16938           |                                | +                                       |                                             |                                             |                                                                                      | ++                                                            | dentaire et infirmier + et officine                         |
| 55483 | Saint-Mihiel           | 11151           |                                | +                                       |                                             | ++                                          |                                                                                      |                                                               | infirmier et officine                                       |
| 54129 | Cirey-sur-Vecouze      | 3507            | ++                             | +                                       |                                             |                                             |                                                                                      | +                                                             | MK                                                          |
| 54273 | Jarmy                  | 22175           | ++                             | ++                                      |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | dentaire et infirmier                                       |
| 57089 | Bitche                 | 20167           |                                | +                                       |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | MK et officine +                                            |
| 54077 | Blancmont              | 3998            |                                | ++                                      | ++                                          |                                             |                                                                                      |                                                               | dentaire et MK et officine                                  |
| 57209 | Faulquemont            | 19066           |                                | professionnels du régime des mines      |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | officine                                                    |
| 54040 | Badonviller            | 2984            |                                |                                         |                                             |                                             |                                                                                      |                                                               | dentaire                                                    |

\*source ADELI

++ : <60    ++ : <50    ++ : >= 50%    ++ : >= 70%    + : MG >4 km    ++ : solde < -2 et part départ représente >= 25% MG

+ : <60    + : >30%    + : >60%    + : dent >10 km    ++ : solde négatif et part départ représente >= 25% MG

+ : inf >5 km    + : kiné >5 km

**Annexe 13 : Caractérisation des BSI composant les zones déficitaires de 1er recours**

| Département de la commune | N° BSI | BSI                                 | Nombre de commune | Population 2008 | Effectif médecin généralistes 31 décembre 2009 |
|---------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------------------------|
| 54                        | 54077  | Blâmont                             | 22                | 3 998           | 4                                              |
|                           | 54129  | Cirey-sur-Vezouze                   | 8                 | 3 507           | 3                                              |
|                           | 54273  | Jarny                               | 31                | 21 683          | 13                                             |
|                           | 54322  | Longuyon                            | 19                | 13 292          | 9                                              |
|                           | 55351  | Montmédy                            | 1                 | 33              | 0                                              |
| Total 54                  |        |                                     | 81                | 42 513          | 29                                             |
| 55                        | 54273  | Jarny                               | 3                 | 492             | 0                                              |
|                           | 54322  | Longuyon                            | 14                | 3 824           | 2                                              |
|                           | 55029  | Bar-le-Duc                          | 1                 | 246             | 2                                              |
|                           | 55117  | Clermont-en-Argonne                 | 14                | 4 150           | 4                                              |
|                           | 55145  | Damvillers                          | 19                | 2 545           | 2                                              |
|                           | 55167  | Dun-sur-Meuse                       | 20                | 3 998           | 2                                              |
|                           | 55198  | Fresnes-en-Woëvre                   | 29                | 4 565           | 4                                              |
|                           | 55215  | Gondrecourt-le-Château              | 17                | 4 031           | 3                                              |
|                           | 55351  | Montmédy                            | 25                | 7 269           | 5                                              |
|                           | 55463  | Saint-Mihiel + Pierrefitte-sur-Aire | 40                | 11 151          | 8                                              |
|                           | 55502  | Stenay                              | 21                | 6 383           | 3                                              |
|                           | 55517  | Seuil-d'Argonne                     | 9                 | 1 256           | 1                                              |
|                           | 55527  | Varennnes-en-Argonne                | 17                | 2 062           | 2                                              |
| Total 55                  |        |                                     | 229               | 51 972          | 38                                             |
| 57                        | 57177  | Dieuze                              | 44                | 11 014          | 7                                              |
|                           | 57483  | Morhange                            | 34                | 10 028          | 8                                              |
|                           | 57556  | Puttelange-aux-Lacs                 | 15                | 13 092          | 7                                              |
| Total 57                  |        |                                     | 93                | 34 134          | 22                                             |
| 88                        | 88078  | Bruyères                            | 40                | 16 938          | 11                                             |
|                           | 88079  | Bulgnéville                         | 13                | 3 495           | 3                                              |
|                           | 88124  | Darney                              | 16                | 4 344           | 3                                              |
|                           | 88258  | Lamarche                            | 13                | 2 561           | 2                                              |
|                           | 88310  | Monthureux-sur-Saône                | 15                | 2 857           | 3                                              |
|                           | 88361  | Provenchères-sur-Fave               | 4                 | 1 804           | 1                                              |
| Total 88                  |        |                                     | 136               | 46 833          | 33                                             |
| Total                     |        |                                     | 539               | 175 452         | 122                                            |



## « Biologie médicale »

### Préambule

#### 1. Contexte réglementaire

##### 1.1 Cadre juridique général : l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

En 2005, une étude sur l'évolution de la biologie médicale était lancée par l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS).

Les conclusions du rapport montraient que la qualité moyenne des laboratoires de biologie médicale était bonne mais avec quelques insuffisances dans les laboratoires de plus faible activité.

Devant les observations du rapport et suite à un avis de la commission Européenne, le ministre de la Santé et des sports a missionné Michel Ballereau pour présenter des propositions sur la modernisation de la biologie médicale privée et publique.

En 2008, le rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale a été remis par Michel Ballereau au ministre de la Santé et des sports.

Dans le cadre d'une réforme du système de soins français, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009, le gouvernement a autorisé à prendre par voie d'ordonnance, toutes les mesures pour « réformer les conditions de création, d'organisation, et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale ».

L'ordonnance est adoptée par le Conseil des ministres le 13 Janvier 2010 et publiée au Journal Officiel le 15 janvier 2010, avec en préambule, un rapport présenté au président de la république qui définit avec précision les objectifs de la réforme.

##### ➤ **Réglementation identique pour la ville et l'hôpital**

Alors que la loi de Juillet 1975 ne concernait que les laboratoires de biologie médicale privés, la réforme harmonise les règles de fonctionnement et les exigences pour les laboratoires du secteur privé et du secteur public.

Par ailleurs, les modalités de rapprochement des deux secteurs sont définies et facilitées.

##### ➤ **Médicalisation de la biologie médicale**

Le rôle médical du biologiste médical est réaffirmé tout au long du parcours de soins des patients. La médicalisation du métier de biologiste intègre ce dernier dans un dialogue essentiel avec les cliniciens pour un meilleur choix des examens à réaliser, pour une meilleure connaissance des évolutions techniques, et pour une meilleure interprétation et validation des résultats biologiques.

Cette notion se traduit par un changement de vocabulaire : le biologiste pharmacien ou médecin devient un biologiste médical.



### ➤ La qualité prouvée par l'accréditation

La qualité n'était pas une notion nouvelle pour les laboratoires de biologie médicale. La pratique repose en effet sur le guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA). Parallèlement, le contrôle national de qualité (CNQ) mis en place par l'AFSSAPS permet également d'évaluer de façon externe la qualité des examens de biologie médicale en termes de performance et de fiabilité des résultats.

La réforme de la biologie marque le passage à un système qualité qui repose sur un monitoring permanent de la totalité des activités des laboratoires de biologie médicale.

La preuve de qualité et de son suivi permanent sera assurée par l'accréditation, obligatoire pour tous les laboratoires et tous les examens de biologie médicale.

En France, un organisme accréditeur unique, le Comité Français d'Accréditation (COFRAC), a été désigné pour délivrer les accréditations selon un référentiel spécifique des activités de biologie médicale : la norme NF EN ISO 15189 et la norme NF EN ISO 22870 pour les activités de biologie réalisées dans le cadre de la biologie délocalisée.

### ➤ Réorganisation territoriale de l'offre de la biologie médicale

Afin de garantir une maîtrise de toute l'activité au sein du laboratoire de biologie médicale, et la proximité clinicien-biologiste, les laboratoires sont autorisés à se regrouper en laboratoire multisites, avec un maintien de limites territoriales pour l'activité des laboratoires.

Cependant, des règles prudentielles proportionnées à l'intérêt de santé publique sont instaurées pour assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale.

### ➤ Efficacité des dépenses de santé par une adaptation des prix et des volumes

La réforme vise à ce que chacun ait accès, partout en France, à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans les laboratoires de biologie du secteur privé et du secteur public.

## 1.2 Le parcours législatif de l'ordonnance relatif à la biologie médicale

Déposée mais non ratifiée par le Parlement, l'Ordonnance, a valeur de loi. Elle est applicable le cas échéant dans sa limite de la parution des décrets d'application.

## Etat des lieux et diagnostic régional de l'offre de biologie médicale

### 2. Répartition de l'offre de biologie médicale

Afin d'approcher l'offre de biologie médicale, une enquête régionale a été menée par voie électronique auprès des laboratoires de biologie du secteur public et privé.

L'enquête a été envoyée vers l'entité juridique (EJ) qui exploite un ou plusieurs établissements (ET), laboratoires ou sites pour les laboratoires du secteur privé; et vers les établissements de santé qui comportent en leur sein un laboratoire de biologie médicale.

L'enquête, clôturée le 31 mai 2011, a été complétée par un recueil de données sur certains items.

Au terme de cette enquête sur 165 laboratoires interrogés, 137 réponses partielles ou totales ont été recueillies soit un pourcentage de participation à l'enquête régionale de biologie médicale de 83 %.

Devant l'absence d'exhaustivité des informations recueillies, le croisement d'informations issues de l'enquête avec celles issues de bases de données telles que FINESS, ADELI ou COFRAC, entre autres, a été nécessaire pour approcher au mieux l'offre de biologie médicale.

## 2.1 Implantation géographique des laboratoires de biologie médicale

### ➤ Nombre de laboratoires de biologie médicale

La région lorraine, divisée en 4 territoires de santé, délimités géographiquement par les limites territoriales des 4 départements (Meurthe et Moselle, Moselle, Meuse et Vosges), compte 165 laboratoires de biologie médicale au 31 décembre 2010.

La répartition des laboratoires de biologie médicale par territoire de santé et par secteur d'activité est détaillée dans le tableau n°1 :

Tableau n°1 : Nombre de laboratoires privés, publics et autres par territoire de santé

| Département            | Nombre d'implantations de laboratoires privés | Nombre d'implantation de laboratoires publics | Nombre de laboratoires dans d'autres structures | Laboratoires de biologie médicale |
|------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 54                     | 44                                            | 7                                             | 3(1 UCCMP*- 2 EFS*)                             |                                   |
| 55                     | 4                                             | 2                                             |                                                 |                                   |
| 57                     | 73                                            | 11                                            | 1(EFS)                                          |                                   |
| 88                     | 15                                            | 4                                             | 1(EFS)                                          |                                   |
| <b>région lorraine</b> | <b>136</b>                                    | <b>24</b>                                     | <b>5</b>                                        | <b>165</b>                        |

\*UCCMP : UC Centre de Médecine Préventive

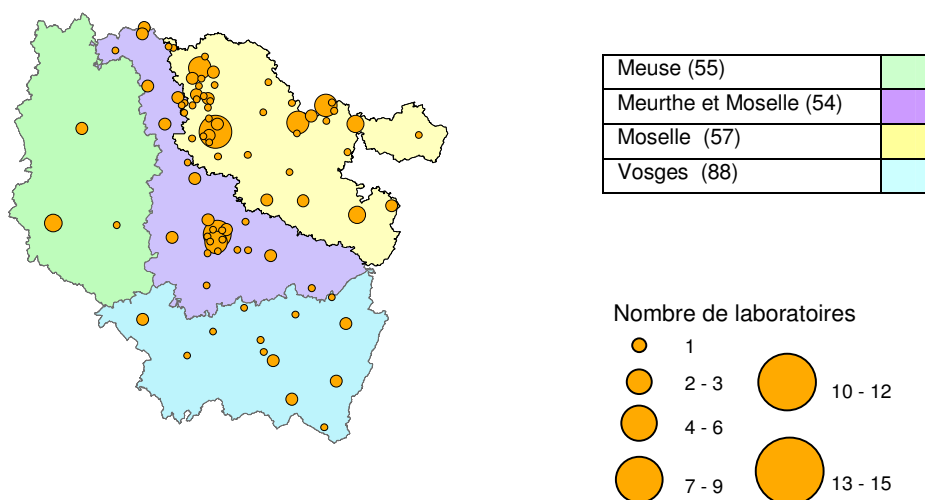
\*EFS : Etablissement Français du Sang

### ➤ Implantation géographique

L'implantation géographique des laboratoires de biologie médicale sur la région Lorraine est concentrée sur le sillon Nancy - Metz - Thionville et particulièrement autour de ces 3 agglomérations.

A l'opposé le nombre de laboratoires est moins important aux limites territoriales.

Quelques zones blanches persistent au niveau des frontières régionales entre la Meuse et les Ardennes, les Vosges et la Haute Saône.



Carte 1 : Implantation géographique des laboratoires de biologie médicale par territoire de santé au 31 décembre 2010

## 2.2 Nombre de laboratoires de biologie médicale privés par habitants

En France, il y a environ 1 laboratoire privé pour 16 000 habitants.

La région Lorraine présente une densité très légèrement inférieure à la moyenne nationale soit 1 laboratoire de biologie médicale privé pour environ 17 000 habitants.

Sur la région lorraine, seul le territoire de Meurthe et Moselle affiche une densité comparable aux données nationales.

Comparée à la valeur nationale, la densité des laboratoires sur le territoire des Vosges de 1/25 000 habitants est très légèrement plus faible.

La densité sur le territoire de la Meuse est très éloignée de la valeur nationale avec 1 laboratoire pour 48 000 habitants.

Le territoire de la Moselle est le territoire lorrain avec la plus forte densité de laboratoires par habitants soit 1 laboratoire pour environ 14 000 habitants.

Tableau n°2 : densité de laboratoires privés de biologie médicale par nombre d'habitants et par département lorrain.

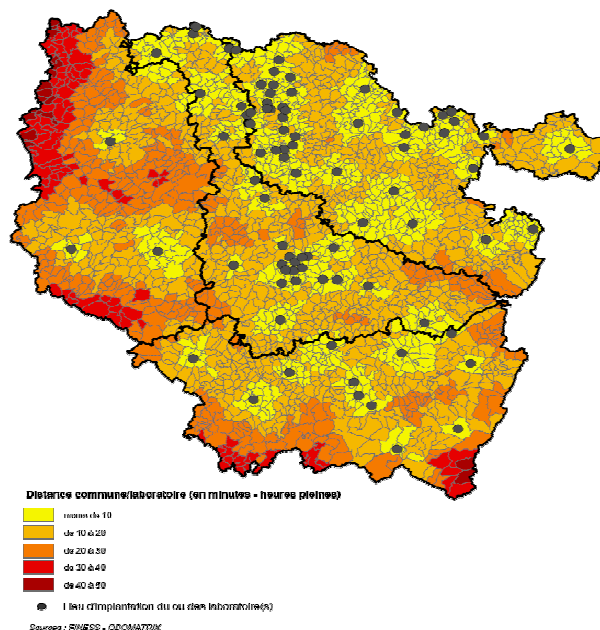
| Département     | Nombre de laboratoires privés de biologie médicale | Nombre d'habitants (INSEE 2009) | Densité de laboratoires privés par nombre d'habitants |
|-----------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 54              | 44                                                 | 730 961                         | 1 pour 16 612                                         |
| 55              | 4                                                  | 194 237                         | 1 pour 48 559                                         |
| 57              | 73                                                 | 1 043 581                       | 1 pour 14 295                                         |
| 88              | 15                                                 | 379 605                         | 1 pour 25 307                                         |
| région lorraine | 136                                                | 2 348 384                       | 1 pour 17 267                                         |

## 2.3 Accessibilité des patients aux laboratoires de biologie médicale

L'offre transfrontalière n'a pas été prise en compte pour établir ces deux représentations (cartes n° 2 et 3).

- Temps nécessaire (minutes) à un patient pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale : **carte n° 2**

### L'accessibilité (en temps) aux laboratoires de biologie médicale par commune en Lorraine



- Distance (kms) à parcourir à un patient lorrain pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale lorrain : **carte n° 3**

### L'accessibilité aux laboratoires de biologie médicale par commune en Lorraine.

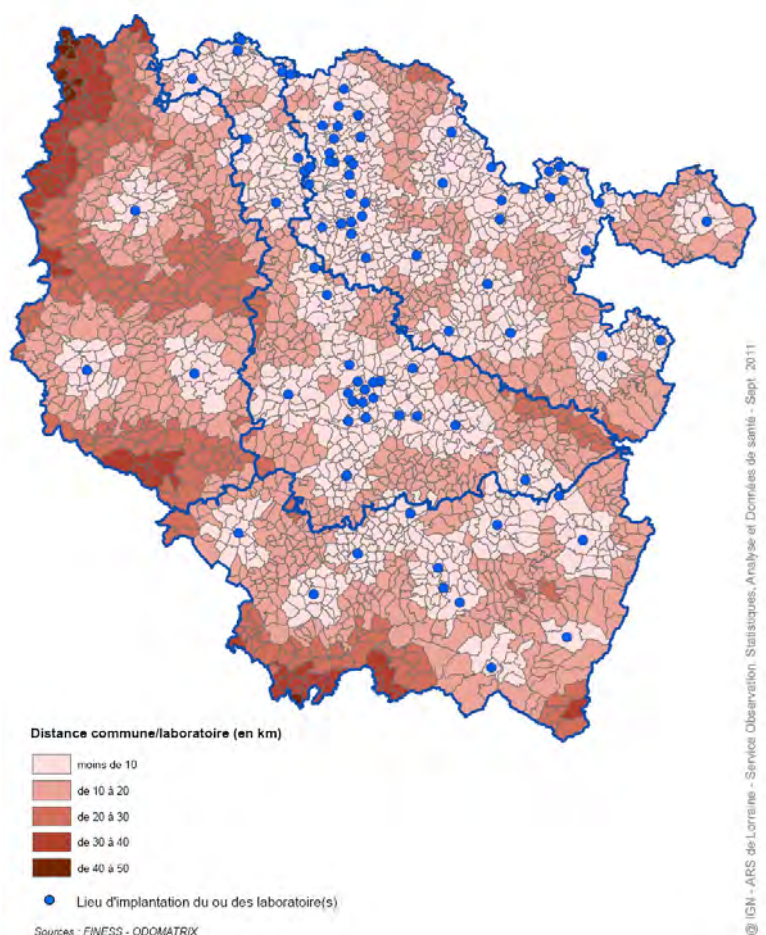


**Tableau n° 3 :** Distance (moyenne et maximale) à parcourir, temps (moyen et maximal) nécessaire à un patient lorrain pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale du secteur public ou privé.

| Département     | Distance moyenne à parcourir (kms) | Distance maximale à parcourir (kms) | Temps moyen à parcourir (min) pendant les heures pleines | Temps maximal (min) pendant les heures creuses |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>54</b>       | 3.49                               | 24                                  | 5.62                                                     | 26                                             |
| <b>55</b>       | 13.61                              | 46                                  | 15.75                                                    | 46                                             |
| <b>57</b>       | 3.65                               | 23                                  | 5.34                                                     | 26                                             |
| <b>88</b>       | 8.32                               | 41                                  | 11.31                                                    | 39                                             |
| <b>Lorraine</b> | <b>5.18</b>                        | <b>46</b>                           | <b>7.26</b>                                              | <b>46</b>                                      |

Les paramètres calculés (temps et distance) ont été pondérés par le nombre d'habitants de chaque commune.

Les patients meusiens sont les plus éloignés (46 kms) des laboratoires de biologie médicale.

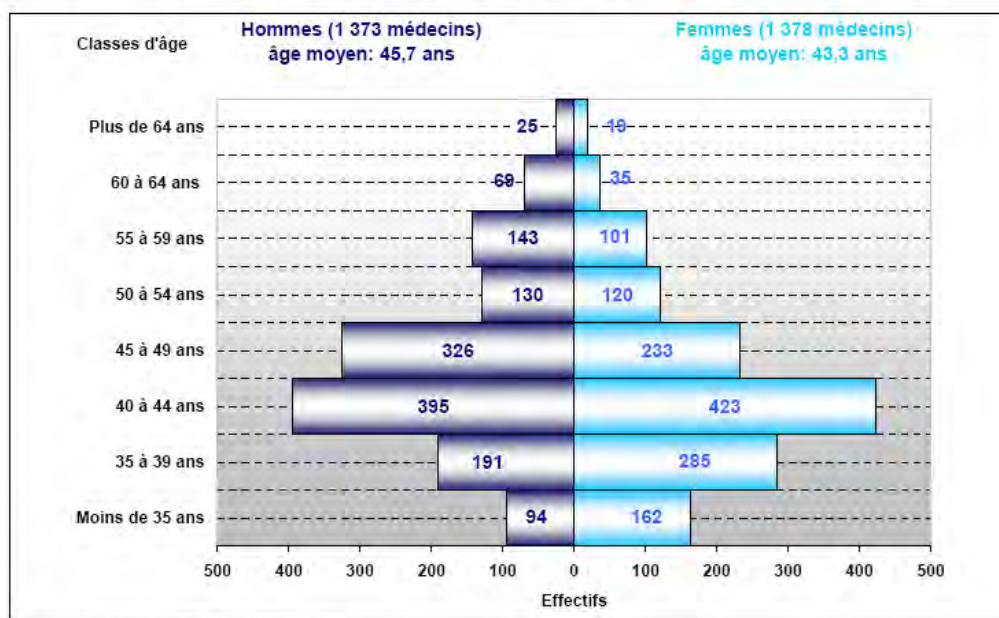
Le temps nécessaire à un patient Lorrain pour se rendre sur un laboratoire de biologie médicale, sans avoir recours à une prise en charge de la phase pré-analytique par une structure proche de son lieu de résidence, est également plus long pour les patients situés sur le territoire de la Meuse (46 min).

### 3. État des lieux de la profession et de l'organisation des laboratoires (formes d'exploitation)

#### 3.1 Démographie des biologistes : au niveau national

Selon l'Ordre National des Pharmaciens (rapport d'activités, 2009), on dénombre 7987 pharmaciens biologistes inscrits. Le Conseil National de l'Ordre des médecins comptabilise 2 675 médecins biologistes (Atlas de la démographie médicale en France, 2010).

Pyramide des âges des médecins biologistes en activité (total en activité) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2006

#### ➤ Mode d'activité en biologie médicale

Tableau n°4 : Mode d'activité des médecins biologistes en FRANCE

(Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010 / CNOM)

|               | Libéral      | Mixte     | Salarié      | Sans     | Divers   | Total        |
|---------------|--------------|-----------|--------------|----------|----------|--------------|
| <b>Hommes</b> | 645          | 59        | 622          | 0        | 1        | <b>1 327</b> |
| <b>Femmes</b> | 363          | 39        | 945          | 1        | -        | <b>1 348</b> |
| <b>Total</b>  | <b>1 008</b> | <b>98</b> | <b>1 567</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>2 675</b> |

L'indisponibilité de données équivalentes pour les pharmaciens biologistes ne permet pas de comparaison avec le mode d'activité des médecins biologistes.

### 3.2 Démographie des biologistes : en région Lorraine

#### a. Les médecins biologistes

Tableau n°5 : mode d'activité et part de féminisation des médecins biologistes en Lorraine  
(Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010 / CNOM)

| Départements                                      | Hommes      | Femmes      | Total       | Libéraux    | Effectif féminin |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Meurthe-et-Moselle                                | 21          | 24          | 45          | 24 %        | 53.3 %           |
| Meuse                                             | 2           | 0           | 2           | 0 %         | 0 %              |
| Moselle                                           | 16          | 11          | 27          | 52 %        | 40.7 %           |
| Vosges                                            | 4           | 2           | 7           | 57 %        | 42.9 %           |
| <b>Total Lorraine</b>                             | <b>43</b>   | <b>38</b>   | <b>81</b>   | <b>36 %</b> | <b>46.9 %</b>    |
| <b>Total France<br/>(Métropole+ DOM<br/>+TOM)</b> | <b>1327</b> | <b>1348</b> | <b>2675</b> | <b>38 %</b> | <b>50.4 %</b>    |

#### ▪ Répartition des postes d'internat en biologie médicale

Nombre de postes ouverts en novembre 2010 : 9

Nombres d'inscrits au D.E.S (diplôme d'études spécialisées) de biologie médicale :

1<sup>ère</sup> année : 3

2<sup>ème</sup> année : 3

3<sup>ème</sup> année : 1

4<sup>ème</sup> année : 5

Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

#### ▪ ENC (épreuves nationales classantes) : nombre d'internes à former pour 2010-2014

|                     | 2010-2011 | 2011-2012 | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Lorraine</b>     | <b>3</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Total France</b> | <b>86</b> | <b>91</b> | <b>88</b> | <b>93</b> | <b>92</b> |

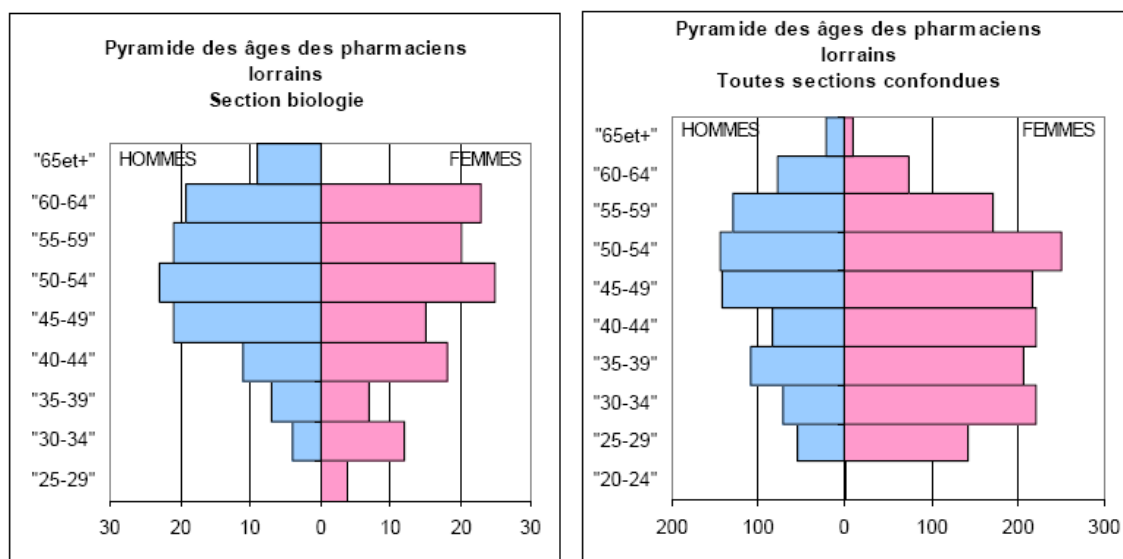
Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

#### b. Les pharmaciens biologistes

Tableau n°6 : effectifs des pharmaciens biologistes en Lorraine

|                                              | Lorraine | 54                                 | 55 | 57                                         | 88 |
|----------------------------------------------|----------|------------------------------------|----|--------------------------------------------|----|
| Source ADELI au 1 <sup>er</sup> janvier 2008 | 239      | 80                                 | 13 | 106                                        | 40 |
|                                              |          | Biologistes exerçant dans le privé |    | Biologistes exerçant en milieu hospitalier |    |
| Source CNOP au 1 <sup>er</sup> janvier 2010  | 260      | 179                                |    | 74                                         |    |





Source : ADELI au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

#### ■ Répartition des internes inscrits

1<sup>ère</sup> année : 10

2<sup>ème</sup> année : 1

3<sup>ème</sup> année : 7

4<sup>ème</sup> année : 5

Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

### c. Part de féminisation et âge moyen des biologistes lorrains

Les femmes représentent 41 % des biologistes dans le secteur libéral contre 55 % dans le secteur hospitalier.

La moyenne d'âge des biologistes est de 51 ans, et 14.4% des biologistes lorrains ont plus de 60 ans, ce qui laisse présager un départ important à la retraite dans les prochaines années. La pyramide des âges (présentée ci-dessous) confirme ce vieillissement de la profession, avec une faible proportion de biologistes de moins de 35 -40 ans (données de l'enquête).

### 3.3 Les formes juridiques d'exploitation

#### ➤ Répartition selon le mode d'exercice au niveau de la région Lorraine

Les évolutions technologiques (automatisation) de la biologie médicale, les démarches d'amélioration de la productivité, ainsi que les réévaluations à la baisse des taux de remboursement des examens de biologie avaient amené les laboratoires à modifier leur mode d'exploitation.

La publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010 a accéléré les restructurations et les regroupements des laboratoires de biologie médicale, particulièrement au niveau des laboratoires de biologie médicale privés.

La transformation de plusieurs laboratoires existants en un laboratoire de biologie médicale implanté sur plusieurs sites, laboratoire de biologie médicale multisite, a modifié le nombre de laboratoire de biologie médicale, tout en conservant le même nombre de site ouvert au public sur le territoire lorrain.

Au sein des laboratoires publics, les restructurations, plus complexes, sont en train de s'amorcer. Par conséquent, les objectifs du schéma sur les restructurations concernent plus particulièrement les laboratoires hospitaliers.

Tableau n° 7 : Laboratoires de biologie médicale multisite privés (données FINESS au 31 Mai 2011)

| Départements    | Nombre de laboratoires privés multisite | Nombre de sites Implantés en Lorraine | Nombre de sites implantés hors région * |
|-----------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 54              | 2                                       | 9                                     | -                                       |
| 55              | 1                                       | 3                                     | 1                                       |
| 57              | 8                                       | 39                                    | 3                                       |
| 88              | 1                                       | 6                                     | -                                       |
| Région lorraine | 12                                      | 57                                    | 4                                       |

\* : sites implantés hors région d'un laboratoire multisite exploité par une société dont le siège social est situé en Lorraine.

Tableau n°8 : mode d'exercice des laboratoires de biologie médicale privés en Lorraine.

| Mode d'exercice | Part en % | Mode d'exercice | Part en % | Mode d'exercice | Part en % | Mode d'exercice | Part en % |
|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
| EURL            | 3         | SA              | 3         | SELAFA          | 8         | SELAS           | 22        |
| En nom propre   | 5         | SCP             | 3         | SELARL          | 40        | SELCA           | 16        |

86 % des laboratoires de biologie médicale privés en Lorraine sont exploités sous forme de Société d'Exercice Libéral (données de l'enquête).

#### 4. Activité de biologie médicale

##### 4.1 Activité 2010 en laboratoires privés et en établissement de santé d'après l'enquête exprimée en nombre de B :

Tableau n°9 : Données d'activité 2010 en laboratoire de biologie médicale d'après l'enquête (exprimée en nombre de B)

| Département     | Activité (B) 2010 Laboratoires privés | Activité 2010 laboratoire privé en B /habitant | Activité (B) 2010 Etablissements de santé | Activité Etablissement de santé B/Habitant | Activité (B) Laboratoire de biologie médicale | Activité Laboratoire de biologie médicale B / habitants |
|-----------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>54</b>       | 183 421 552                           | 251                                            | 180 300 499                               | 247                                        | 363 722 051                                   | 498                                                     |
| <b>55</b>       | 28 611 722                            | 147                                            | 29 681 067                                | 153                                        | 58 292 796                                    | 300                                                     |
| <b>57</b>       | 191 636 050                           | 183                                            | 141 226 682                               | 135                                        | 332 862 732                                   | 320                                                     |
| <b>88</b>       | 22 391 059                            | 59                                             | 51 288 928                                | 134                                        | 73 679 987                                    | 193                                                     |
| <b>Lorraine</b> | <b>426 060 390</b>                    | <b>181</b>                                     | <b>402 497 176</b>                        | <b>171</b>                                 | <b>828 557 566</b>                            | <b>353</b>                                              |

Sur les laboratoires de biologie médicale ayant répondu à l'enquête, seuls 60 % ont déclarés en partie ou en totalité leur activité de l'année 2010.

Les données d'activité sur le département des Vosges ne peuvent être prise en compte, au regard du nombre de laboratoire ayant participé à l'enquête inférieur à 50%.

La répartition de l'activité entre le secteur privé et le secteur public est homogène sur les départements de la Meurthe et Moselle et de la Meuse.



La part d'activité effectuée par les laboratoires privés plus importante par rapport à l'activité des laboratoires du secteur public sur la Moselle pourrait être à rapprocher du nombre important de laboratoires privés sur ce territoire.

Au vu du manque d'exhaustivité de participation à l'enquête de biologie sur l'item activité, les données quantitatives d'activité globale et d'activité par habitant devront être précisées ultérieurement.

#### 4.2 Activité 2010 en laboratoire de biologie médicale

##### ➤ **Activité 2010 des laboratoires de biologie médicale privés**

Tableau n° 10 : activité 2010 en laboratoire de biologie médicale privé (exprimée en nombre de B)  
(source : SIAM – ERASME. Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est ;  
Service Médical de l'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle).

| Département     | Activité en laboratoire privé (B) en 2010 | Activité en laboratoire privé (B) en 2010 / habitant |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 54              | 174 105 537                               | 238                                                  |
| 55              | 24 175 151                                | 124                                                  |
| 57              | 232 089 917                               | 222                                                  |
| 88              | 72 335 629                                | 190                                                  |
| <b>Lorraine</b> | <b>502 706 234</b>                        | <b>214</b>                                           |

D'après les données de l'assurance maladie, la consommation 2010 d'examens de biologie médicale en laboratoire de biologie médicale privé, exprimée en nombre de B par habitant est comparable sur les 3 départements de la Meurthe et Moselle, de la Moselle et des Vosges.

##### ➤ **Activité 2010 des laboratoires de biologie médicale en établissement de santé**

Tableau n° 11 : activité 2010 de biologie médicale en établissement de santé (exprimée en nombre de B)

| Département     | Activité de biologie médicale en établissement de santé en 2010 (B) | Activité de biologie médicale en établissement de santé en 2010 (B) / habitant |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 54              | 180 300 499                                                         | 247                                                                            |
| 55              | 29 681 067                                                          | 153                                                                            |
| 57              | 141 226 682                                                         | 135                                                                            |
| 88              | 51 288 928                                                          | 135                                                                            |
| <b>Lorraine</b> | <b>402 497 176</b>                                                  | <b>171</b>                                                                     |

Source : Enquête SOLEN réalisée auprès des 165 laboratoires de biologie médicale publics et privés - Mai 2011.

### 4.3 Activité de biologie médicale hors région

D'après les données d'activité de l'enquête, une étude a été menée pour évaluer le nombre d'examens transmis par les laboratoires n'étant pas en mesure de les réaliser, à d'autres laboratoires de biologie médicale à des fins d'analyse et d'interprétation.

| Département                                     | 54   | 55  | 57   | 88  |
|-------------------------------------------------|------|-----|------|-----|
| Rapport activité transmise/activité globale (%) | 9.24 | 4.7 | 10.1 | 5.4 |

Le pourcentage de transmission d'examens plus important sur les territoires de la Moselle et de la Meurthe et Moselle est à rapprocher de la démographie également plus importante sur ces deux territoires des prescripteurs spécialisés, demandant des examens particuliers, non réalisés en région.

### 4.4 Activité de biologie médicale en Lorraine

Le manque d'exhaustivité des données d'activité recueillies par l'enquête, des données en laboratoire du secteur public et l'absence de déclaration d'activité de biologie médicale exprimée en nombre d'examens, limitent l'interprétation des données à une approche de l'activité de biologie médicale effectuée en 2010 sur le territoire de la Lorraine.

L'article 5 de l'arrêté du 10 octobre 2011 dispose que « les besoins de la population sont calculés en nombre d'examens de biologie médicale dont le prélèvement a été réalisé sur le même territoire de santé infrarégional ».

Au regard, de l'absence de réponse des laboratoires à l'item relatif aux données d'activité exprimée en nombre d'examens, les besoins de la population ne peuvent être calculés sur l'année civile entière écoulée (2010), ni sur les années précédentes.

## 5. Démarche qualité

L'ordonnance du 13 janvier 2010 impose que tous les laboratoires de biologie médicale soient accrédités sur la totalité des activités et examens de biologie médicale au 1er Novembre 2016 selon les normes d'accréditation définies dans l'arrêté du 5 Aout 2010 :

- La norme NF EN ISO 15189 pour l'ensemble des activités et examens de biologie médicale.
- La norme NF EN ISO 22870 pour les examens dont la phase analytique est réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale.

Une étape intermédiaire est définie par arrêté du 14 décembre 2010 : les laboratoires doivent apporter les preuves de leur entrée effective dans la démarche qualité selon 2 voies possibles :

- une accréditation partielle de leur activité par le COFRAC
- une démarche qualité accompagnée par Bioqualité (Organisme d'accompagnement à la démarche qualité) et l'obtention de l'attestation 36 mois.

Un dossier de demande de vérification de l'entrée dans la démarche qualité est à déposer par les laboratoires de biologie médicale auprès du COFRAC avant le 31 mai 2013.

Il est important de noter que l'absence d'accréditation du LBM hospitalier remet en cause la certification de l'établissement de santé.

En lorraine, 6 laboratoires de biologie médicale privés sont accrédités à la norme ISO 15189 sur une partie de leur activité de biologie médicale (données COFRAC au 31 mai 2011).

D'après les données de l'enquête, 4 laboratoires ont déposé une demande d'accréditation partielle auprès du COFRAC.

Au 31 mai 2011, 34 laboratoires de biologie médicale privés ont obtenus l'attestation Bioqualité 36 mois :

- 8 LBM privés sur le territoire de la Meurthe et Moselle
- 3 LBM privés sur le territoire de la Meuse
- 21 LBM privés sur le territoire de la Moselle
- 2 LBM privés sur le territoire des Vosges

Aucun laboratoire de biologie en établissement de santé n'est accrédité auprès du COFRAC et aucun ne détient l'attestation Bioqualité 36 mois au 31 Mai 2011.

Plusieurs structures exploitant un ou plusieurs laboratoires ou sites de biologie médicale ont déclarés dans l'enquête avoir une activité de biologie délocalisée, mais aucune accréditation à la norme NF EN ISO 22870 encadrant la biologie délocalisée n'a été délivrée par le COFRAC dans notre région.

## 6. Permanence des soins

Au regard de l'article L.6212-3 du code de la santé publique, les laboratoires de biologie participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé.

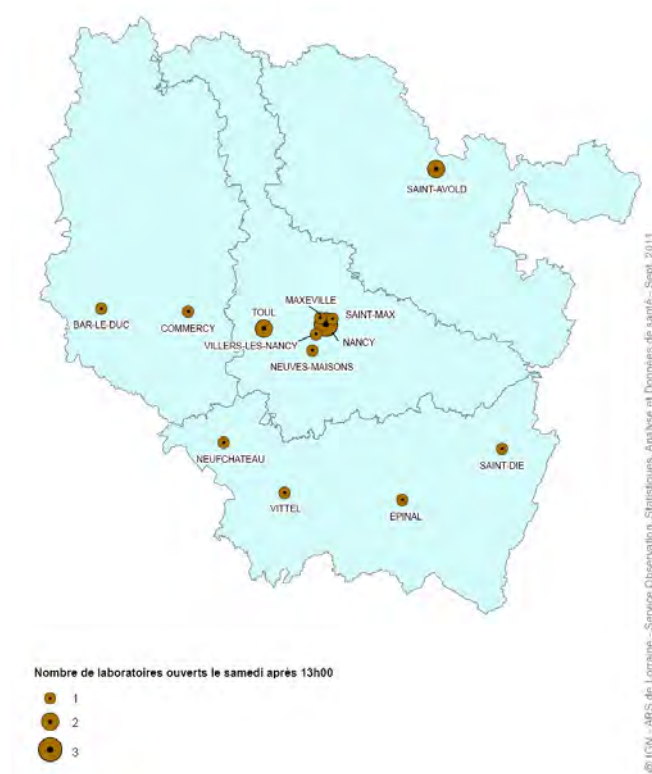
### 6.1 Permanence d'accessibilité aux laboratoires

Sur les laboratoires interrogés au cours de l'enquête, 7 laboratoires ont répondu fonctionner sans ouverture au public.

111 laboratoires sont ouverts le samedi mais seulement 17 d'entre eux sont ouverts après 13 h.

1 seul laboratoire, sur le territoire de la Moselle s'est déclaré être ouvert au public le dimanche.

Nombre de laboratoires ouverts au public le samedi après 13 h :  
(D'après les heures d'ouvertures au public déclarées dans l'enquête)



## 6.2 Permanence de l'activité des laboratoires de biologie médicale

Selon les données de l'enquête, la permanence de l'offre de biologie médicale est assurée par des laboratoires hospitaliers et par des laboratoires privés.

A ce titre, 47 laboratoires de biologie médicale, 22 en établissement de santé et 25 LBM privés ont répondu participer à une permanence de l'activité pour répondre aux urgences pendant les heures de fermeture au public du laboratoire.

### Axes stratégiques

## 7. Objectifs opérationnels

En se basant sur le diagnostic posé précédemment, 2 principaux objectifs opérationnels se dégagent :

- Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains
- Veiller à la poursuite de la démarche qualité jusqu'à l'accréditation

### Objectif n° 1 : Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains

#### ➤ Développer la connaissance de l'offre et des besoins en biologie médicale via la déclaration annuelle d'activité des laboratoires exprimée en nombre d'examens.

Le décret n° 2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale précise que cette activité réalisée devra être déclarée avant le 1<sup>er</sup> février de chaque année, exprimée en nombre total d'examens.

De plus, il conviendra de distinguer, tel que prévu à l'article L. 6211-18 du CSP :

- le nombre d'examens prélevés sous sa responsabilité et dont la phase analytique a été réalisée par le laboratoire, ventilés entre ses différents sites,
- le nombre d'examens prélevés sous sa responsabilité et transmis à un autre laboratoire, comptabilisé pour chacun de ces sites,
- le nombre d'examens réalisés à partir de prélèvements transmis par d'autres laboratoires.

Ces données permettront de connaître les évolutions de la consommation des examens et de les mettre en perspective avec les besoins ou la prévalence et l'incidence de certaines pathologies par territoires de santé.

#### ➤ Prise en compte des zones blanches ou déficitaires et des zones en surdensité

- lors des projets de regroupement, d'ouverture/fermeture de laboratoires ou de sites de laboratoires de biologie médicale.

Nous avons constaté, à l'issue de cette première approche, en l'absence d'étude antérieure, que l'offre en biologie médicale est suffisante, même si sur certains territoires de santé de proximité, elle reste tendue.

Aussi si le maillage actuel est satisfaisant, il convient toutefois de le maintenir afin de garantir une proximité entre le patient, le prescripteur et le biologiste, tout au moins en termes d'accessibilité pour les phases pré et post analytiques.

Pour la phase analytique, si elle est réalisée à distance, un soin tout particulier devra être porté au respect de conditions de prélèvement, de transmission, de transport, et du délai de résultat des examens compatible qui devra être compatible avec l'état de l'art.

➤ **Organisation d'un système de garde pour assurer une permanence de réalisation des examens de biologie médicale,**

L'ordonnance du 13 janvier 2010 précise des obligations de participation à la permanence de l'offre de biologie médicale, ainsi qu'aux missions prévues à l'article L. 6212-3 du CSP à savoir la participation à des programmes d'éducation thérapeutique et éventuellement à des programmes d'enseignement et de recherches.

L'article L.6222-6 du CSP précise par ailleurs que, « aux heures de permanence, le biologiste médical est en mesure d'intervenir dans le délai nécessaire aux besoins des patients et à la bonne organisation du laboratoire ». Sur ce principe, un système de garde pourrait être construit, n'imposant pas la présence d'un biologiste médical en dehors des heures d'ouverture du laboratoire, mais reposant sur un délai d'intervention compatible avec l'état de l'art.

Il est à souligner qu'actuellement, dans certains territoires de santé de proximité, des gardes sont assumées par des biologistes, dans des réseaux informels existants.

Ces expériences pourront judicieusement être reprises afin de servir d'exemples pour construire un réseau cette fois formalisé. Le nom de BIOGARDE a été proposé lors des réunions de travail du groupe expert.

Un correspondant médical devrait alors être désigné, pour une collaboration par binôme médecin / biologiste.

Ainsi, il conviendrait de mener une amélioration de l'existant en l'étendant sur des zones actuellement non couvertes, en axant sur coordination formalisée des différents intervenants et en développant une communication du système de permanence mis en place.

Il pourrait, à ce titre, être envisagé de construire un site internet dédié à ce système d'astreinte.

➤ **Développer une analyse sur le taux et la nature des examens réalisés hors région**

Un préalable nécessaire à cette analyse serait d'établir une liste exhaustive des examens réalisés en région et hors Lorraine, selon quelle périodicité et dans quels volumes.

➤ **Mise en place d'une réflexion sur une éventuelle logistique régionale, des transports**

Une réflexion spécifique pourra s'engager pour définir une organisation optimale des transports, et éviter la réalisation de certains examens hors région pour lesquels les compétences sont présentes en Lorraine.

Si cette externalisation s'explique par des coûts logistiques de transport moindres puisque pris en charge par le laboratoire sous traitant extérieur à la région, il semblera judicieux de rechercher une efficience dans la définition du coût du B et de l'examen de biologie médicale en travaillant sur cet item.

Une mutualisation des moyens logistiques pourrait également faire l'objet d'une étude de faisabilité.

Cette réflexion sur des solutions logistiques pourrait non seulement porter sur le renforcement d'une prise en charge régionale des examens de biologie médicale, mais également sur une organisation pour les activités d'urgence et les activités en routine.

## **Objectif n° 2 : Veiller à la poursuite de la démarche qualité jusqu'à l'accréditation**

### **➤ Mutualisation des moyens entre établissements de santé (ex : CHT, GCS, ...)**

Le processus d'accréditation, selon le référentiel « qualité » retenu (norme NF EN ISO 15189) comporte des enjeux majeurs (au-delà du fait qu'il puisse conditionner l'ouverture ou la fermeture d'un laboratoire), car il va impliquer des restructurations importantes au sein des laboratoires publics et privés.

En effet, pour faciliter la démarche qualité conduisant à terme à l'accréditation, les laboratoires devront atteindre une taille critique. Ainsi, des stratégies de coopérations doivent être élaborées pour répondre à cet impératif et atteindre une meilleure efficacité.

Ceci est d'autant plus important pour les laboratoires publics que les structures actuelles sont dispersées en fonction des spécialisations. L'organisation hospitalière présente alors en grande majorité un cloisonnement.

Aussi, des regroupements ou des mutualisations devront être envisagés pour rationaliser non seulement le coût de production de l'examen, mais également pour centraliser certains examens, améliorer la maîtrise de la prescription, harmoniser les systèmes de gestion informatiques, voire mettre en commun des passations de marchés.

La recherche d'une organisation optimisée et adaptée aux exigences de l'accréditation pourra également se traduire par une mutualisation des processus et procédures, notamment relatives au management qualité.

### **➤ Développement des coopérations entre établissements de santé et laboratoires privés**

La perspective d'accréditation à l'horizon 2016 doit encourager la mise en perspective d'une logique non plus d'établissements /laboratoires mais bien territoriale.

Au-delà du déploiement des coopérations, il est nécessaire, dans ce contexte d'accréditation, de formaliser les initiatives déjà existantes et de procéder toutes les étapes de réalisation d'un examen de biologie médicale.

### **➤ Encadrer le recours à la biologie délocalisée.**

L'article L. 6211-18 du CSP précise :

- que la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale sauf dans le cas où une décision thérapeutique doit être prise en urgence ;
- les lieux où la phase analytique pourra être réalisée : un établissement de santé ou un lieu déterminé par décret en Conseil d'Etat.

De plus, le GBEA stipule que c'est au biologiste qu'il « appartient de coordonner et de veiller à l'application et à la mise en œuvre des actions relatives à l'assurance de la qualité des actes de biologie médicale au sein de l'établissement ».

Plusieurs items devront donc faire l'objet d'une attention particulière, à savoir :

- le recours à la biologie médicale délocalisée portée à la connaissance du biologiste responsable : recensement des services la pratiquant et des appareils utilisés,
- le nombre d'examens réalisés dans le cadre de biologie délocalisée,
- la validation des résultats par les biologistes,
- la traçabilité des examens et des résultats : inscription dans le dossier patient,
- le contrôle de la qualité :

- procédures écrites et validées par les biologistes,
- formation des professionnels de santé procédant aux examens réalisés dans le cadre de la biologie délocalisée,
- maintenance préventive et curative des appareils.

➤ **Améliorer la filière de soins en développant et en structurant les relations :**

- avec les libéraux (médecins, infirmières, spécialistes, etc.)
- avec les établissements médico-sociaux (EHPAD, ...)

Le biologiste est responsable de toute l'activité de biologie : du prélèvement à la communication du résultat au prescripteur et au patient. Ainsi, la phase pré-analytique peut ne pas être réalisée au sein du laboratoire, tel que prévu à l'article L.6211-13 du CSP, toutefois cette phase reste exécutée sous la responsabilité du biologiste médical.

Si ces prélèvements sont effectués par un professionnel de santé, soit dans son cabinet, soit au domicile du patient, la conclusion d'une convention devra être systématisée entre ce professionnel de santé (ou sa structure de rattachement) et le(s) biologiste(s) (co)responsable(s) du laboratoire en charge de la phase analytique.

En effet, il est nécessaire de s'assurer que les conditions de prélèvement, de conservation et d'acheminement des échantillons soient maîtrisées, et que ces procédures soient respectées pour garantir la sécurité, la qualité et la fiabilité des résultats.

A ce titre, un établissement hospitalier vosgien organise des formations relatives à la phase pré-analytique auprès des préleveurs, sur le respect des bonnes pratiques, notamment pour le conditionnement des prélèvements et pour les transports.

Cette initiative de formations destinées aux préleveurs pourrait être reprise et déclinée au niveau régional.

**Remarques**

Coordination nécessaire avec :

- le volet SROS AMP- DPN
- le volet SROS Génétique
- le volet Transfusion sanguine
- le volet SROS Urgences et PDSA (permanence des soins en ambulatoire)

## VOLET HOSPITALIER



## MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Il s'agit de réaliser l'inventaire des établissements assurant des missions de service public à la date de publication de la loi HPST, afin de pouvoir le cas échéant procéder au vu de celui-ci à l'évaluation des besoins non couverts en vue de leur satisfaction dans le cadre du PRS.

Sont successivement abordés dans le cadre de ce diagnostic :

- L'enseignement universitaire et post universitaire
- La recherche
- Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- La formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- Les actions de santé publique
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
- Les soins aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- Les soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

### 1. L'enseignement universitaire et postuniversitaire

Il s'agit de préciser la contribution des établissements de santé lorrains à l'offre de stages ou de postes qualifiants dans le cadre de la formation de 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> cycle des professions médicales et des pharmaciens. La mise en regard des besoins de formation, analysés par spécialités et du volume d'offre de stages dans les disciplines médicales et pharmaceutiques doit en effet permettre d'identifier, le cas échéant, les besoins non couverts.

En Lorraine, ce sont 864 internes qui sont accueillis en 2010-2011. Ce nombre inclut les internes en médecine générale, qui sont au nombre de 322. Le reste des internes se répartit dans les autres spécialités. Par ailleurs, et à côté de ces internes en médecine, il y a 64 internes en pharmacie. Le nombre de services agréés à l'accueil des internes s'élève à 391 pour ce qui est des services de spécialité, 222 pour ce qui est de la médecine générale.

### 2. La recherche

La mission de recherche consiste en la réalisation d'un ou de plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes que sont :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic
- l'amélioration du coût de prise en charge du patient

La définition du besoin à couvrir en la matière ne se fait pas au niveau régional, mais au niveau national, dans le cadre d'appels à projets de la DGOS à destination des établissements de santé.

Le rôle et la mission spécifiques des CHU en la matière est notable.

Les programmes de recherche sont financés de manière fléchée et pluriannuelle, via des dotations PHRC ou STIC.

En Lorraine, trois établissements sont concernés, à savoir :

- le CHU
  - le CAV
  - le CHR
- } Pour un montant total de 3 388 000 euros.

Au total, ce sont 26 programmes de recherches qui ont été financés en 2010 (dont quatre au titre de leur dernière tranche annuelle).

### 3. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Les territoires de santé lorrains sont dotés en établissements habilités à accueillir des patients en soins sans consentement et en capacité d'organiser l'hospitalisation de ces personnes, quelles que soient leurs pathologies, y compris en urgence.

Les établissements concernés sont les suivants :

- Le CPN
- Le CH de Saint-Nicolas-de-Port
- L'Unité de soins protégés Philippe Canton à Vandœuvre-lès-Nancy
- La Clinique du Mont-Saint-Martin à Mont-Saint-Martin
- Le CH Maillot à Briey

Pour la Meurthe-et-Moselle

Etant à préciser que seul le CPN est un établissement spécialisé en santé mentale. Pour les autres établissements cités, seul le service de psychiatrie est habilité, et non l'établissement dans son ensemble.

- Le Centre Hospitalier spécialisé de Fains-Veel
- Le Centre Hospitalier de Verdun

Pour la Meuse

- Le CHS de Sarreguemines, qui comprend également une UMD et une unité de soins intensifs en psychiatrie
- Le CHS de Lorquin
- Le CHS de Jury
- L'Hôpital Beauregard à Thionville (uniquement dans le cadre d'hospitalisations à la demande d'un tiers)

- Le CH Ravenel pour les Vosges

Pour la Moselle

Les quatre territoires de santé lorrains sont donc dotés en établissements de santé habilités à recevoir des patients en soins sans consentement.

### 4. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert. Elle recouvre :

- les préventions primaire et secondaire
- les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques.

Dans la pratique, seule l'éducation thérapeutique est financée via une dotation MIG.

Cette dotation concerne 14 établissements lorrains en 2010 :

- 5 en Meurthe-et-Moselle
- 1 en Meuse
- 4 en Moselle
- 4 dans les Vosges

Actuellement, les établissements de santé autorisés et ayant une dotation MIG au titre d'actions d'éducation et de prévention pour la santé sont les suivants :

| Etablissement                               | Nombre de programmes autorisés | Dotation MIG déléguée en 2010 |
|---------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Centre Hospitalier Universitaire            | 17                             | 800 000 euros                 |
| Centre Hospitalier de Lunéville             | 2                              | 90 000 euros                  |
| Centre Hospitalier de Briey                 | 1                              | 40 000 euros                  |
| Centre Hospitalier de Bar-le-Duc            | 4                              | 100 365 euros                 |
| Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville | 19                             | 200 000 euros                 |
| Hôpitaux Privés de Metz                     | 5                              | 100 000 euros                 |
| Hospitalor Freyming                         | 1                              | 65 671 euros                  |
| Centre Hospitalier d'Epinal                 | 2                              | 100 000 euros                 |
| Centre Hospitalier de Saint-Dié des Vosges  | 3                              | 110 000 euros                 |

Le tableau ci-dessous permet par ailleurs d'avoir une meilleure visibilité des programmes autorisés d'ETP mis en œuvre en Lorraine, par les établissements de santé, mais aussi par des **structures extra-hospitalières** :

| Thématique du programme                                            | Structures de prise en charge en Meurthe-et-Mos.                                      | Structures de prise en charge en Meuse    | Structures de prise en charge en Moselle                          | Structures de prise en charge dans les Vosges |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Asthme</b>                                                      | CHU (2 prog)                                                                          | CH Bar-le-Duc                             | Hop. Privés de Metz (HPM)<br>CHR Metz (2)<br>CHR Thionville (2)   | CH Jean Monnet                                |
| <b>BPCO</b>                                                        | <b>ARAIROL</b><br>CHU                                                                 | CH Bar-le-Duc                             | HPM<br>CHR<br><b>CANSSM</b>                                       |                                               |
| <b>VIH</b>                                                         | CHU                                                                                   |                                           | CHR Metz                                                          |                                               |
| <b>Risque cardiovasculaire élevé ou maladies cardiovasculaires</b> | Clinique Louis Pasteur<br>CH Lunéville<br><b>CCMSA</b>                                | CH Verdun<br><b>CCMSA</b>                 | HPM<br>Abreschviller<br><b>CCMSA</b>                              | CH Saint-Dié<br><b>CCMSA</b>                  |
| <b>Mucoviscidose</b>                                               | CHU (2 prog.)                                                                         |                                           |                                                                   |                                               |
| <b>Dépendance au tabac</b>                                         | CHU                                                                                   |                                           |                                                                   |                                               |
| <b>Rhumatisme inflammatoire</b>                                    | CHU                                                                                   |                                           | HPM<br>CHR Thionville                                             |                                               |
| <b>Diabète</b>                                                     | CHU (2)<br>CH Briey<br><b>Maison du diabète et de la nutrition 54</b><br>CH Lunéville | <b>ADOR</b><br>CH Bar-le-Duc<br>CH Verdun | <b>Maison du diabète</b><br>HPM<br>CHR Thionville (2)<br>CHR Metz | <b>Maison du diabète (Epinal)</b><br>SOGECLE  |
| <b>Endocrinopathie chronique</b>                                   | CHU                                                                                   |                                           |                                                                   |                                               |

|                                                                            |                  |               |                                                     |                         |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| Alcoolodépendance                                                          | CHU              |               |                                                     |                         |
| Insuffisance cardiaque                                                     | CHU<br>ICALOR    |               | CANSSM<br>HPM<br>CHR Metz<br>Hospitalor<br>Freyding | CH Saint-Dié-des-Vosges |
| Patient nutrition artificielle long court en au                            | CHU              |               |                                                     |                         |
| Obésité                                                                    | CHU              | CH Bar-le-Duc | CHR Thionville<br>POIPLUME                          | AVPN                    |
| Atopie                                                                     | CHU              |               |                                                     |                         |
| Dermatite atopique                                                         | CHU              |               | CHR Thionville                                      |                         |
| Transplanté rénal                                                          | CHU              |               |                                                     |                         |
| Insuffisant rénal                                                          | CHU<br>NEPHROLOR | CH Verdun (2) | HPM<br>CHR Metz<br>CHR Thionville                   |                         |
| Maladie cardiaque chronique                                                | IRR              |               |                                                     |                         |
| Chuteur accidentel                                                         | Florentin        |               |                                                     |                         |
| Auto-sondage                                                               |                  |               | HPM                                                 |                         |
| Pathologies digestives chroniques ou carcinologiques avec stomie digestive |                  |               | CHR Metz                                            |                         |
| Hépatite chronique                                                         |                  |               | CHR Metz<br>CHR Thionville                          |                         |
| Ostéoporose                                                                |                  |               | CHR Thionville                                      |                         |
| Maladies chroniques                                                        |                  |               | Alpha Santé                                         |                         |
| Dénutrition de la personne âgée                                            |                  |               | Réseau de santé gériatrique du pays de Sarrebourg   |                         |
| Souffle                                                                    |                  |               |                                                     | CH Jean Monnet          |
| Patient sous AVK                                                           |                  |               |                                                     | CH Saint-Dié-des-Vosges |

#### 5. Les soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile :

Il existe un centre de rétention sur Metz dans lequel la prise en charge médicale est assurée.

#### 6. Le développement professionnel continu

Le développement professionnel continu est une mission qu'il appartient à l'ensemble des établissements de santé de mettre en œuvre. Le besoin est donc considéré comme potentiellement couvert en volume. Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

#### 7. Les actions de santé publique

Les actions de santé publique, les actions d'éducation et de prévention pour la santé ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé. Le besoin est par principe réputé couvert.

## DOULEUR

Le SROS 3 fixait plusieurs objectifs, et formulait des recommandations d'organisation visant à ce que ces objectifs soient atteints.

Au titre des objectifs généraux, il envisageait de :

- poursuivre et généraliser la prévention et la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé (enfants –adultes),
- faciliter l'accès aux soins de qualité de la douleur chronique rebelle.

Au titre des Objectifs opérationnels, il projetait de :

Pour la douleur aiguë :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé. Ces comités peuvent étendre leurs prérogatives aux soins palliatifs et aux soins de support (CLUD)

Pour la douleur chronique :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé.
- renforcer les structures existantes de consultation de la douleur ou les unités.
- créer un centre pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique rebelle
- mettre en place un Centre de la migraine de l'adulte et de l'enfant.

A l'heure de l'élaboration du Plan Régional de Santé, force est de constater que les recommandations formulées dans le SROS 3 ont été partiellement réalisées.

### I Le diagnostic régional

La douleur est présente à tous les niveaux du parcours de soins des patients au niveau du diagnostic, de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, des traitements thérapeutiques et des soins palliatifs en milieu hospitalier, institutionnel et au domicile. Elle concerne tous les patients, enfants, adultes, personnes âgées, personnes ayant un handicap.....

Il semble que la prise en charge de la douleur à domicile soit un élément déterminant pour permettre le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les personnes vulnérables doivent faire l'objet d'une attention particulière, car si un effort a été réalisé pour instaurer une "culture douleur" dans les institutions gériatriques, il n'en est pas de même pour les personnes âgées à domicile et les personnes en situation de handicap.

- Chaque établissement de santé a constitué un CLUD ou adhère par convention au CLUD d'un autre établissement

La prise en charge de la douleur aiguë ne relève pas des structures douleur chroniques ni de leurs intervenants. Au quotidien, elle incombe à tous les soignants.

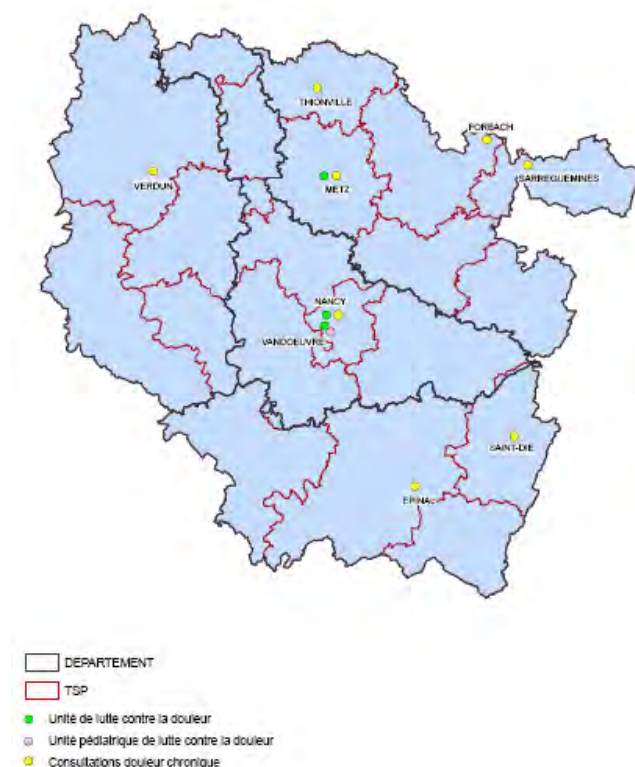
Par secteur de soins ou par service, une infirmière et/ou un médecin, correspondant(e) du CLUD, doit être chargée de faciliter la prise en compte de la douleur aiguë et la mise en œuvre des procédures et protocoles élaborés par le CLUD. Il est recommandé que ces correspondants soient en lien avec une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

**Actuellement, la prise en charge de la douleur chronique en Lorraine est graduée en unités et en consultations.**

- Les unités :
  - 1 aux Hôpitaux Privés de Metz
  - 2 CHU (adultes à l'hôpital Central et pédiatrique à l'hôpital d'enfants)
  - 1 Centre Alexis Vautrin
- Les consultations :
  - CH Verdun
  - CHR Metz Thionville (2)
  - CH Sarreguemines
  - Hospitalor à Forbach
  - Vitalia - Gentilly à Nancy
  - CH Epinal
  - CH Saint Dié

## Prise en charge de la douleur chronique

Etat des lieux au 31.12.2010



La répartition et la localisation des unités et des consultations semblent satisfaisante mais les structures sont confrontées à des problèmes de recrutement de nouveaux personnels notamment médicaux. Les délais d'accès à ces structures ont tendance à se rallonger, ce qui constitue un point faible du dispositif. Les données relatives à la démographie médicale sont défavorables : les professionnels notent le risque de ne pas trouver de successeurs, notamment médicaux. Il ne semble pas pertinent de multiplier les structures mais plutôt de les renforcer en moyens humains pour diversifier la prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire. Il est rappelé le rôle primordial du médecin traitant : il est indispensable de clarifier ce qui relève de sa prise en charge et de son suivi et ce qui relève de l'orientation du patient vers des structures spécifiques "douleur chronique".

Il est à noter que la création du centre pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique et du Centre de la migraine de l'adulte et de l'enfant n'a pas été réalisée mais une consultation pluridisciplinaire céphalée et migraine de l'adulte existe au CHU.

Il est nécessaire de recenser et de proposer des prises en charge spécifiques ou un suivi approprié des pathologies complexes. Le renforcement du travail en réseau est à même de garantir l'efficacité du système et la meilleure orientation du patient. Le rôle de l'éducation thérapeutique apparaît ici comme primordial, en établissements et à domicile (médecins traitants et pharmaciens d'officine.....). En conséquence, proposer que la douleur chronique soit reconnue comme thème régional dans le programme d'éducation thérapeutique du patient.

### II La formation des professionnels

L'activité d'**enseignement** sur la douleur est pilotée par les structures de Nancy en collaboration avec les structures régionales :

- DIU douleur Nancy-Dijon
- Capacité Douleur de la région Est (Nancy, Dijon, Strasbourg, Reims, Besançon)
- DESC douleur Soins Palliatifs
- DIU national douleur de l'enfant

Comme pour les soins palliatifs il est organisé également des journées de formation sur le thème de la douleur par le CISPAD (Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur),

Des actions spécifiques douleurs sont réalisées par les équipes douleur et COLORDSPA : enseignement, journée régionale, soirées débats, journées InterCLUD, référentiels de la SFETD<sup>9</sup>.

### **III L'instruction DGOS n°188 du 19 mai 2011**

Cette instruction a pour objet de présenter le nouveau cahier des charges des structures de lutte contre la douleur chronique et d'initier une démarche d'identification ou de réidentification des structures. Elle vise à simplifier l'organisation de la prise en charge :

- Une amélioration du maillage territorial avec des consultations regroupant médecin, IDE, psychologue et assurant une prise en charge pluri-professionnelles en lien avec l'offre de premier recours
- un second niveau : les centres assurent une prise en charge médicale pluridisciplinaire, dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Ce second niveau renvoie aux précédents unités ou centres.
- La mise en place régionale d'une identification des filières de prise en charge assise sur le fléchage d'expertise spécifiques proposées par certaines des consultations et concernant des aspects liés aux techniques et aux pathologies.

L'instruction prévoit la mise en place par l'ARS d'une coordination régionale s'appuyant sur les organisations existantes (ex : Centres de la douleur et réseaux). Elle inclut la réalisation d'un annuaire régional avec identification des spécificités et définition des filières.

---

<sup>9</sup> Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur



## LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

### Diagnostic régional et territorial

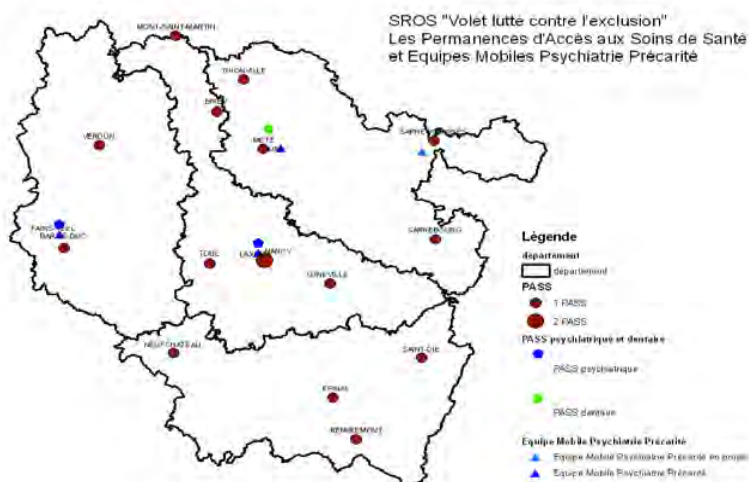
#### 1°) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Mission des PASS : Cellules de prise en charge médicale et sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social avec comme objectifs de :

- Faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité
- Accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits
- Assurer une mission de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération de droits sociaux en vue de leur réintégration au plus tôt dans le système de droit commun.

Inventaire des établissements assurant la mission :

19 PASS dans la région, dont 3 spécialisées, soit 2 PASS en Psychiatrie et une PASS dentaire :



Les PASS sont situées dans les établissements de santé suivants :

*En Meurthe et Moselle* : CHU Nancy, Maternité Régionale Nancy, CH Toul, CH Lunéville, CH Briey, ALPHA-SANTE Mont-Saint-Martin, CPN Laxou

*En Meuse* : CH Bar-le-Duc, CH Verdun, CHS Fains-Veel

*En Moselle* : CHR à METZ, CHR à Thionville, PASS dentaire au CHR METZ, CH Sarrebourg, CH Sarreguemines

*Dans les Vosges* : CH Epinal, CH Remiremont, CH Saint-Dié, CH Neufchâteau.

Les PASS ont bénéficié d'une enveloppe financière totale de 1 396 258 € en 2010 et accueilli plus de 3100 personnes (4500 consultations sociales, 3000 consultations médicales).

#### Evaluation du besoin non couvert

**Implantation des PASS somatiques** : le territoire régional est globalement couvert, sauf pour ce qui concerne le **Bassin Houiller en Moselle**.

Ce secteur géographique rassemble plus de 10% de la population lorraine (248 744 habitants) et est caractérisé par des indicateurs socio-économiques défavorables, marquant la présence importante d'une population en situation de précarité pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux soins, cette situation nécessitant l'existence de dispositifs spécifiques de prise en charge et d'accompagnement des personnes démunies vers le système de santé.



Quelques indicateurs de précarité concernant le territoire de santé de proximité du bassin houiller :

- Taux de bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2009 : **7,6 %**, 6,9 % en Lorraine, 6,8 % en France
- Taux de ménages allocataires CAF à bas revenus au 31 décembre 2009 : **23,8 %**, 19,9 % en Lorraine, 18,4% en France
- Taux de bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2008 : **6,5 %**, 5,8% en Lorraine

### **Implantation des PASS dentaires :**

- Une seule PASS dentaire en Lorraine, située au CHR de Metz.

L'année 2010 a correspondu à une période de démarrage : l'activité a été limitée (78 personnes soignées, une prothèse réalisée), la PASS est encore peu connue des acteurs sociaux et de santé du territoire, la démarche de la PASS pour aller au-devant des publics-cibles est à développer.

- Sur le territoire de Nancy, il existe une offre de soins dentaires pour les plus démunis à l'initiative de Médecins du Monde, avec, du fait du niveau de financement disponible, une réponse aux besoins limitée, tant pour le nombre de personnes prises en charge que pour les possibilités de soins prothétiques (permanence d'une demi-journée par semaine ayant assuré 195 consultations en 2010 pour 67 patients dont 11 mineurs). Le montage de cette permanence de soins dentaires repose sur des bases non pérennes, alliant le bénévolat de l'association à un financement sur les crédits santé publique de l'ARS de Lorraine et une mise à disposition de praticiens par la faculté dentaire.

Il apparaît donc opportun de créer à Nancy, en lien avec les acteurs concernés, une véritable PASS dentaire, en tenant compte de l'expérience existante sur le secteur.

### **Fonctionnement des PASS :**

Le positionnement des PASS au sein des établissements hospitaliers supports et leurs modalités de fonctionnement varient suivant l'importance et les caractéristiques du public accueilli et le choix des établissements qui, pour certains, n'assurent que les missions habituelles du service social sans développer suffisamment les actions de soutien et d'accompagnement vers les soins des personnes démunies. Dans près de la moitié des établissements, la PASS est totalement confondue avec le service social et n'a pas d'existence propre.

6 PASS sont constituées en UF spécifiques, 3 sont rattachées aux urgences, 8 au service social et une à un pôle médico-social. S'agissant des moyens humains, toutes les PASS disposent de personnel social (de 0,3 à 1 ETP), 8 PASS de temps médical (de 0,1 à 0,5 ETP), 3 d'une accompagnatrice santé et 4 de psychologue.

Une enquête menée en 2011 auprès des PASS de la région en vue de recueillir des informations sur la façon dont les missions attendues des PASS sont remplies (18 réponses sur 19 PASS) met en lumière des carences de fonctionnement dans certains établissements.

Par exemple :

- L'identification et la visibilité des PASS peuvent être améliorées pour que ces dispositifs soient mieux connus et utilisés par le public-cible et les professionnels. Situation actuelle :

| Nombre de PASS                                 | TOTAL | 54 | 55 | 57 | 88 |
|------------------------------------------------|-------|----|----|----|----|
| Les locaux de la PASS sont bien identifiés     | 13    | 5  | 2  | 4  | 2  |
| La PASS est marquée par une signalétique       | 11    | 5  | 2  | 3  | 1  |
| Il existe un fléchage pour la PASS             | 5     | 2  | 1  | 1  | 1  |
| Il existe une plaquette d'information          | 8     | 4  | 1  | 2  | 1  |
| La PASS mène des informations vers l'extérieur | 9     | 4  | 2  | 1  | 2  |
| La PASS mène des informations en interne       | 9     | 4  | 0  | 3  | 2  |

- Les relations entre la PASS et les autres services de l'établissement hospitalier doivent être mieux structurés et formalisés afin de faciliter l'accès aux soins et la circulation dans les établissements des patients démunis. Situation actuelle :

| Nombre de PASS                                            | TOTAL | 54 | 55 | 57 | 88 |
|-----------------------------------------------------------|-------|----|----|----|----|
| Existence de protocoles internes                          | 14    | 5  | 2  | 3  | 4  |
| Dont : repérage des patients en difficulté                | 11    | 3  | 1  | 3  | 4  |
| Dont : organisation du parcours des personnes accueillies | 5     | 2  | 0  | 2  | 1  |
| Dont : accès aux médicaments                              | 6     | 3  | 1  | 2  | 1  |
| Utilisation de fiches de liaison internes                 | 10    | 2  | 3  | 2  | 3  |

- Les relations avec les partenaires extérieurs doivent être confortées et formalisées. Actuellement, une seule PASS a élaboré un protocole de recours à la PASS avec des structures extérieures, 5 PASS utilisent ou ont prévu d'utiliser des fiches de liaison avec ces partenaires pour organiser le suivi des patients(quelques autres signalent des habitudes de communications par courrier, mail ou téléphone ), 3 COPIL avec les partenaires sont en activité.

Suivant les sites, il est donc constaté que les missions des PASS ne sont pas assurées de façon optimum.

Il en découle l'intérêt de définir et de mettre en œuvre un socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS de manière à ce que le service attendu d'une PASS soit rendu pour les usagers **de tous** les établissements de santé lorrains concernés.

## **2°) Les équipes mobiles assurant le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie**

### Inventaire des établissements assurant la mission

Aucune équipe mobile précarité MCO financée dans la région, en vue de la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

### Evaluation du besoin non couvert

Il y a besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé. Le recours aux soins de ces personnes, pour qui la santé n'est pas une priorité, s'effectue souvent dans l'urgence et elles ont des difficultés à poursuivre, dans la durée, une démarche de soins entamée.

La création d'une équipe mobile précarité, articulée avec la PASS et bénéficiant de son expertise, permettrait à des professionnels de santé de sortir des murs de l'hôpital, d'aller à la rencontre des personnes en difficulté dans leurs lieux de vie et de faire le lien avec les professionnels de santé et sociaux qui suivent ces publics en vue d'anticiper une rupture dans les traitements ou une aggravation de l'état de santé souvent déjà précaire.

Au niveau de la région, la réflexion et l'action sont avancées sur ce sujet au niveau de deux sites :

- La PASS de Bar-le-Duc travaille déjà à l'extérieur de l'hôpital et a noué des liens avec les professionnels de santé et les structures sociales du secteur : tenue de permanences au sein de structures sociales et/ou de maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnement physique vers la PASS de personnes éloignées géographiquement, suivi après hospitalisation de personnes en difficultés d'accès aux soins et aux droits. Le lien avec le milieu ambulatoire est de nature à jouer un rôle préventif et permettre à certaines personnes en difficultés d'éviter d'arriver à une hospitalisation. Il serait nécessaire de conforter le centre hospitalier de Bar le Duc dans sa mission extérieure à l'hôpital vers les plus démunis.

- A Nancy, la PASS du CHU a constaté qu'une forte proportion de personnes en difficultés éprouve des difficultés à mettre en œuvre les soins nécessaires après le passage à l'hôpital ou se trouve en situation de rupture de soins.

Le besoin de développer les liens entre les PASS et les médecins généralistes a été identifié, notamment par une enquête départementale menée par le CHU auprès des 856 médecins généralistes de Meurthe et Moselle sur leurs difficultés de prise en charge des patients précaires qui a obtenu 46,5% de réponses : 97,8 % de médecins se sont déjà sentis en difficulté dans la prise en charge de patients précaires et expriment le besoin d'être soutenus dans leur pratique pour la prise en charge de ces personnes qui nécessitent un accompagnement plus important pour une même qualité des soins.

Dans le prolongement des travaux de coordination déjà engagés par le CHU auprès des structures sociales ou médico-sociales du secteur, une équipe mobile permettrait une approche « santé » sur le terrain du public précaire suivi par les divers dispositifs spécifiques de soins ou sociaux existants : PASS somatiques et psychiatrique, Médecins du Monde, Lits Halte Soins Santé, Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes précaires, Appartements de Coordination Thérapeutique, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociales, maraude...

Il est important de soutenir les démarches enclenchées sur ces deux secteurs, sans exclure la possibilité d'étendre ultérieurement cette modalité d'action de lutte contre l'exclusion à d'autres secteurs.

### **3°) L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité**

#### Inventaire des établissements assurant la mission

Neuf établissements en Lorraine, remplissant les critères d'attribution (un taux de séjours CMU/CMUC/AME supérieur ou égal à 10,5 % et un seuil plancher de dépenses fixé à 40 000 €) bénéficient de cette MIG destinée à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité :

- En Meurthe et Moselle : la Maternité Régionale (309 296 €) et le CH de Lunéville (155 000 €)
- En Meuse : le CH de Verdun (317 000 €)
- En Moselle : le CH de Forbach (306 507 €), Hospitalor Forbach (46 829 €), Hospitalor Saint-Avold (149 981 €), Alpha-Santé Hayange (232 511 €).
- Dans les Vosges : le CH d'Épinal (346 351 €) et le CH de Saint-Dié (234 063 €).

L'enveloppe totale affectée à la Lorraine s'élève à 2 097 538 €.

Il sera demandé, au terme de trois années de montée en charge puis de stabilisation de ce dispositif, d'évaluer la réalité des moyens mis en œuvre par les établissements pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité.

### **Socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS de Lorraine**

#### **Objectif des PASS**

Permettre aux publics en précarité de bénéficier d'une prise en charge médicale et sociale au sein des établissements hospitaliers et accompagner le retour de ces personnes vers le système de droit commun.

#### **Exigences minimales des PASS**

Pour atteindre leurs objectifs, les PASS de la région font l'objet de modes d'organisation différents allant d'une unité individualisée au sein du centre hospitalier à l'intégration au sein du service social de l'établissement. Quelque soit le schéma d'organisation retenu, il importe que le service attendu, notamment en application de la circulaire du 17 décembre 1998 et des recommandations de la DHOS, soit rendu pour les usagers dans tous les établissements de la région titulaires d'une PASS. Il est donc demandé aux établissements de tout mettre en œuvre pour respecter les exigences minimales de fonctionnement ci-après définies relatives à :

- La visibilité de la PASS
- L'accueil du public précaire
- L'articulation de la PASS avec les autres services de l'établissement
- L'établissement de relations formalisées avec les partenaires externes de la PASS.

#### **1) Visibilité de la PASS**

La PASS doit être visible et accessible au sein de l'établissement tant pour le personnel que pour le public accueilli. Cela suppose :

- un lieu identifié, qu'il soit réservé à la PASS ou commun avec un autre service
- une signalétique au sein de l'établissement permettant l'accès à la PASS
- une communication sur la PASS au sein de l'établissement (affichage dans l'organigramme, communication dans les médias internes...)
- une communication sur le rôle et le fonctionnement de la PASS à l'extérieur de l'établissement auprès des usagers et des partenaires locaux, dont les médecins de ville (plaquettes d'information, site Internet, réunions...).

## 2) Accueil du public précaire

Le public accueilli répond aux critères d'inclusion suivants : est susceptible de bénéficier de la PASS, toute personne présentant un problème de santé et au minimum un des problèmes suivants :

- rupture de lien social
- absence de logement stable ou logement précaire
- problème de couverture sociale
- difficulté d'accès ou de recours aux soins.

Il convient de veiller à ce que la PASS remplisse à la fois :

- une mission d'aide à l'ouverture de droits sociaux,
- un rôle d'accueil, d'écoute, d'accompagnement de la personne tout au long de son parcours à l'hôpital et d'orientation vers d'autres lieux de soins ou de prise en charge sociale adaptés.

Doivent être assurés :

- le repérage des personnes en difficultés à leur arrivée à l'hôpital, au niveau du bureau des entrées, du service des urgences et des autres services
- le moyen de communiquer avec un public étranger
- les modalités de prise en charge des patients en dehors des heures d'ouverture de la PASS
- le remplacement des personnels en cas de vacance de poste.
- l'accès à une consultation médicale au sein de la PASS ou au sein de l'hôpital suivant les cas
- l'accès à tous moyens d'investigation si nécessaire (laboratoire, radiologie...)
- l'accès si besoin à la pharmacie et la délivrance de médicaments
- le passage de relai auprès du référent social et/ou médical habituel du patient en vue d'une continuité de la prise en charge ou une orientation vers des structures prenant en compte la précarité de sa situation

Il convient de développer la formation :

- des personnels soignants et sociaux des PASS à la problématique des populations précaires
- de tous les services de l'hôpital à l'accueil de ces publics et au rôle de la PASS.

La PASS joue un rôle de référent au sein de l'établissement hospitalier concernant les difficultés particulières rencontrées par les personnes en précarité pour leur accès aux soins.

## 3) Articulation de la PASS avec les autres professionnels du centre hospitalier

Le fonctionnement de la PASS doit s'articuler avec les autres professionnels du centre hospitalier chargés du suivi sanitaire, social et administratif des patients : équipes de soins, pharmacie, service social de l'hôpital, bureau des entrées, services financiers...

Cela suppose au préalable qu'en interne, le fonctionnement de la PASS puisse s'appuyer sur la mobilisation d'acteurs-clé au sein de l'équipe de direction, du service social, de l'encadrement infirmier, de la CME afin de mobiliser l'ensemble des services à une meilleure prise en charge des publics précaires.

Il est nécessaire de définir le rôle de chacun, les modalités d'intervention et d'échanges et de prévoir les outils internes opérationnels qui seront utilisés pour les liaisons entre services, tels que :

- protocoles de repérage, de circulation, d'accompagnement, de suivi des personnes démunies
- protocoles d'accès aux médicaments, aux consultations, aux services spécialisés, aux services de soins de suite et réadaptation.

#### 4) Etablissement de relations formalisées avec les partenaires externes

Pour mieux accueillir le public potentiel et favoriser la sortie et le retour vers le droit commun, il est nécessaire de structurer et de formaliser les liens avec les nombreux partenaires de la PASS, qu'ils relèvent du secteur social, médico-social ou des soins de ville sous la forme de :

- l'installation d'un comité de pilotage associant les acteurs externes stratégiques : Agence Régionale de Santé, Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations), Conseil Général (PMI notamment), centres communaux d'action sociale, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, SIAO( services intégrés d'accueil et d'orientation), centres locaux d'information et de coordination, ateliers santé ville, associations d'usagers, missions locales, assurance maladie, secteur de psychiatrie, médecins libéraux, dentistes, pharmaciens, lits halte soins santé, établissements de soins de suite...
- la conclusion de conventions avec les institutions ou associations-clé, prévoyant la définition de procédures ou de protocoles de prise en charge, de suivi ou de liaison avec les partenaires.
- l'animation ou la participation aux réseaux « santé- précarité » pouvant exister au niveau du territoire de la PASS.

##### **PASS en psychiatrie**

Il est nécessaire de :

- articuler le fonctionnement de la PASS en psychiatrie avec celui de l'équipe mobile de psychiatre
- établir des contacts avec les PASS des établissements autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, pour permettre l'accès aux soins somatiques des personnes pris en charge en psychiatrie
- constituer une fonction de référence au niveau de l'établissement, en appui des travailleurs sociaux rattachés aux services, dans la connaissance des publics en grande précarité, de leurs droits et modalités d'accompagnement, le traitement des dossiers d'accès aux droits ne devant pas relever exclusivement de la PASS.

##### **PASS dentaires**

Il est nécessaire de :

- proposer des soins dentaires ainsi que des prothèses dentaires
- développer l'accompagnement humain nécessaire pour amener à une prise en charge des populations éloignées des soins,

la consultation dentaire pour les personnes précaires pourra se développer à partir de plateaux techniques existants en utilisant les matériels et compétences disponibles dans les établissements concernés.

## LES SOINS PALLIATIFS

Le SROS 3 fixait plusieurs objectifs en matière d'organisation de l'offre de soins palliatifs en Lorraine, et formulait des recommandations d'organisation visant à ce que ces objectifs soient atteints.

Au titre des objectifs généraux, il envisageait :

- la garantie sur tout le territoire d'une prise en charge palliative de proximité
- la garantie de la continuité de la prise en charge entre tous les intervenants (permettant d'éviter les ruptures de prise en charge et les changements de service)
- la qualité de la prise en charge
- la globalité de la prise en charge
- la diffusion de la démarche palliative dans l'ensemble du système hospitalier, médico-social et ambulatoire

Au titre des objectifs opérationnels, il évoquait :

- la contractualisation ARH
- la poursuite de la reconnaissance de LISP
- le renforcement et la création d'EMSP
- la création d'une USP par territoire de planification

Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, le SROS recommandait de veiller à :

- la bonne répartition sur le territoire des LISP et des EMSP
- la formation et la diffusion auprès des soignants et en ambulatoire des compétences en soins palliatifs
- le travail en collaboration entre les structures (EMSP, SSIAD, HAD, réseaux,...)
- l'organisation des interventions auprès des patients faisant l'objet d'une prise en charge palliative en ambulatoire au sein d'une cellule d'aide à l'organisation des soins de proximité (CAOSP),
- l'organisation d'une interface ville-hôpital
- l'évitement des passages aux urgences
- l'obligation faite aux médecins d'EMSP ou coordonnateurs de réseaux d'avoir un diplôme universitaire ou interuniversitaire.

A l'heure de l'élaboration du Plan Régional de Santé, force est de constater que les recommandations formulées dans le SROS ont été inégalement suivies : s'agissant de la répartition des dispositifs dédiés (USP, EMSP, LISP), elle semble aujourd'hui pertinente, à l'exception de 2 établissements (I). De même la formation des professionnels et la diffusion de la démarche palliative qui en découle semble en bonne voie (II). En revanche, la collaboration entre dispositifs de prise en charge reste à approfondir (III), de même que l'organisation des interfaces ville-hôpital et sanitaire/médico-social (IV).

### **I. Une répartition pertinente des divers dispositifs spécifiques de prise en charge**

Depuis l'élaboration du SROS, le dispositif d'offre de soins palliatifs a évolué en Lorraine. Il s'articule aujourd'hui autour de :

- 2 USP
- 19 EMSP
- 267 LISP
- L'HAD
- Les réseaux de soins palliatifs
- L'intervention des Associations d'Accompagnement

**Les Unités de Soins Palliatifs** sont des structures de référence et de recours pour la prise en charge des soins, elles ont un rôle d'expertise et d'accompagnement. Elles contribuent à la permanence des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades hospitalisés et de leurs proches. Il est recommandé qu'une unité dispose d'une capacité de 10 lits. (cf : cahier des charges de la circulaire DHOS n° 99 du 25 mars 2008).



2 Unités de Soins Palliatifs sont situées au CHU de Nancy (15 lits) et au CHR de Metz-Thionville (10 lits sur le site de Metz).

Si toutes les régions de France ont une USP, le nombre par région reste relativement inégal (moyenne régionale de 4). La Lorraine apparaît sous-dotée en unités. Compte tenu des distances, de l'accessibilité et des bassins de population, il est intéressant de créer deux unités supplémentaires : une en Moselle et une dans les Vosges, situées dans des établissements ayant une activité en cancérologie.

**L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs** est une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants et qui ne pratique pas directement d'actes de soins. Elle exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé.

Elle doit intervenir également dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et diffuser une formation à la prise en charge palliative dans les établissements médico-sociaux. Actuellement, 63 conventions sont signées entre EMSP et EHPAD au sein de la région : 88% des EMSP et 23% des EHPAD.

Les activités extra hospitalières et le nombre de conventions signées avec les EHPAD seront des éléments pris en compte dans l'évaluation des équipes.

19 EMSP relèvent des établissements de santé suivants :

- Territoire 54 : AH Joeuf, Alpha Santé Mont-Saint-Martin, CH Toul, HL Pompey, CHU, Centre de Lutte contre le cancer A.Vautrin à Vandœuvre, CH Lunéville.
- Territoire 55 : CH Verdun, CH Bar le Duc
- Territoire 57 : CHR (Sites de Metz et de Thionville), Hôpitaux privés de Metz, CH Creutzwald, CH Robert Pax Sarreguemines, CH Sarrebourg.
- Territoire 88 : CH Neufchâteau, CH Epinal, CH Saint-Dié, CH Gérardmer

Equipes spécialisées :

- 1 orientée oncologie celle du centre A.Vautrin
- 1 orientée pédiatrique située à l'hôpital d'enfants du CHU à labelliser.

L'objectif fixé au niveau national en matière de déploiement des EMSP est d'ores et déjà atteint et dépassé puisque la Lorraine compte 1 EMSP / 121 620 habitants (pour un objectif fixé à 1 EMSP / 200 000 habitants). Par ailleurs, les EMSP existantes sont bien réparties géographiquement : le territoire Nord en compte 9, contre 10 pour le territoire Sud, et la quasi-totalité des TSP sont couverts.

Sur le plan qualitatif, le constat est celui d'EMSP très hétérogènes, à la fois dans leur composition et dans leur activité.

Il convient donc de déterminer précisément, EMSP par EMSP, l'activité réalisée, de la mettre en miroir des moyens déployés et des effectifs dédiés afin d'évaluer les besoins restant à combler et d'adapter les moyens alloués à ces besoins (dans le cadre de la détermination des enveloppes MIG notamment).

En effet, particulièrement dans les territoires ruraux, les temps de trajet et la distance séparant les différentes structures susceptibles de bénéficier de l'intervention d'une EMSP rendent difficile son activité. En milieu urbain, le problème est le grand nombre d'établissements qui souhaiterait l'intervention d'une équipe.

Par ailleurs, il est observé que certains établissements disposant de structures dédiées à la prise en charge palliative des malades en fin de vie ne font plus appel aux EMSP.

Les EMSP regrettent aussi de n'être parfois sollicitées qu'en dernière limite (décès imminent), au terme de ce qui pourrait être qualifié d'« acharnement thérapeutique ». Une intervention plus en amont serait bénéfique, en terme notamment de confort du patient.

Il faut sensibiliser les soignants à la plus-value qu'apporte l'intervention des membres d'une EMSP qui exerce un rôle de tiers et dispose du recul nécessaire par rapport à l'équipe en charge du suivi direct du patient.

**Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP)** se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou à des décès fréquents mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.



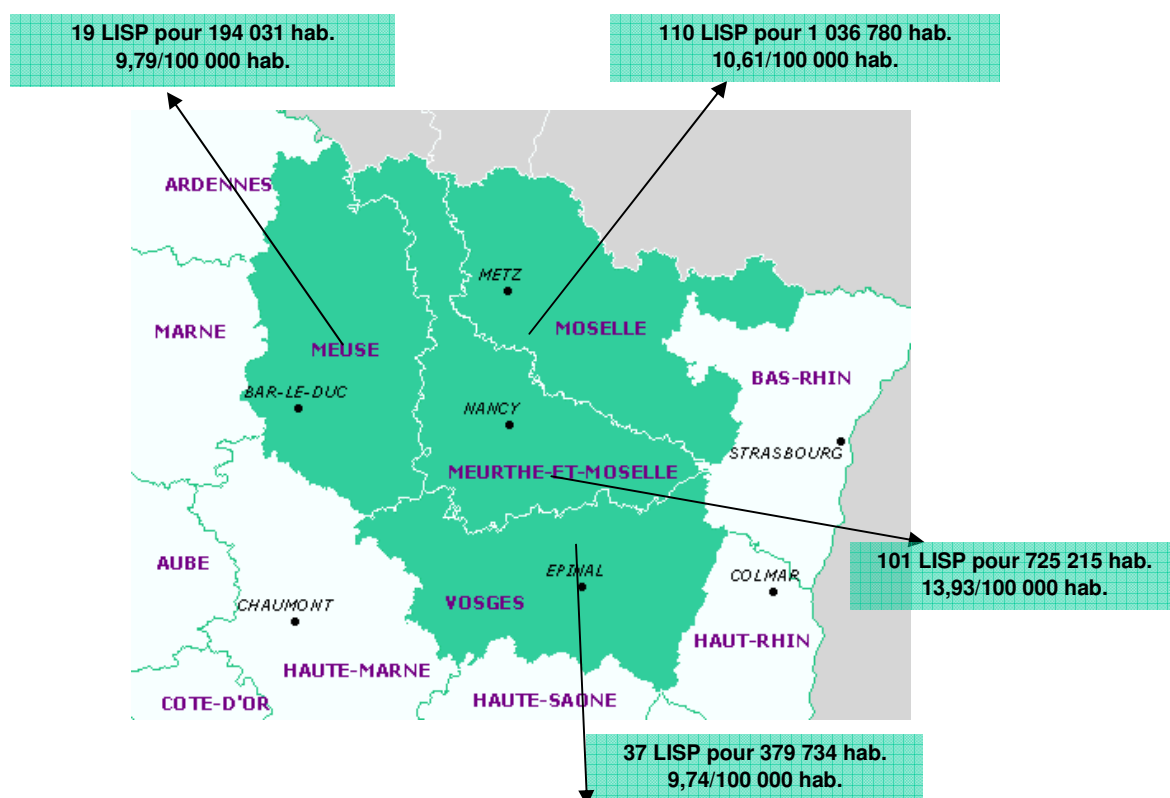
267 LISP dont 153 en court séjour et 114 en SSR ainsi répartis :

- Territoire 54 : CHU (21), CH Pont à Mousson (5) AH Joeuf (8), Alpha Santé Mont-Saint-Martin (7), HL Pompey (5), Centre de Lutte contre le cancer A.Vautrin à Vandoeuvre (12), Maison Hospitalière St Charles (6) Polyclinique Gentilly (8) CH St Nicolas de Port (5) 3 H Santé (5) SSR OHS Flavigny (13) MH Baccarat (6) TOTAL : 101 LISP
- Territoire 55 : CH Verdun (8), CH Bar le Duc (8) Ch Commercy (3) TOTAL : 19 LISP
- Territoire 57 : CHR ( 21 à Metz et 10 à Thionville), CH Robert Pax Sarreguemines (3), CH Sarrebourg (5) Clinique Ste Elisabeth Thionville (6) Alpha santé (2 à Thionville et 4 à Hayange) Hôpital Saint Maurice Moyeuvre Grande (12) SSR Charleville sous Bois (10) SSR Longeville (10) Hospitalor (2 à St Avold, 2 à Forbach, 3 à Château-Salins ) Creutzwald (5) CH Boulay (3) Hôpital de Freyming Merlebach (3) Hôpital St Joseph Sarralbe (7) Abreschviller (2) TOTAL : 110 LISP
- Territoire 88 : CH Neufchâteau (4), CH Vittel (2), HL Châtel (3) CH Epinal (2), CH Golbey (10) CH Saint-Dié (6), HL Raon l'Etape (2) CH Gérardmer (4) Ch Remiremont (4) TOTAL : 37 LISP

Pour mémoire, 5 LISP à l'Hôpital des armées Legouest à Metz.

En Lorraine, le taux d'équipement est de 11,55 LISP / 100 000 habitants. L'objectif de 10 LISP / 100 000 habitants est donc atteint et les lits sont relativement bien répartis, entre territoires : 13.93 pour le 54, 9.79 pour le 55, 10.61 pour le 57 et 9.74 pour le 88.

### Répartition des LISP



Il semble cependant qu'au sein des territoires, les lits ne soient pas répartis au mieux, notamment au regard du nombre de situations de fin de vie auxquelles sont confrontés les établissements. A ce titre, le programme quadriennal de développement des soins palliatifs 2008-2012 préconisait en effet le développement des soins palliatifs au sein des structures hospitalières de court séjour en tenant compte du nombre de situations de fin de vie auxquelles avaient affaire lesdites structures.

L'objectif poursuivi était alors de favoriser la mise en place d'une offre de soins palliatifs adaptée au nombre de décès annuels constatés dans les établissements de santé, notamment en identifiant des lits de soins palliatifs dans les établissements où sont comptabilisés plus de 200 décès par an : 2 Centres Hospitaliers sont concernés par ce problème et ne disposent pas de LISP. (Briey et Lunéville)

Les modalités d'exercice de l'activité de soins palliatifs sont très variables d'un établissement à l'autre, notamment en ce qui concerne le suivi de référentiels ou de guides de bonnes pratiques, les modalités d'implication des proches dans la démarche de soins, les modes d'admission des patients, le niveau de formation des agents, la formalisation et la mise en œuvre de coopérations avec d'autres dispositifs de prise en charge palliative, ou encore les conditions matérielles de déploiement des LISP (aménagement d'espaces d'accueil des proches, ...).

Il convient de s'assurer que le référentiel d'organisation des Soins relatif aux LISP (qui figure en annexe 1 de la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs) est connu et suivi par l'ensemble des établissements disposant de LISP.

Cette évaluation quantitative et qualitative de l'activité de soins palliatifs devrait permettre le redéploiement de LISP vers les 2 établissements cités ci-dessus : CH Briey et Lunéville.

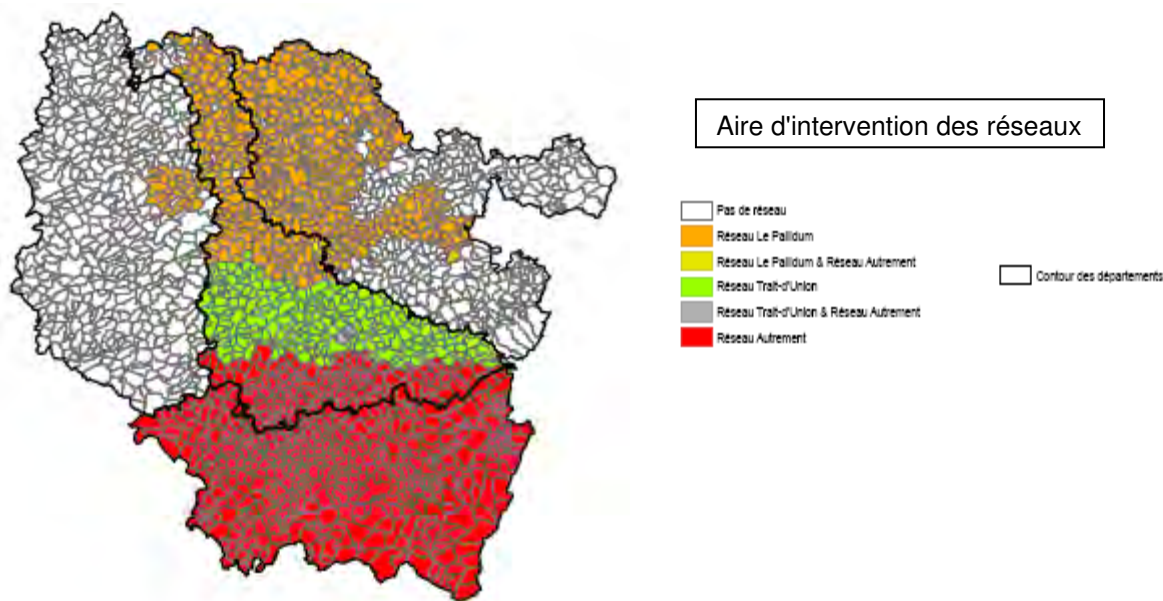
La prise en charge palliative se caractérise par des spécificités :

- Elle se révèle chronophage (temps de présence au chevet du patient, accompagnement des proches, etc...)
- Elle nécessite d'appréhender le malade dans sa globalité, incluant les aspects physiques, psychologiques, mais aussi sociaux, religieux ou encore philosophiques.

Les modalités de fonctionnement des LISP révèlent la difficulté de prise en compte de ces spécificités :

- Les personnels intervenant en LISP sont amenés à exercer à la fois une activité de prise en charge palliative et une activité curative. Les soignants soulignent le manque de moyens humains nuisant à la qualité de prise en charge du patient. Cela peut susciter des difficultés de positionnement des personnels et ce, d'autant plus qu'il convient de concilier l'objectif de proximité c'est-à-dire la prise en charge du patient en fin de vie dans un service où il a reçu des soins curatifs avec les spécificités des soins palliatifs.
- L'articulation de la prise en charge palliative avec d'autres modalités de suivi (notamment gériatrique) rend difficile l'évaluation exhaustive de l'activité réalisée en LISP et n'est pas toujours suffisamment valorisée.
- L'interdisciplinarité de la prise en charge en LISP est à privilégier.

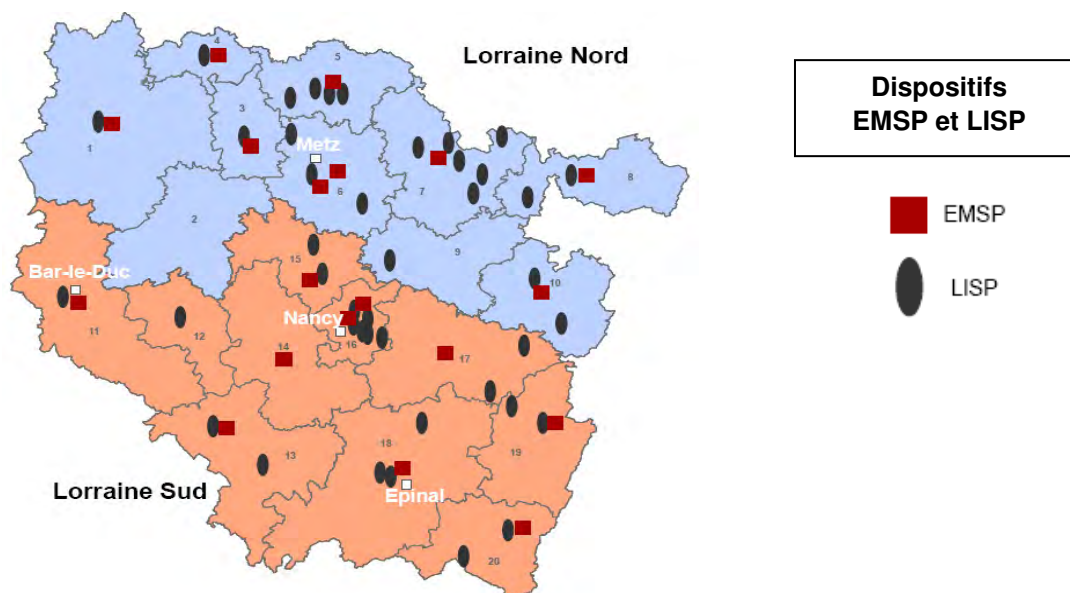
Enfin, le domicile doit pouvoir être le lieu de la fin de vie quand cela est souhaité par la personne malade. 70 % des français le souhaitent et 30 % seulement accèdent à ce souhait. Les **structures d'hospitalisation à domicile** (13) et les 3 **réseaux de soins palliatifs** : 2 en Meurthe-et-Moselle (Trait d'union et Autrement) et 1 en Moselle (Pallidum), participent à cette prise en charge aux côtés des médecins traitants, des pharmaciens d'officines, des infirmiers libéraux...



Le rôle des **associations d'accompagnement** dans le dispositif est important. Il existe aujourd'hui une association basée sur Metz-Thionville, l'association Pierre Clément Lorraine, une à Nancy (l'association « Accompagner »), une en Meuse (Accompagner en Meuse – ASP) et une dans les Vosges (ASP Ensemble – UNASP).

La situation est variable selon les associations considérées : certaines font état de difficultés de recrutement tenant au caractère usant de la thématique, ainsi que de difficultés de reconnaissance de leur travail et de leur intervention par les professionnels des services dans lesquels elles ont vocation à intervenir auprès des malades en fin de vie. Le conventionnement des établissements disposant de structures spécifiques de prise en charge palliative, et notamment de LISP, avec de telles associations, de même que l'intégration des bénévoles d'accompagnement à la prise en charge, n'est pas encore effectif partout. Les établissements et les structures doivent être sensibilisés à l'importance de l'intervention des bénévoles d'accompagnement, complémentaire à celle des soignants et autres professionnels du champ de la médecine palliative.

Les différents dispositifs dédiés à la prise en charge des soins palliatifs (LISP, EMSP, USP, HAD, réseaux) sont conçus comme complémentaires les uns des autres et doivent intégrer une démarche partenariale avec les autres services hospitaliers mais également les médecins traitants et les autres professionnels de santé de proximité : les pharmaciens d'officines, les infirmiers libéraux...



## II. La formation des professionnels

S'agissant de la formation initiale, 5 services sont habilités pour accueillir des internes du DESC Soins Palliatifs.

S'agissant de la formation continue, elle s'articule principalement autour d'un DIU Soins Palliatifs qui ne concerne que Nancy et du CISPAD (Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur), formation d'un an proposée par le CHR de Metz, moins contraignante que le DIU, touchant plus de professionnels mais non diplômante. Elle intéresse pour l'instant Metz, Thionville et Epinal.

Un projet de Master 1 et 2 va être mis en œuvre en 2012 avec les facultés de Besançon, Strasbourg, Dijon et peut-être Reims.

COLORDSPA<sup>10</sup> est une association dont les principaux objectifs sont la promotion de la prise en charge des soins palliatifs, de la douleur et des soins de support, en établissements et à domicile. Elle regroupe des professionnels hospitaliers ou libéraux, médicaux ou non médicaux et participe au travers de ses membres à la formation des professionnels.

Les formations plus courtes et ponctuelles, touchant plus de professionnels, sont également déterminantes pour la diffusion de la culture palliative à l'ensemble des professionnels. Dispensées notamment par des membres d'EMSP ou des professionnels des soins palliatifs, elles doivent continuer à être promues.

A noter qu'il existe depuis 1995 des Journées Lorraines des Soins Palliatifs organisées à Thionville tous les deux ans. Elles rassemblent un millier de soignants de France, de Belgique et du Luxembourg.

### **III. Une collaboration entre dispositifs à renforcer**

Les collaborations entre dispositifs sont importantes et doivent être réellement mises en œuvre. Il convient notamment de s'assurer que des coopérations sont prévues entre services disposant de LISP et EMSP afin que la prise en charge du patient soit la meilleure possible. Pour favoriser l'accès aux compétences, des personnes ressources sont à identifier et à former pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux.

### **IV. Des interfaces ville/hôpital et sanitaire/médico-social à renforcer**

Il est essentiel que le parcours de soins du patient soit le plus fluide possible et que celui-ci puisse bénéficier de la prise en charge répondant de manière adéquate à ses attentes et besoins, où qu'il soit (en établissement sanitaire, médico-social, ou à domicile). Cela implique des interfaces clairement formalisées et un travail en réseau des différentes structures en présence. Ces collaborations restent à approfondir.

---

<sup>10</sup> COordination LORraine Douleur Soins Palliatifs Accompagnement

## LES SOINS DE SUPPORT

### LES SOINS de SUPPORT

La mesure 42 du plan cancer prévoit le développement des soins de support c'est-à-dire l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques tout au long de leur maladie. Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité mais ils se définissent comme une organisation coordonnée qui répond aux besoins des patients et de leur entourage pour prendre en compte principalement : la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels et digestifs, la souffrance psychique, les problèmes odontologiques, les perturbations de l'image corporelle, les difficultés sociales, la réadaptation fonctionnelle et les soins palliatifs. L'analyse des besoins de soins de support peut être réalisée dès l'annonce du diagnostic et à tout moment de la maladie.

Le décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer stipule que l'établissement doit organiser l'accès aux soins de support sur site ou par convention.

Lors des visites de conformité réalisées en 2011 dans le cadre des autorisations de traitement de cancer, il a été vérifié que les 32 établissements (dont 1 site devrait améliorer ce point) de la région lorraine proposaient des soins de support à leurs patients sur site ou par convention.

L'organisation des soins de support des patients à domicile associe non seulement les médecins traitants mais aussi tous les autres professionnels intervenants. La coordination de cette prise en charge globale du patient doit se faire par l'intermédiaire des réseaux de proximité en partenariat avec les cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité (permanence téléphonique dans un établissement de traitement du cancer).

L'accès aux soins de support devrait être étendu à d'autres maladies chroniques graves et facilité par la collaboration entre réseaux régionaux, entre réseaux régionaux et réseaux territoriaux.

### L'EVALUATION ET LE SUIVI DU VOLET

Le principe de constituer un groupe de suivi du volet a été acté. Il sera composé des membres du groupe d'experts qui ont participé aux réflexions du présent volet et de l'ARS. Il sera consulté à différentes étapes de la réalisation des objectifs.

## SANTE DES PERSONNES DETENUES

### I. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)

10 établissements pénitentiaires, 9 lorrains et un situé en Alsace :

| Établissements pénitentiaires                                      | Capacités | Rattachement<br>somatique | Rattachement<br>psychiatrique |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxéville                            | 690       | CHU Nancy                 | CHS Laxou                     |
| Centre de détention de Toul                                        | 429       | CH Toul                   | CHU Nancy                     |
| Centre de détention d'Écrouves                                     | 271       | CH Toul                   | CHU Nancy                     |
| Centre de détention Montmédy                                       | 328       | CH Verdun                 | CH Verdun                     |
| Centre de détention Saint-Mihiel                                   | 401       | CH Bar-le-Duc             | CHS Fains Veel                |
| Maison d'arrêt Bar-le-Duc                                          | 73        | CH Bar-le-Duc             | CHS Fains Veel                |
| Centre Pénitentiaire Metz                                          | 483       | CHR Metz                  | CHS Lorquin                   |
| Maison d'arrêt Sarreguemines                                       | 71        | CH Sarreg.                | CHS Sarreg.                   |
| <i>Centre de détention Oermingen*<br/>(établissement alsacien)</i> | 263       | CH Sarreg.                | CHS Brumath.                  |
| Maison d'arrêt d'Épinal                                            | 289       | CH Épinal                 | CHS Ravenel                   |

#### 1) Offre de soins :

##### Soins somatiques

Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) des 7 établissements publics de santé lorrains sont rattachées pour la majorité d'entre elles au service des «urgences-réanimation», alors que la pratique médicale se rapproche plus de la médecine interne.

Si la présence médicale est jugée globalement satisfaisante, il reste quelques UCSA, où elle paraît fragile, assurée par des médecins libéraux, parfois déjà retraités. La permanence des soins est plus tendue : soit les astreintes médicales sont mutualisées avec celles du service hospitalier auquel l'UCSA est rattachée, soit elles sont assurées par les médecins (hospitaliers et/ou libéraux) intervenant en son sein. De plus, dans certains cas, les nuits et week-end sont assurés par le recours au SAMU.

En dehors des heures d'ouverture de l'UCSA, l'urgence est systématiquement appréciée par le surveillant.

Le recours à des consultations spécialisées est très variable d'un établissement à l'autre. Il est effectué au cours d'« extractions médicales » à l'hôpital de proximité, assurées par le personnel pénitentiaire. Lorsqu'elles ne nécessitent pas l'utilisation d'un plateau technique ces consultations pourraient être réalisées avec l'aide de la télémédecine.

Le vieillissement de la population carcérale et la création de cellules adaptées au handicap ont nécessité l'intervention de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) notamment au CP de Nancy-Maxéville et au CD de Toul.

Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues organise les hospitalisations programmées des détenus de l'est de la France à l'UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale) du CHU de Nancy d'une capacité de 17 lits, suffisante aux besoins.



### Soins bucco-dentaires

La moitié des entrants ont une santé bucco-dentaire dégradée dont bon nombre nécessitent des soins en urgence. Toutes les UCSA ont un temps de présence de dentiste, parfois inférieur aux préconisations. Les interventions d'aides-soignants ou d'assistants dentaires permettent d'optimiser ces soins.

### Psychiatrie

Les soins psychiatriques en prison sont confiés à un établissement de santé psychiatrique pour les consultations de psychiatres, psychologues, entretiens infirmiers et les activités thérapeutiques à temps partiel, de groupe. Du fait de la démographie, notamment médicale, toutes les équipes de santé mentale ne peuvent assurer ce dernier type d'activité.

Au CP de Metz, Le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) rattaché au CHS de Lorquin assure les soins psychiatriques de proximité et dispose de 24 places d'hospitalisation de jour, destinées à la prise en charge des détenus de la région qui le nécessitent. Le SMPR assume ainsi un rôle de recours et d'animation régional. Néanmoins, ce recours à l'HDJ du SMPR est très ponctuel et l'essentiel de son recrutement est local.

Au regard des ratios préconisés dans ce volet du SROS, on constate une insuffisance de temps de psychiatres sur quasiment toutes les UCSA, avec des situations criantes aux UCSA de Saint-Mihiel, Montmédy, Toul, Écrouves. Il en est de même avec les temps de psychologues, avec une insuffisance plus marquée à Saint-Mihiel et Toul.

A noter la mise en œuvre, attendue pour fin 2011, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du CPN Laxou, d'une capacité totale de 40 lits pour les détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique complète. Les soins somatiques y seront organisés par convention avec le CHU de Nancy.

### Addictions

Les consultations en addictologie sont très inégalement assurées. Des coopérations entre UCSA et CSAPA fonctionnent bien, c'est le cas de Bar-le-Duc et Épinal. D'une manière générale, il faut protocoliser les interventions du CSAPA, de l'UCSA et de l'équipe psychiatrique, pour la prise en charge des consommations d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de produits de substitution aux opiacés et des mésusages de médicaments.

## **2) Prévention/Promotion de la Santé**

Les programmes d'éducation pour la santé restent inégalement appliqués en Lorraine. Le personnel des UCSA, face aux files actives de patients et aux consultations médicales croissantes (+ 4.78 % entre 2008 et 2009), concentre plus particulièrement son action sur le soin proprement dit plutôt que sur la prévention et la promotion de la santé. Ce qui est fortement regrettable pour une population fortement précarisée et qui a jusqu'alors connu un accès limité aux soins et à la santé. En effet, ces activités favorisent une certaine resocialisation et peuvent constituer un facteur de prévention du suicide.

## **3) Accès aux droits**

Concernant la protection sociale des personnes détenues, ses difficultés sont constatées pour régulariser et assurer la continuité des droits, et également les affilier à la CPAM.

A noter également une multitude d'acteurs : établissements pénitentiaires, CPAM, établissements hospitaliers.

Des permanences sont organisées par les CPAM afin d'assurer une continuité dans l'accès aux droits des personnes détenues, depuis leur incarcération jusqu'après leur sortie.

#### 4) **Formation**

La prise en charge sanitaire pénitentiaire implique une connaissance réciproque des métiers et prérogatives de chacun :

- formation des personnels soignants arrivant en UCSA aux spécificités pénitentiaires et judiciaires,
- formation des personnels pénitentiaires aux problématiques de santé des détenus (troubles psychiques, prévention du suicide...).

L'exercice des soins en milieu pénitentiaire ne présente pas une forte attractivité auprès des personnels soignants, notamment les médecins et les infirmiers. Une ouverture de terrain de stages au cours de la formation initiale permettrait de sensibiliser les étudiants.



## ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION DIAGNOSTIC PRENATAL

Ces deux activités sont à rattacher au volet Périnatalité du SROS lequel recouvre l'ensemble des prises en charge autour de la grossesse et de la naissance avec les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, ainsi que la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Si un lien étroit existe avec le volet Périnatalité, ces deux activités font l'objet, depuis le SROS 3, en région Lorraine, d'un volet spécifique.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) et le diagnostic prénatal (DPN) sont encadrés par la loi de bioéthique révisée le 7 juillet 2011.

### 1. Assistance médicale à la procréation

#### 1.1. Cadre réglementaire

L'assistance médicale à la procréation est définie par les articles L. 2141-1 et suivants du code de la santé publique. Elle couvre les « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ».

Depuis la révision de la loi de bioéthique intervenue le 7 juillet 2011, les activités d'AMP sont soumises à un régime d'autorisation de droit commun : l'ARS autorise les structures pour la réalisation d'activités cliniques ou biologiques d'AMP et apprécie la compétence des praticiens chargés de cette activité. L'agrément des praticiens était antérieurement accordé par l'Agence de la Biomédecine. Cette structure conserve cependant un rôle important : elle évalue les activités médicales et biologiques, peut diligenter des missions d'appui et de conseil et proposer des recommandations.

L'avenant n°1 du SROS 3, arrêté le 31 mars 2008, avait pour principal objet la révision des objectifs quantifiés d'AMP et de DPN en termes d'implantation pour tenir compte de la publication des nouveaux textes, notamment le décret n°2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le code de la santé publique.

Le décret n° 2008-588 du 19 juin 2008 transposant en matière de don de gamètes et d'assistance médicale à la procréation la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 a modifié la liste des activités cliniques et biologiques d'AMP. Ces changements n'ont modifié ni la durée des autorisations ou des agréments délivrés avant l'entrée en vigueur de ce texte ni la date d'échéance de ces autorisations ou agréments. Ils soulignent les activités réalisées dans le cadre d'un traitement intraconjugal et les activités liées au don.

Les nouvelles dispositions de la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011 concernent :

- les conditions de recours à l'AMP (affirmation de la finalité médicale de l'AMP, suppression de toute référence au statut juridique du couple, suppression du caractère exceptionnel de l'accueil d'embryons) ;
- le don de gamètes (maintien de l'anonymat du don de gamètes, conditions relatives au donneur, autorisation d'absence de l'employeur pour la donneuse d'ovocytes, contrôle de la conservation des données, information des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens) ;
- la conservation des embryons (la mise en œuvre de l'AMP doit privilégier les pratiques et les procédés qui permettent de limiter le nombre d'embryon conservés, conservation des embryons limitée à ce qui est strictement nécessaire pour la réussite de l'AMP) ;
- les autorisations des procédés biologiques (avec l'autorisation de la congélation ultra-rapide des ovocytes) ;

- l'agrément des praticiens.

Les activités cliniques et biologiques d'AMP comprennent (Art. R. 2141-1 CSP) :

1° Les activités cliniques suivantes :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

2° Les activités biologiques suivantes :

- Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :
  - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ;
  - la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ;
  - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
  - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
  - Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;
  - Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
  - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Les conditions de réalisation de ces activités sont précisées par l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

## **1.2. Bilan des autorisations**

La région dispose de 4 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et 2 établissements privés. Les activités biologiques sont réalisées dans un établissement public (Maternité régionale) et 6 laboratoires d'analyses médicales.

Centres clinico-biologiques d'AMP :

- Nancy :
  - Maternité régionale universitaire ;
  - Polyclinique Majorelle + Laboratoire Atoutbio ;
- Metz : CHR Metz-Thionville + Laboratoire Espacebio
- Epinal : Clinique l'Arc en ciel + Laboratoire Analysis

Toutes les activités du décret ont été traduites en termes d'implantation dans le SROS 3 dans lequel la région était découpée en deux territoires Nord et Sud. Cependant, il est constaté des différences entre les deux territoires : ainsi pas d'autorisation accordée, faute de promoteur, dans le Nord pour l'activité clinique de mise en œuvre de l'accueil des embryons ; pas d'autorisation prévue dans le Nord pour l'activité biologique de recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don. Par ailleurs, certaines activités ne sont réalisées que dans une structure, la Maternité régionale ou ne sont pas mises en œuvre. Les deux tableaux ci-dessous présentent le détail des activités autorisées par département, découpage correspondant aux nouveaux territoires de santé.

## Activités cliniques :

| OQOS IMPLANTATIONS AMP (Activités cliniques) |                                 | Nombre d'implantations Activités cliniques AMP |    |     |     |    | Nombre d'implantation / territoire |
|----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|----|-----|-----|----|------------------------------------|
|                                              |                                 | POC                                            | PS | TEM | POD | AE |                                    |
| TS 55                                        |                                 |                                                |    |     |     |    | 0                                  |
| TS 54                                        | NANCY - Polyclinique Majorelle  | 1                                              |    | 1   |     |    | 2                                  |
|                                              | NANCY - Maternité régionale     |                                                |    |     |     |    |                                    |
| TS 57                                        | METZ - CHR Metz - Thionville    | 1                                              | 1  | 1   | 1   |    | 1                                  |
|                                              |                                 |                                                |    |     |     |    |                                    |
| TS 88                                        | EPINAL - Clinique l'Arc en ciel | 1                                              |    | 1   |     |    | 1                                  |
|                                              |                                 |                                                |    |     |     |    |                                    |
| Région lorraine                              |                                 | 4                                              | 2  | 4   | 2   | 1  | 4                                  |

POC : prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP

PS : prélèvement de spermatozoïdes

TEM : transfert des embryons en vue de leur implantation

POD : prélèvement d'ovocytes en vue d'un don

AE : mise en œuvre de l'accueil des embryons

## Activités biologiques :

| OQOS IMPLANTATIONS AMP (Activités biologiques) |                                  | Nombre implantations Activités biologiques AMP |     |     |     |     |     |     | Nombre d'implantation / territoire |
|------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                                |                                  | IA                                             | FIV | RCS | PCO | CAG | CEP | CEA |                                    |
| TS 55                                          | BAR LE DUC - LABM MONVOISIN      | 1                                              |     |     |     |     |     |     | 1                                  |
| TS 54                                          | NANCY - LABM ATOUTBIO            | 1                                              | 1   |     |     | 1   | 1   |     | 3                                  |
|                                                | NANCY - LABM ATOUTBIO (2è site)  | 1                                              |     |     |     |     |     |     |                                    |
|                                                | NANCY - Maternité régionale      | 1                                              | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |                                    |
| TS 57                                          | METZ - LABM ESPACEBIO            | 1                                              | 1   |     | 1   | 1   | 1   |     | 2                                  |
|                                                | SARREGUEMINES - LABM MEDILAB EST | 1                                              |     |     |     |     |     |     |                                    |
| TS 88                                          | EPINAL - LABM ANALYSIS           | 1                                              | 1   |     |     |     | 1   |     | 1                                  |
| Région lorraine                                |                                  | 7                                              | 4   | 1   | 2   | 3   | 4   | 1   | 7                                  |

IA : préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

FIV : activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation

RCS : recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don

PCO : préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don

CAG : conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11

CEP : conservation des embryons en vue de projet parental

CEA : conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

**1.3. Activité des centres et des laboratoires d'AMP**

La part des naissances issues de l'AMP en Lorraine (toutes techniques confondues) est supérieure à 2,30 %.

Nombre de tentatives et nombre d'enfants nés vivants :

| TECHNIQUE                                 | France 2008 |                     |     | Lorraine 2008 |                     |     | Lorraine 2009 |                     |      |
|-------------------------------------------|-------------|---------------------|-----|---------------|---------------------|-----|---------------|---------------------|------|
|                                           | Tentatives  | Enfants nés vivants | %   | Tentatives    | Enfants nés vivants | %   | Tentatives    | Enfants nés vivants | %    |
| <b>Intraconjugal</b>                      |             |                     |     |               |                     |     |               |                     |      |
| IIU                                       | 48 898      | 5 308               | 11% | 2 170         | 229                 | 11% | 2 128         | 229                 | 11%  |
| FIV hors ICSI                             | 19 327      | 4 160               | 22% | 432           | 81                  | 19% | 398           | 82                  | 20%  |
| ICSI                                      | 31 161      | 7 423               | 24% | 854           | 189                 | 22% | 958           | 192                 | 20%  |
| TEC                                       | 15 460      | 2 029               | 13% | 591           | 72                  | 12% | 636           | 92                  | 16%  |
| <b>Spermatozoïdes de donneur</b>          |             |                     |     |               |                     |     |               |                     |      |
| IIU                                       | 3 775       | 623                 | 17% | 194           | 36                  | 19% | 132           | 21                  | 20%  |
| IIC                                       | 692         | 90                  | 13% | -             | -                   | -   | 32            | 3                   | 10%  |
| FIV hors ICSI                             | 462         | 116                 | 25% | 7             | 4                   | 57% | 3             | 1                   | 20%  |
| ICSI                                      | 584         | 170                 | 29% | 28            | 7                   | 25% | 30            | 13                  | 43%  |
| TEC                                       | 322         | 56                  | 17% | 15            | 3                   | 20% | 20            | 5                   | 23%  |
| <b>Don d'ovocytes</b>                     |             |                     |     |               |                     |     |               |                     |      |
| FIV hors ICSI                             | 199         | 51                  | 26% | 2             | 1                   | 50% | 7             | -                   | 0%   |
| ICSI                                      | 312         | 66                  | 21% | -             | -                   | -   | 2             | 2                   | 100% |
| TEC                                       | 231         | 28                  | 12% | 1             | -                   | 0%  | -             | -                   | -    |
| <b>Accueil d'embryons</b>                 |             |                     |     |               |                     |     |               |                     |      |
|                                           | 92          | 16                  | -   | -             | -                   | -   | -             | -                   | -    |
| <b>TOTAL</b>                              | 121 515     | 20 136              | 17% | 4 294         | 622                 | 14% | 4 346         | 639                 | 15%  |
| Nb tentatives/millier de femmes 18-45 ans | 10,23       |                     |     | 9,91          |                     |     | 10,12         |                     |      |
| Naissances / ensemble                     |             | 2,44%               |     |               | 2,30%               |     |               | 2,40%               |      |

Activités des centres :

| Structure                    | 2008 |      |     |       |       | 2009 |      |     |       |       |
|------------------------------|------|------|-----|-------|-------|------|------|-----|-------|-------|
|                              | IA   | FIV  | TEC | Total | % Act | IA   | FIV  | TEC | Total | % Act |
| Nancy – Maternité            | 536  | 269  | 172 | 977   | 22,75 | 421  | 310  | 180 | 911   | 20,96 |
| Nancy – Majorelle + Atoutbio | 462  | 323  | 147 | 932   | 21,70 | 438  | 310  | 148 | 896   | 20,61 |
| LABM Monvoisin               | 61   |      |     | 61    | 1,42  | 46   |      |     | 46    | 1,05  |
| Metz                         | 899  | 596  | 276 | 1771  | 41,24 | 1063 | 623  | 316 | 2002  | 46,06 |
| LABM Dory                    | 124  |      |     | 124   | 2,89  | 80   |      |     | 80    | 1,84  |
| Epinal                       | 282  | 135  | 12  | 429   | 9,99  | 244  | 155  | 12  | 411   | 9,45  |
| Total                        | 2364 | 1323 | 607 | 4294  | 100   | 2292 | 1398 | 656 | 4346  | 100   |

L'activité d'AMP est globalement stable sur la région comme le révèlent les derniers éléments d'activité 2008 et 2009 avec cependant une forte croissance pour le centre de Metz. Ces données d'activité sont très voisines de celles recueillies en 2003 dans le cadre de l'élaboration du SROS3 2006-2011. L'activité est réalisée essentiellement en intraconjugal ; les inséminations artificielles, FIV et ICSI réalisées avec don de gamètes représentent environ 6 % de l'activité totale. La part relative des inséminations artificielles, bien que représentant près de la moitié de actes, est en baisse et pour la FIV la technique ICSI augmente.

## Caractéristiques des FIV :

| Age des femmes à la ponction                                        | France | Lorraine |
|---------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| < 30 ans                                                            | 19,6%  | 25,1%    |
| 30-34 ans                                                           | 33,5%  | 32,2%    |
| 35-37 ans                                                           | 21,7%  | 21,3%    |
| 38-40 ans                                                           | 12,0%  | 11,8%    |
| >= 40 ans                                                           | 13,2%  | 9,7%     |
| <b>Techniques</b>                                                   |        |          |
| Part des ponctions réalisées en ICSI                                | 61,6%  | 70,8%    |
| Part des ponctions réalisées en culture prolongée                   | 14,3%  | 4,5%     |
| <b>Don de gamètes et d'embryons</b>                                 |        |          |
| Part des tentatives réalisées avec les spermatozoïdes d'un donneur  | 2,0%   | 2,6%     |
| Part des tentatives réalisées avec les ovocytes d'une donneuse      | 1,1%   | 0,4%     |
| Part des tentatives réalisées avec les embryons d'un couple donneur | 0,1%   |          |
| <b>Prise en charge du risque viral</b>                              |        |          |
| Part des tentatives réalisées en contexte viral VIH                 | 0,6%   |          |
| Part des tentatives réalisées en contexte viral VHB/VHC             | 1,0%   | 1,2%     |

## Don de gamètes et accueil d'embryons :

| Don de spermatozoïdes                                       | France | Lorraine |
|-------------------------------------------------------------|--------|----------|
| Donneurs acceptés dont le sperme a été congelé dans l'année | 285    | 14       |
| Couples ayant effectué au moins une tentative d'AMP         | 2 644  | 110      |
| <b>Don d'ovocytes</b>                                       |        |          |
| Ponctions réalisées dans l'année                            | 265    | 5        |
| Nouvelles demandes acceptées                                | 753    | 8        |
| Receveuses ayant bénéficié d'un don d'ovocytes              | 469    | 8        |
| <b>Accueil d'embryons</b>                                   |        |          |
| Couples donneurs dont les embryons ont été accueillis       | 86     | 22       |
| Couples receveurs ayant bénéficié d'un accueil d'embryons   | 89     |          |

## Autoconservation de gamètes et de tissus germinaux :

| Spermatozoïdes                         | France | Lorraine |
|----------------------------------------|--------|----------|
| Nouvelles autoconservations (patients) | 5 523  | 132      |
| Autoconservations au 31/12 (patients)  | 39 450 | 3 349    |
| <b>Ovocytes</b>                        |        |          |
| Nouvelles autoconservations (patients) | 17     |          |
| Autoconservations au 31/12 (patients)  | 85     |          |
| <b>Tissus testiculaires</b>            |        |          |
| Nouvelles autoconservations (patients) | 99     | 2        |
| Autoconservations au 31/12 (patients)  | 352    | 28       |
| <b>Tissus ovariens</b>                 |        |          |
| Nouvelles autoconservations (patients) | 224    | 4        |
| Autoconservations au 31/12 (patients)  | 1006   | 28       |

## Conservation d'embryons au 31/12/2009 :

|                                                         | France  | Lorraine |
|---------------------------------------------------------|---------|----------|
| Embryons conservés                                      | 165 591 | 6 614    |
| Couples dont les embryons sont en cours de conservation | 47 587  | 1 660    |

## Agrément des praticiens :

Activité cliniques : les centres possèdent au moins deux praticiens agréés (19 au total). Toutefois, cet agrément couvre rarement les 5 modalités de l'activité d'AMP ce qui explique en partie la non mise en œuvre des activités autorisées. Une formation spécifique est indispensable pour certaines modalités d'activité (accueil d'embryon, don d'ovocyte notamment).

Activités biologiques : les praticiens agréés sont en nombre équivalent (18) mais le laboratoire de Bar-le-Duc ne dispose que d'un praticien agréé pour l'activité de traitement du sperme en vue d'une IA.

## 1.4. Bilan du SROS 3

| Objectifs SROS 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Bilan / Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Objectifs généraux</b><br/>Offrir aux couples engagés dans une procédure d'AMP un environnement adapté et de qualité</p> <p><b>Objectifs opérationnels</b><br/>Assurer la sécurité et la qualité des soins<br/>Développer le travail en réseau<br/>Améliorer l'évaluation des structures</p> <p><b>Recommandations d'organisation</b><br/><b>Accessibilité</b><br/>Maintien des 4 centres de FIV actuels<br/>Maintien de l'activité des 7 laboratoires assurant le recueil et traitement du sperme en vue d'insémination<br/>Mise en œuvre de l'activité relative au don d'embryon<br/>Mise en œuvre du recueil par ponction de spermatozoïdes au centre de FIV d'Epinal dans un souci de prise en charge de proximité<br/><b>Sécurité / Qualité</b><br/>Respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique<br/>Mise en œuvre des recommandations réglementaires de bonnes pratiques pour la stimulation ovarienne<br/>Présence systématique du biologiste lors du recueil par ponction de spermatozoïdes en vue d'une exploration gonadique bilatérale si nécessaire et d'une éventuelle cryoconservation<br/>Inscription des structures autorisées dans une démarche qualité d'accréditation (deuxième version) ou de certification<br/><b>Continuité</b><br/>Agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée<br/><b>Globalité</b><br/>Unité de lieu de prise en charge clinico-biologique pour la FIV<br/>Prise en charge psychologique adaptée dans le cadre d'une coopération étroite entre gynécologues, psychologues et psychiatres<br/><b>Adaptation de l'offre / Alternatives</b><br/>Prise en charge des couples en hospitalisation de jour ou en ambulatoire à privilégier<br/><b>Coopérations / Réseaux</b><br/>Travail en réseau entre les professionnels de l'AMP et le réseau périnatal<br/>Travail en réseau entre l'ensemble des structures autorisées en vue de projets de recherche communs, du développement de techniques nouvelles, pour la prise en charge des patients séropositifs, pour les dossiers difficiles<br/>Travail en réseau entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intraconjugale avec utilisation par tous les praticiens du document élaboré par les professionnels de la région.</p> <p><b>Prévention</b><br/>Accompagnement psychologique adapté des couples</p> <p><b>Télémédecine et système d'information</b><br/>Mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir<br/>Gestion informatisée de l'activité régionale au sein d'un réseau à développer entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intra conjugale</p> <p><b>Formation</b><br/>Développer le travail en réseau entre structures autorisées en vue de l'amélioration de la qualité en matière de formation</p> | <p>Eléments de diagnostic :</p> <p>Existence d'une offre publique et privée sur la région qui comporte l'ensemble des autorisations et agréments existants. L'offre est suffisante pour couvrir les besoins. Cependant, l'activité AMP régionale est stagnante sur le plan quantitatif, malgré une demande croissante et la population régionale fait appel à une offre strasbourgeoise, luxembourgeoise, belge ou espagnole ...</p> <p>De plus, certaines activités ne sont pas ou peu mises en œuvre au niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic préimplantatoire ;</li> <li>- Prise en charge des patients VIH +, VHB +, VHC + ;</li> <li>- Don d'ovocyte ;</li> <li>- Accueil d'embryon (activité autorisée mais non mise en place).</li> </ul> <p>Il est à souligner la qualité de la prise en charge en région des couples demandeurs avec en particulier un accompagnement psychologique global (enquête de satisfaction).</p> <p>L'AMP est une activité chronographe, mal valorisée d'après les équipes, dans un contexte contraint pour les établissements.</p> <p>Enfin, certains praticiens sont agréés à Metz alors que l'activité biologique est autorisée à Nancy ce qui implique la nécessité de formation et/ou de recrutement/coopération.</p> <p>Il est à noter qu'il existe au niveau de la région une réelle dynamique des acteurs publics et privés prêts à des coopérations et adhérant aux orientations de structuration de l'offre existante en matière d'AMP, de développement du travail en réseau, de mise en œuvre de nouvelles activités. Il importe de conforter le dispositif actuel tout en visant à l'amélioration de la prise en charge individuelle des patients, d'assurer une meilleure utilisation des moyens disponibles et de maintenir une accessibilité suffisante</p> |

## **1.5. Orientations**

Elles sont adossées :

- au bilan contrasté du SROS3 ;
- à l'évolution des demandes des couples ;
- à la recherche de réponses adaptées (proximité, nouvelles modalités ...) ;
- à l'évolution des technologies (vitriification ...) ;
- au nécessaire respect du cadre légal et réglementaire ;
- au souci de l'ARS d'accompagner la dynamique régionale des acteurs et leur coordination (professionnels du public et du privé) ;
- à la volonté d'optimisation des compétences et des ressources existantes.

### **Objectifs opérationnels :**

- **Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine :**

Constat : diminution de l'activité régionale AMP sur 5 ans (13 % de l'activité réalisée au CMCO de Strasbourg correspond à des patients lorrains), faible activité en contexte viral, très faible activité de don d'ovocytes et d'accueil d'embryons prévue au SROS3. Le bilan de cette activité permet de noter : une démarche de qualité traduite par des résultats et une enquête de satisfaction auprès des usagers très favorables, une prise en charge psychologique de qualité, une dynamique de cette activité dans le secteur privé (Metz, Nancy, Epinal) mais une absence de professionnels dédiés uniquement à cette activité à la Maternité régionale, une absence de locaux adaptés et des moyens insuffisants pour développer cette activité dans un contexte budgétaire contraint.

- Soutenir et promouvoir l'activité FIV-AMP sur les quatre sites lorrains (Nancy, Metz, Epinal) afin d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en tenant compte de la population des femmes en âge de procréer.

- Faciliter les coopérations Metz-Nancy pour cette activité (mise à disposition de compétences de professionnels sur les deux sites).

- **Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP**

- Organiser l'activité d'AMP en réseau au sein de la région entre les établissements publics et privés en tenant compte de la réglementation existante renforcée par la loi de bioéthique révisée du 07 juillet 2011 : charte de fonctionnement, analyse les différents types d'activité AMP et de l'offre proposée, répartition en fonction de la demande, de critères géographiques et de la technicité des activités, documents communs et partagés, identification d'un comité coordonnateur ... toutes réflexions à mener en lien avec l'Agence de Biomédecine

- Formaliser les complémentarités entre établissements par des conventionnements en s'appuyant sur les compétences existantes publiques et privées dans un souci de partage des connaissances techniques, de démarche qualité, d'AMP vigilance et d'efficience

- **Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences**

Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 n'a pas été mise en œuvre. Tous les centres réalisant des AMP conservent les embryons qui seraient au moins 901 en Lorraine à être disponibles pour l'accueil au 31/12/2009 (6614 embryons conservés recensés au 31/12/2009). Le sort réservé aux embryons congelés est une question essentielle. Si les couples, interrogés chaque année, n'ont plus de projet parental, ils doivent se prononcer soit en faveur de l'arrêt de la conservation de leurs embryons, soit consentir à ce qu'ils puissent être utilisés pour la recherche ou donnés à un autre couple.

Cet accueil ne peut se faire que dans des conditions précises fixées par les textes.



En raison du cadre législatif et réglementaire, l'accueil d'embryons est emblématique de la collaboration des centres clinico-biologiques. La faisabilité de sa mise en œuvre doit être testée en Lorraine, 1ère étape avant la réalisation d'autres formes de collaborations comme le don d'ovocytes.

- Faciliter les réunions de concertation entre les acteurs concernés (Maternité régionale, praticiens agréés, laboratoires concernés) en lien avec l'ARS, l'ABM et le TGI

- Réaliser la mise en œuvre de cette activité et de ses différentes étapes selon un calendrier préétabli : Recensement des embryons qui pourraient être accueillis (état des projets parentaux pour les embryons actuellement conservés), accord des centres qui n'ont pas l'autorisation à mettre à disposition du centre autorisé les embryons concernés (convention à réaliser portant sur le déplacement des embryons, la constitution et la transmission des dossiers, la prise en charge des couples ...), convention entre le centre d'accueil et tous les centres AMP, organisation de l'ensemble des étapes du processus accueil d'embryons, liaison avec le TGI, information sur cette nouvelle activité ...

- **Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour**

Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 pour un laboratoire privé n'a été mise en œuvre qu'à la marge. Les couples demandeurs sont orientés vers d'autres régions voire en dehors de la France.

- Lever les obstacles à la mise en œuvre de cette activité (réglementation, activité chronophage, peu rémunérée ...) dans le respect du cadre légal et faciliter les collaborations public-privé au niveau des quatre centres régionaux d'AMP (Nancy, Metz, Epinal)

- S'appuyer sur la collaboration émergente public/privé pour développer l'activité de don d'ovocyte

- Favoriser la formation des praticiens en lien avec l'ABM

- Organiser des séances d'information sur le don d'ovocytes auprès des professionnels de santé et des usagers concernés

- **Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité**

Constat : Trois structures disposent de l'autorisation de conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux (en dehors de l'AMP) dans un but de préservation de la fertilité. Il importe de diffuser cette ressource à tous les établissements qui réalisent des traitements risquant de compromettre la fertilité (lien avec volet traitement du cancer du SROS).

- Diffuser l'information de l'existence de cette activité aux établissements et formaliser une procédure entre les centres de traitement du cancer et les établissements autorisés afin que cette ressource soit connue de tous les professionnels concernés et de tous les usagers potentiels.

## **2. Diagnostic prénatal**

### **2.1. Cadre réglementaire**

Le diagnostic prénatal est défini par les articles L. 2131-1 et suivants du code de la santé publique. Il s'entend de l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre au cours de la grossesse pour « détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée ». Ces moyens relèvent de la clinique, de la biologie et de l'imagerie.



Comme pour l'AMP, depuis la révision de la loi de bioéthique intervenue le 7 juillet 2011, les activités de DPN sont soumises à un régime d'autorisation de droit commun : l'ARS autorise les structures pour la réalisation des activités biologiques de DPN et apprécie la compétence des praticiens chargés de cette activité. L'agrément des praticiens était antérieurement accordé par l'Agence de la Biomédecine. Cette structure conserve cependant un rôle important : elle évalue les activités, peut diligenter des missions d'appui et de conseil et proposer des recommandations.

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement de structures et d'agrément des praticiens sont précisées dans le décret n° 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). « Les analyses ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité comprennent :

1. Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
  2. Les analyses de génétique moléculaire ;
  3. Les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
  4. Les analyses d'hématologie ;
  5. Les analyses d'immunologie ;
  6. Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels.
- Les analyses mentionnées aux 3, 4 et 5 du présent article incluent les analyses de biologie moléculaire » (Art. R. 2131-1 CSP).

Les activités cliniques ne sont pas soumises à autorisation mais à des règles de bonnes pratiques, précisées notamment dans les deux arrêtés du 23 juin 2009 modifiés tous deux par des arrêtés du 19 février 2010, le premier fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, le second relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs sont autorisés dans chaque région un ou plusieurs centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Pour la région Lorraine, ce centre est localisé à la Maternité régionale universitaire. Ces centres participent au dispositif d'encadrement des activités de diagnostic prénatal (DPN) et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire ou DPI) et ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire (art. R. 2131-10 CSP)). Leur activité est régulièrement évaluée par l'ABM.

Lorsque l'anomalie fœtale détectée est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 CSP), les CPDPN ont la charge de l'attester. Ceci rend alors possible, si les parents le souhaitent, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG). Dans le cas contraire, les CPDPN ont la charge de contribuer au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles.

L'agence de biomédecine a élaboré un ensemble de recommandations professionnelles pour le fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Elles sont complétées par les arrêtés précités.

Les nouvelles dispositions de la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011 concernent :

- La réécriture de l'article L. 2131-1 CSP définissant le régime du DPN (précisions sur les différentes étapes, introduction de l'échographie obstétricale et fœtale afin de renforcer l'information et l'accompagnement des femmes enceintes) ;
- L'introduction du terme DPI dans la loi ;
- La modification de la composition du CPDPN en cas d'IMG et l'introduction d'un délai de réflexion ;
- l'agrément des praticiens.

**1.2. Bilan des autorisations**

| OQOS IMPLANTATIONS DPN |                                                                             | Nombre implantations Activités DPN |          |          |          |          |          | Nombre d'implantation /territoire |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------|
|                        |                                                                             | AC                                 | AGM      | DMI      | AH       | AI       | AB       |                                   |
| TS 55                  |                                                                             |                                    |          |          |          |          |          | 0                                 |
| TS 54                  | NANCY - CHU (H. central - laboratoire de biochimie et biologie moléculaire) |                                    |          |          |          |          | 1        | 4                                 |
|                        | NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de génétique)                            | 1                                  | 1        |          |          |          |          |                                   |
|                        | NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de virologie)                            |                                    |          | 1        |          |          |          |                                   |
|                        | NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de parasitologie - mycologie)            |                                    |          | 1        |          |          |          |                                   |
|                        | NANCY - LABM ATOUTBIO                                                       | 1                                  |          |          |          |          | 1        |                                   |
|                        | NANCY - Maternité régionale                                                 |                                    |          |          |          |          | 1        |                                   |
| TS 57                  | METZ - CHR Metz - Thionville                                                | 1                                  |          |          |          |          |          | 2                                 |
|                        | METZ - LABM ESPACEBIO                                                       |                                    |          |          |          |          | 1        |                                   |
| TS 88                  | EPINAL - LABM ANALYSIS                                                      | 1                                  |          |          |          |          | 1        | 1                                 |
|                        |                                                                             |                                    |          |          |          |          |          |                                   |
| <b>Région lorraine</b> |                                                                             | <b>4</b>                           | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>5</b> | <b>7</b>                          |

AC : analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

DMI : analyses en vue du diagnostic maladies infectieuses

AH : analyses d'hématologie

AI : analyses d'immunologie

AB : analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Toutes les activités du décret ne sont pas traduites en termes d'implantation dans le SROS 3. De plus, il est constaté des différences entre les territoires Nord et Sud (découpage territorial du SROS3) et certaines activités ne sont réalisées que dans un laboratoire. Il est à noter que l'activité de cytogénétique détenue par le laboratoire Espacebio a été cédée au CHR avec effet au 01/01/2011.

La région dispose par ailleurs d'un CPDPN installé au sein de la Maternité régionale.

### 1.3. Activité du CPDPN et des laboratoires de DPN

Activité du CPDPN :

Activité globale :

|                                                             | France | Lorraine |       |
|-------------------------------------------------------------|--------|----------|-------|
|                                                             | 2008   | 2008     | 2009  |
| Nombre de dossiers examinés                                 | 29 779 | 538      | 512   |
| Nombre d'attestations de gravité délivrées en vue d'une IMG | 6 876  | 200      | 161   |
| Nombre de refus d'autorisation d'IMG                        | 125    | 5        | 7     |
| Nombre de grossesses poursuivies                            | 494    | 8        | 2     |
| Nombre de réunions pluridisciplinaires                      | 2 452  | 52       | 51    |
| Nombre moyen de réunions annuelles                          | 52     | 52       | 51    |
| Nombre femmes en âge de procréer (18-50) (milliers)         | 15 285 | 561      | 560   |
| Taux d'attestation d'IMG délivrées                          | 45,0%  | 35,6%    | 28,7% |
| Taux d'attestation d'IMG refusées                           | 0,8%   | 0,9%     | 1,2%  |

Indications des attestations délivrées en vue d'une IMG :

|                                         | France |     | Lorraine |     |      |     |
|-----------------------------------------|--------|-----|----------|-----|------|-----|
|                                         | 2008   | %   | 2008     | %   | 2009 | %   |
| Indications chromosomiques              | 2 706  | 40% | 80       | 40% | 56   | 35% |
| Indications géniques                    | 448    | 7%  | 13       | 7%  | 9    | 6%  |
| Indications infectieuses                | 67     | 1%  | 1        | 1%  | 3    | 2%  |
| Malformations ou syndromes malformatifs | 2 990  | 44% | 78       | 39% | 66   | 41% |
| Autres indications fœtales              | 505    | 7%  | 24       | 12% | 27   | 17% |
| Indications maternelles                 | 160    | 2%  | 4        | 2%  | -    | 0%  |

Attestations délivrées en vue d'une IMG :

|                    | France |        | Lorraine |        |      |        |
|--------------------|--------|--------|----------|--------|------|--------|
|                    | 2008   | %      | 2008     | %      | 2009 | %      |
| <= 14 SA + 6J      |        |        | 34       | 17,0%  | 24   | 14,9%  |
| 15 SA - 21 SA + 6J |        | 36,7%  | 77       | 38,5%  | 65   | 40,4%  |
| 22 SA - 27 SA + 6J |        | 26,4%  | 55       | 27,5%  | 52   | 32,3%  |
| 28 SA - 31 SA + 6J |        | 13,7%  | 16       | 8,0%   | 11   | 6,8%   |
| >= 32 SA           |        |        | 18       | 9,0%   | 9    | 5,6%   |
| Total              | 6 876  | 100,0% | 200      | 100,0% | 161  | 100,0% |

Les malformations ou syndromes malformatifs et les indications chromosomiques sont à l'origine de la plupart des demandes d'IMG. Les plus précoces sont proposées lorsque l'étiologie est génétique ; elles sont plus tardives en cas d'indication pour syndrome malformatif en raison de leur diagnostic (imagerie).

Le suivi des issues de grossesse après refus de délivrance d'une IMG constitue une information importante à connaître mais ces informations sont difficiles à obtenir. Des grossesses ont conduit à la naissance d'enfants nés vivants au dernier suivi, des femmes ont eu une IMG dans un autre centre ou à l'étranger.

Les grossesses poursuivies malgré la délivrance d'une attestation d'IMG ont conduit à la naissance d'un enfant vivant au dernier suivi (atteint de trisomie 21), à une mort fœtale in utero ou une mort néonatale.

Activité en médecine fœtale de la Maternité régionale :

| Prélèvements                     | 2008               |                                  | 2009               |                                  | 2010               |                                  |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
|                                  | Nb de prélèvements | Nb d'issues de grossesse connues | Nb de prélèvements | Nb d'issues de grossesse connues | Nb de prélèvements | Nb d'issues de grossesse connues |
| Amniocentèses                    | 640                | 368                              | 555                | 341                              | 236                |                                  |
| Choriocentèses                   | 49                 | 46                               | 48                 | 28                               | 70                 |                                  |
| Cordocentèses                    | 9                  | 8                                | 8                  | 3                                | 9                  |                                  |
| Autres : biopsie du trophoblaste | 1                  | 1                                | 3                  | 3                                | 3                  |                                  |

Echographies fœtales de diagnostic (2008) : 838 pour confirmer ou infirmer une malformation ; 535 pour suivre l'évolution d'une malformation.

Le rôle essentiel de l'échographie obstétricale et fœtale dans l'activité de diagnostic prénatal a été rappelé dès l'arrêté de juin 2009 concernant le dépistage combiné de la trisomie 21 au 1<sup>er</sup> trimestre et souligné dans le texte révisé de la loi de bioéthique. Dans le cas du dépistage combiné, l'assurance de la mesure de la clarté nucale est nécessaire et la validation de la formation des échographistes est l'une des nouvelles missions du réseau périnatal lorrain. Ce nouveau cadre réglementaire est à l'origine d'une diminution importante des investigations invasives, en particulier des amniocentèses (meilleure spécificité du dépistage combiné). Les choriocentèses, réalisées essentiellement à Metz et à Nancy, sont en nette progression. Une évaluation de ces nouvelles modalités de dépistage est réalisée par l'Agence de biomédecine.

Foetopathologie : L'intérêt de l'examen foetopathologique des issues de grossesse après IMG est essentiel à plusieurs titres : en premier lieu pour la famille concernée (aide au deuil psychologique de cet échec de grossesse et informations sur le caractère accidentel ou reproductible de l'anomalie) mais aussi pour s'assurer de la fiabilité et de la qualité du diagnostic prénatal (vérification du diagnostic prénatal, précision du diagnostic), enfin à visée épidémiologique et scientifique (un grand pourcentage des étiologies des syndromes malformatifs est encore inconnu). Il est à noter qu'il n'existe aucune obligation de réaliser cet examen foetopathologique (acte dont la tarification n'est toujours pas généralisée). L'accord des parents est nécessaire pour sa réalisation. Il consiste actuellement en un examen anatomopathologique du fœtus mais évolue avec les nouvelles techniques vers la « foetopsie virtuelle » (examen du fœtus par IRM et prélèvements ciblés). L'équipe de foetopathologie de la Maternité a réalisé déjà plus de 50 examens de ce type en 2009.

La non reconnaissance du coût de l'acte, son caractère non obligatoire, le manque de compétences spécifiques en foetopathologie sur la région impose une vigilance particulière pour soutenir et pérenniser une activité essentielle pour l'amélioration des connaissances en diagnostic prénatal.

Activité des laboratoires :

Il est à noter la grande difficulté à faire un regroupement des données régionales par le biais des rapports d'activité des laboratoires (recueil non exhaustif dû peut-être au manque de lisibilité des destinataires régionaux) et à le recouper avec les données de l'Agence de biomédecine (apparemment plus complètes).

Activité globale :

| Technique d'analyse                    | France 2009      |                         | Lorraine         |
|----------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|
|                                        | Nb fœtus étudiés | Nb diagnostics positifs | Nb fœtus étudiés |
| Cytogénétique                          | 74 629           | 3 849                   | 3084             |
| Génétique moléculaire                  | 2 728            | 534                     | 113              |
| Biologie infectieuse                   | 6 025            | 265                     | 29               |
| Hématologie                            | -                | -                       |                  |
| Immunologie                            | 3                | -                       |                  |
| Biochimie fœtale et marqueurs sériques | 670 849          | 877                     |                  |

Nombre de femmes testées par marqueurs sériques du 2<sup>e</sup> trimestre pour calcul de risque au seuil de 1/250 :

|          | 2007    | 2009    |
|----------|---------|---------|
| Lorraine | 17 270  | 18 002  |
| France   | 665 054 | 660 629 |

Ces modalités du dépistage de la trisomie 21 ont permis le dépistage de 0,11 % d'anomalies chromosomiques au niveau national en 2009. Elles ont évolué en raison de la faible valeur prédictive des tests et de la iatrogénie des actes invasifs de diagnostic. L'évaluation de l'activité du dépistage de la trisomie 21 en 2101 rendra compte des nouvelles modalités de dépistage (échographie, nouveaux MSM). Quant à l'analyse de l'ADN fœtal qui permettra un diagnostic direct non invasif sur le sang périphérique maternel, il est déjà réalisé au niveau régional pour le génotypage Rh dans le cadre d'un PHRC mené par le laboratoire Analysis à Epinal.

#### 1.4. Bilan du SROS 3

| Objectifs SROS 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bilan / Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Objectifs généraux</b><br/>Développer un réseau prénatal autour du CPDP<br/>Structurer une organisation régionale en réseau de foetopathologie</p> <p><b>Objectifs opérationnels</b><br/>Développer la collaboration entre les laboratoires autorisés<br/>Améliorer le recours aux établissements de la région<br/>Améliorer la prise en charge des IMG<br/>Améliorer l'évaluation des structures</p> <p><b>Recommandations d'organisation</b><br/><b>Accessibilité</b><br/>Maintenance de l'activité des 8 laboratoires actuellement autorisés (dont 4 au CHU)<br/>Etude de la mise en oeuvre d'un centre de diagnostic préimplantatoire si les besoins locaux venaient à évoluer ou si une nouvelle organisation était mise en place au niveau national, la région disposant déjà des compétences techniques<br/><b>Sécurité / Qualité</b><br/>Respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique<br/>Inscription des laboratoires autorisés dans une démarche qualité de certification<br/>Uniformisation des pratiques et des protocoles<br/>Accompagnement psychologique systématique des couples en pré et post IMG<br/>Diffusion de compte rendu type d'examen foetopathologie en coordination avec le CPDP<br/>Il est souhaité l'instauration d'un contrôle de qualité et d'agrément d'activité ainsi que la reconnaissance de l'activité et la mise à la nomenclature des actes.</p> <p><b>Continuité</b><br/>Agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée<br/>Collaboration entre laboratoires autorisés en vue d'assistance pendant les congés</p> <p><b>Globalité</b><br/>Réalisation de l'IMG par la maternité qui assure le suivi de la grossesse</p> <p><b>Description des filières</b><br/>Filières à mettre en place entre professionnels du dépistage prénatal et professionnels de la naissance afin d'assurer une continuité dans le dépistage et la prise en charge des enfants à risque de handicap</p> <p><b>Coopérations / Réseaux</b><br/>Amélioration, au sein d'un réseau prénatal autour du CPDP, de la circulation des informations entre praticiens et CPDP et pour une communication cohérente vis à vis du couple<br/>Amélioration, au sein du réseau prénatal, des transmissions de</p> | <p>Eléments de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des consultations de diagnostic prénatal impossibles à différencier des consultations prénatales « standard »,</li> <li>Une absence de réglementation des activités cliniques de diagnostic prénatal,</li> <li>Un souci de délivrer une information complète et un accompagnement psychologique de qualité dans les centres visités (Nancy et Metz),</li> <li>Un CPDPN qui doit réaffirmer son rôle de référent (expertise, coordination, collaboration, télémédecine) et son rôle d'observatoire régional des anomalies fœtales graves (suite donnée aux attestations de gravité délivrées, suivi des cas ayant entraîné une IMG à structurer),</li> <li>Des attestations de gravité traitées en dehors de la région,</li> <li>Un dépistage combiné selon l'arrêté de 2009 effectivement mis en œuvre au niveau régional avec l'aide du réseau périnatal lorrain,</li> <li>A noter, pour le dosage des marqueurs sériques maternels, la persistance des fuites vers des laboratoires nationaux (idem SROS3) et une modification des pratiques induites par ces nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21 (augmentation des choriocentèses).</li> </ul> |

l'information, pour uniformiser les demandes, définir les collaborations et les modalités d'accès au dossier dans un réseau ville – hôpital.

Renforcement de la collaboration de proximité entre les laboratoires autorisés et les établissements de santé concernés dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse

Collaboration entre laboratoires autorisés: projets de recherche communs, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles

#### **Prévention**

Prise en charge psychologique des couples en cas d'IMG

#### **Télémédecine et système d'information**

Poursuite de l'expérience menée au titre du CPDD pour améliorer les transmissions d'information

Mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir

#### **Formation**

En matière d'échographie et de nouvelles techniques d'imagerie, formation de l'ensemble des professionnels dans une démarche qualité

### **1.5. Orientations**

Elles sont adossées :

- au bilan contrasté du SROS3 ;
- à la problématique très particulière du diagnostic prénatal qui nécessite de ce fait une assurance qualité pour cette activité (information complète, tests les plus prédictifs possibles, accompagnement psychologique, suivi des grossesses et des issues de grossesse ...)
- à la nécessaire coordination des acteurs autour du CPDPN pour homogénéiser et améliorer les prestations offertes aux femmes concernées ;
- à l'intérêt de l'examen foetopathologique dans cette activité de diagnostic prénatal pour compléter et clore les dossiers difficiles ;
- aux besoins d'évaluation en lien avec l'Agence de biomédecine, de cette activité (prédictivité du dépistage) ;
- au souci de l'ARS d'accompagner la dynamique régionale des acteurs et leur coordination (professionnels du public et du privé) ;

#### **Objectifs opérationnels :**

- **Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011)**

- Partager la définition des critères de qualité du diagnostic prénatal en vue de sa mise en œuvre en région en lien avec le CPDPN, les laboratoires, les échographistes et tous les acteurs concernés. Ceci sous-entend : Une augmentation de l'usage du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre plus spécifique et plus précoce (utilisation d'outils à forte valeur prédictive (marqueurs sériques, échographie évaluée)), une parfaite information des parents, une réalisation précoce de ce diagnostic, une prise en compte des nouvelles techniques, en particulier non invasives (génotypage Rh, génétique sur sang périphérique, génétique moléculaire ...), des actes techniques adaptés (PVC avant 12 SA), une prise en charge des suites du diagnostic prénatal, un accompagnement psychologique adapté, un retour sur les issues de grossesse en lien avec le CPDPN et l'ABM ...

- Communiquer auprès des médecins et des sages-femmes sur l'activité DPN en région en lien avec le CPDPN et le réseau périnatal (en particulier rendre lisible l'offre échographique sur la région dans le cadre du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre et faciliter sur les territoires des réunions d'information entre acteurs (médecins généralistes, spécialistes et laboratoires))

- Favoriser les coopérations entre laboratoires et prescripteurs de la région pour garantir l'unité clinico-biologique de cette activité

- **Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN**

- Renforcer les liens entre CPDPN, laboratoires et prescripteurs en soulignant le rôle de référent (missions : art. R. 2131-10-1 du CSP) et de coordonnateur du CPDPN (recommandation ABM 2009) : Identifier un site dédié au CPDPN, améliorer la disponibilité du centre, soutenir son rôle moteur pour diminuer la gestion hors région d'un certain nombre de dossiers

- Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse) et développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles)

- Relancer le fonctionnement de la télémédecine comme outil indispensable à cette coordination.

- **Réaffirmer la nécessité de l'examen foetopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la foetopathologie**

- Favoriser l'examen foetopathologique dans le cas de suivi de grossesse ayant conduit à une interruption médicale de grossesse (intérêt pour l'avenir du couple, scientifique et de santé publique). Se rapprocher de l'exhaustivité des examens foetopathologiques des IMG

- Inscrire, en lien avec le CPDPN et l'ABM, le suivi des issues de grossesse après DPN comme un indicateur de prise en charge de qualité dans les établissements maternité

- Reconnaître la foetopsie virtuelle (actuellement 50 fœtus sur 400 en sont justifiables et évaluer son coût comparativement à un examen foetopathologique standard) comme une modalité pertinente de l'examen foetopathologique et comme un outil du contrôle qualité (évaluation rétrospective des examens anténataux)

Conforter le fonctionnement de l'activité de foetopathologie au niveau régional (400 fœtus examinés, 150 à Metz et 250 à Nancy), en inscrivant cette discipline dans le cadre des activités de la CHT Nancy-Metz.



## CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

### I. Méthodologie d'élaboration du volet :

Enquête prospective réalisée en mai 2011 par les centres de régulation pour la prise en charge des SCA ST+ selon la procédure régionale.

Réunion du groupe expert le 20 juin 2011.

### II. Eléments de contexte :

#### a. Textes réglementaires :

- Décret n°2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles d'imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et modifiant le CSP.
- Décret n°2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement relatives aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie.
- Arrêté ministériel du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du CSP
- Circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009 relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie. (conditions d'élaboration des SROS)

#### b. Volet cardiologie interventionnelle du SROS III :

- Parution en avril 2010
- Autorisations délivrées le 14 avril 2011

#### c. orientations nationales (guide méthodologique):

- Améliorer l'accès aux soins
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'efficience
- Focus en particulier sur la prise en charge des syndromes coronariens aigus

### III. Diagnostic régional et territorial (état des lieux, étude de besoins) :

#### a. Epidémiologie :

- Taux de mortalité par maladies circulatoires : (données ORSAS)

Le taux de mortalité par maladie circulatoire est significativement plus élevé qu'au niveau national, à structures d'âge et de sexe égales (en moyenne sur 2005-2007).

Taux de mortalité régional : 236 pour 100 000 habitants

Taux de mortalité national : 210 pour 100 000 habitants

Taux de mortalité par territoire de santé :

- Taux de mortalité en Meurthe et Moselle : 226
- Taux de mortalité dans les Vosges : 228
- Taux de mortalité en Moselle : 246
- Taux de mortalité en Meuse : 247

Evolution de la mortalité : - 32% en 10 ans en lorraine (-30% en France)



Selon les données PMSI, les maladies cardiovasculaires ont constitué le motif principal d'hospitalisation pour les lorrains (secteur public et privé en court séjour) en moyenne annuelle (2005-2007).

- Cardiopathie ischémique : (données ORSAS)

Les cardiopathies ischémiques sont responsables du quart des décès par maladies de l'appareil circulatoire.

- 1ère cause de mortalité cardiovasculaire chez les hommes (809 décès par an)
- 2ème cause de mortalité cardiovasculaire chez les femmes (651 décès par an) - 1ère cause : *maladies vasculaires cérébrales*-
- 1459 décès par an par cardiopathie ischémique

**Décès selon les principales maladies cardiovasculaires en Lorraine en 2005-2007**

|                                   | Hommes |        | Femmes |        | Ensemble |        |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|
|                                   | Nb/an  | %      | Nb/an  | %      | Nb/an    | %      |
| Cardiopathies ischémiques         | 809    | 30,8%  | 651    | 20,6%  | 1 459    | 25,2%  |
| Maladies vasculaires cérébrales   | 561    | 21,3%  | 802    | 25,4%  | 1 363    | 23,5%  |
| Maladies hypertensives            | 139    | 5,3%   | 265    | 8,4%   | 404      | 7,0%   |
| Autres maladies cardiovasculaires | 1 121  | 42,6%  | 1 440  | 45,6%  | 2 562    | 44,3%  |
| Total                             | 2 629  | 100,0% | 3 159  | 100,0% | 5 788    | 100,0% |
| 0-64 ans                          | 444    | 16,9%  | 157    | 5,0%   | 601      | 10,4%  |

Source : INSERM (CépiDc)

Le diagnostic territorial :

- En nombre annuel moyen (2005-2007) de décès par cardiopathie ischémique :
  - Moselle : 626
  - Meurthe et Moselle : 452
  - Vosges : 237
  - Meuse : 145
- Taux de mortalité par cardiopathie ischémique pour 100 000 habitants :
  - Plus élevé en Meuse : 63 pour 100 000 hab
  - Moselle : 60
  - Meurthe et Moselle : 59
  - Plus faible dans les Vosges : 50

**Nombre annuel moyen d'admissions en ALD, de patients hospitalisés et de décès  
par cardiopathie ischémique**

|                                       | Admissions<br>en ALD<br>2004-2006 | Patients<br>hospitalisés<br>2006-2008 | Décès<br>2005-2007 |        |             |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------|-------------|
|                                       | Les 2 sexes                       | Les 2 sexes                           | Hommes             | Femmes | Les 2 sexes |
| Meuse du Nord                         | 108                               | 337                                   | 30                 | 22     | 52          |
| Pays Cœur de Lorraine                 | 23                                | 124                                   | 12                 | 11     | 23          |
| Pays du Bassin de Briey               | 98                                | 397                                   | 31                 | 27     | 58          |
| Territoire de Longwy                  | 125                               | 428                                   | 41                 | 29     | 70          |
| Territoire de Thionville              | 278                               | 1 075                                 | 73                 | 52     | 125         |
| Territoire de Metz                    | 438                               | 1 322                                 | 114                | 89     | 203         |
| Bassin Houiller                       | 212                               | 1 182                                 | 96                 | 71     | 167         |
| Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe | 146                               | 534                                   | 37                 | 33     | 70          |
| Pays du Saulnois                      | 32                                | 137                                   | 13                 | 7      | 20          |
| Pays de Sarrebourg                    | 65                                | 240                                   | 22                 | 19     | 41          |
| Pays Barrois                          | 87                                | 375                                   | 29                 | 22     | 51          |
| Pays du Haut Val de Meuse             | 31                                | 129                                   | 8                  | 10     | 18          |
| Pays de l'Ouest Vosgien               | 86                                | 228                                   | 21                 | 18     | 39          |
| Pays Terres de Lorraine               | 120                               | 348                                   | 30                 | 18     | 47          |
| Pays du Val de Lorraine               | 123                               | 540                                   | 28                 | 36     | 64          |
| Territoire de Nancy et de son agglom. | 336                               | 1 249                                 | 81                 | 76     | 157         |
| Pays Lunévillois                      | 92                                | 388                                   | 30                 | 25     | 56          |
| Pays d'Épinal - Cœur des Vosges       | 185                               | 525                                   | 50                 | 35     | 85          |
| Pays de la Déodat                     | 106                               | 388                                   | 32                 | 24     | 57          |
| Pays de Remiremont et de ses vallées  | 114                               | 327                                   | 30                 | 27     | 57          |
| Lorraine Nord                         | 1 526                             | 5 775                                 | 469                | 359    | 828         |
| Lorraine Sud                          | 1 280                             | 4 496                                 | 340                | 291    | 631         |
| Meurthe-et-Moselle                    | 894                               | 3 346                                 | 241                | 211    | 452         |
| Meuse                                 | 249                               | 968                                   | 80                 | 65     | 145         |
| Moselle                               | 1 171                             | 4 489                                 | 354                | 271    | 626         |
| Vosges                                | 491                               | 1 468                                 | 134                | 103    | 237         |
| Lorraine                              | 2 806                             | 10 271                                | 809                | 651    | 1 459       |
| France métropolitaine                 | 77 169                            | nd                                    | 22 059             | 16 905 | 38 964      |

Sources : ALD (admissions en affection de longue durée) : CNAMTS, RSI

Patients hospitalisés : ATIH (PMSI)

Mortalité : INSERM (CépiDc)

Le taux comparatif de mortalité ischémique en lorraine par cardiopathie ischémique est de 58 pour 100 000 habitants (taux significativement différent du taux français : 56)

- Chez les hommes, ce taux (84) est similaire à celui observé au niveau national (83).

- Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique s'élève à 41 décès pour 100 000 femmes en lorraine, taux significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (37).

- Syndromes coronariens aigus : (PMSI 2009)

Nombre de séjours pour SCA dans les établissements de santé lorrains

- 9435 / an
- 94,2 % de patients lorrains pris en charge
- Nombre de séjours pour SCA chez des patients lorrains pris en charge dans ETS hors région :
  - 525 dont 338 en Alsace (327 mosellans)
- 2,1 % de décès
- 73 % des séjours concentrés sur 5 établissements (CHU CHR clinique d'Essey-lès-Nancy, clinique Ambroise Paré à Nancy et Clinique Claude Bernard à Metz)

|                                              | Vosges      | Meuse      | Meurthe Moselle | Moselle      | Région                                                 |
|----------------------------------------------|-------------|------------|-----------------|--------------|--------------------------------------------------------|
| Nombre de séjours pour SCA dans ETS lorrains | 733         | 361        | 4165            | 4176         | 9435                                                   |
| Dont mode d'entrée = domicile                | 594 (81%)   | 303 (84%)  | 3241 (77,8%)    | 3557 (85,2%) | 7695 (81,6%)<br><i>dont 27,4% passage aux urgences</i> |
| Dont mode d'entrée = transfert               | 138 (18,8%) | 53 (14,7%) | 901 (21,6%)     | 605 (14,5%)  | 1697 (18%)                                             |
| Nombre de DC                                 | 37 (17,5%)  | 15 (7,1%)  | 74 (35,1%)      | 85 (40,3%)   | 211 (dont 200 lorrains)                                |

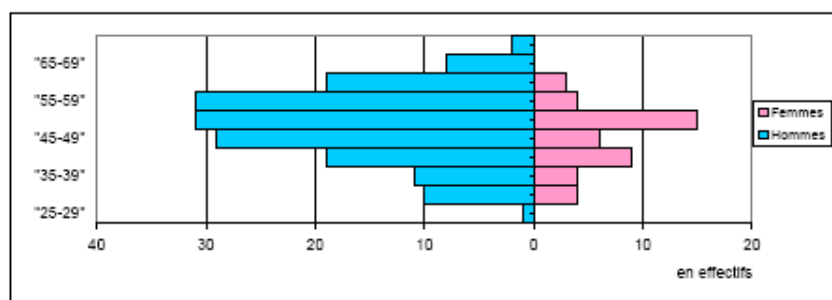
### b. Démographie médicale :

#### Densité pour 100 000 habitants\*

|          | Lorraine | France |
|----------|----------|--------|
| Libéraux | 5.4      | 6.5    |
| Salariés | 3.7      | 3.6    |
| Total    | 9.1      | 10.1   |

\* densité rapportée à la population générale 2007

#### Pyramide des âges



#### Etat des lieux

|                    |     |           |           |
|--------------------|-----|-----------|-----------|
| Nombre de médecins | 213 |           |           |
| dont               |     | Lorraine  | France    |
| Libéraux           | 126 | en % 59,0 | en % 64,5 |
| Femmes             | 48  | 22,3      | 19,3      |
| 55 ans et +        | 69  | 32,2      | 35,5      |

#### Répartition par secteur d'activité



32% des cardiologues ont plus de 55 ans.

**c. Autorisations**

- Rappels :
  - Autorisation activité 1 : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
  - Autorisation activité 2 : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
  - Autorisation activité 3 : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte
- Données PMSI 2009:

**Autorisation 1 :**

1531 actes au total /an dont 673 soumis à seuils.

- Seuil = 50 actes d'ablation endocavitaire
- Sur les actes soumis à seuil : 2 établissements atteignent le seuil (CHU avec 472 actes -70%-et CHR avec 70 actes). 3 autres établissements proches du seuil : Polyclinique de Gentilly, Clinique Claude Bernard à Metz et HPM.

| Actes d'ablation endocavitaire autres que jonction AV | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| Région lorraine                                       | 623  | 648  | 723  | 673  |

- DCI 2009 (hors seuil) : 278 implantés par le CHU (68%) et le CHR.
  - Activité stable (280 /an en moyenne)
  - En 2008, le taux de recours national pour les DCI était de 77 par million d'habitants pour une moyenne de 140 par millions d'habitants en Europe. Cela se traduirait en Lorraine par 169 cas en référence au taux de recours national et 308 cas en référence à la moyenne européenne.
- Stimulateurs triple chambre :

|                                                  | 2009 | 2010 |
|--------------------------------------------------|------|------|
| Stimulateur triple chambre Région Lorraine (LPP) | 95   | 83   |

- Actes d'ablation de la jonction AV : 69/an en 2009.

**Autorisation 2 :**

**139 actes/an** dont 81.3% par le CHU (seuil : 40 actes de KT interv. portant sur les cardiopathies de l'enfant dont 20 réalisés chez l'enfant)

**Autorisation 3 :**

**5354 actes / an** dont 5351 soumis à seuil

- **Seuil : 350 actes d'angioplastie coronarienne**
- **5 établissements atteignent le seuil :**
  - Clinique Ambroise Paré à Nancy
  - Polyclinique d'Essey les Nancy
  - CHU Nancy
  - Clinique Claude Bernard à Metz
  - CHR site de Metz

|                                            | Activité 1 | Activité 2 | Activité3 |
|--------------------------------------------|------------|------------|-----------|
| CHU NANCY                                  | ✓          | ✓          | ✓         |
| Polyclinique Louis Pasteur ESSEY LES NANCY |            |            | ✓         |
| Clinique Ambroise Paré Nancy               | ✓          |            | ✓         |
| CHR Metz Thionville Site Bonsecours        | ✓          |            | ✓         |
| Clinique Claude Bernard à Metz             | ✓          |            | ✓         |
| <b>Total région</b>                        | <b>4</b>   | <b>1</b>   | <b>5</b>  |

**d. Prise en charge des SCA ST+ :**

- Procédure régionale validée par les cardiologues du groupe expert et les urgentistes de la région (réseau Lorraine urgences) et remise à jour en fonction des évolutions des recommandations de la SFC, HAS...

## Prise en charge des SCA ST+ en urgence Procédure Opérationnelle Standardisée

### DEFINITION SCA ST+

Douleur thoracique typique de moins de 12 h, durant plus de 20 minutes, ne cédant pas à la trinitrine  
 - **et** sus-décalage de ST supérieur à 2 mm dans deux dérivation contiguës précordiales de V1 à V3 et 1 mm de V4 à V6 et dans les dérivation périphériques avec image en miroir dans le territoire concordant  
 - **et/ou** BBG présumé de novo

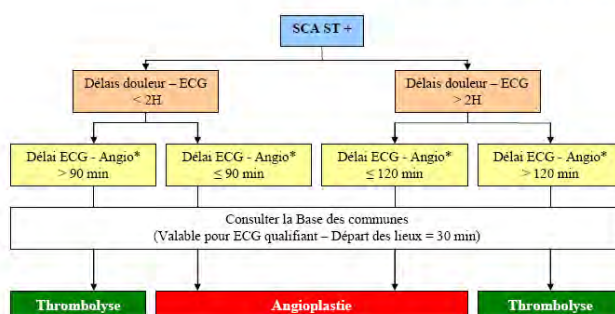
#### Enregistrement ECG 18 dérivation

- Administration de 1 bouffée de Natispray 0.15mg/dose (en dh d'une atteinte du VD ou d'un collapsus)
- Nouvel enregistrement ECG 18 dérivation

- Antalgiques : **Nubain® 0,3 mg/kg en IVD ou Morphine® 0,15 mg/kg IVD en titration**
- Recherche contre indication aux thérapeutiques

**Bilan à la régulation médicale (Centre 15) : Estimation heure d'arrivée en salle de cathétérisme**

### Stratégie de reperfusion



\* Délai ECG - Angio : Délai ECG qualifiant - Réalisation de l'angioplastie  
 (Valable pour un délai Arrivée salle de KT - Angioplastie = 20 min)

#### Cas particulier :

ECG avec un sus-décalage sans miroir :  
 Discussion avec le cardiologue pour définir la stratégie.

#### Orientation du patient :

USIC disposant d'un plateau d'angioplastie disponible 24h/24h.

### Angioplastie Primaire

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **LOVENOX®** 0,5 mg/kg IVD (à renouveler à H+1)  
**ou** HNF 40 Ui/kg puis 8 Ui/kg/h
- **EFIENT®** 6 cp de 10 mg peros
- \* **CI** : âge > 75ans, poids < 60kg, antécédent d'AVC  
 => **PLAVIX®** 8 cp peros

« L'utilisation des anti GpIIb/IIIa dépendra des pratiques locales »

### Thrombolyse pré hospitalière

#### Age du patient ≤ 75 ans

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **PLAVIX®** 4 cp de 75 mg per os
- **LOVENOX®** 30 mg IVD puis 1 mg/kg en SC
- **METALYSE®** 30 à 50 mg IVD selon le poids

#### Age du patient > 75 ans

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **LOVENOX®** 0,75 mg/kg en SC
- **METALYSE®** 30 à 50 mg IVD selon le poids

- Etude 2008 sur le respect de cette procédure opérationnelle standardisée :  
En 2008, 332 SCA ST+ ont été recensés (246 primaires et 86 secondaires)  
Pour 82,1% des primaires et 60.5% des secondaires, les patients étaient traités par angioplastie (AP).

**Table T1. Intervention Primaire**

|                                        | Tous<br>N=246 |
|----------------------------------------|---------------|
| Service Receveur : Hôpital ou clinique |               |
| Autre Hôpital                          | 5 (2.0%)      |
| CHR METZ - HOPITAL BO                  | 100 (40.6%)   |
| CLINIQUE AMBROISE PAR                  | 11 (4.5%)     |
| HOPITAL-CLINIQUE CLAU                  | 1 (0.4%)      |
| HOPITAUX DE BRABOIS C                  | 123 (50%)     |
| POLYCLINIQUE LOUIS PA                  | 6 (2.4%)      |
| Service Receveur : détails autres      |               |
| CH DE VERDUN - HOPITAL SAINT NICOLAS   | 1 (0.4%)      |
| CH DU PARC - SARREGUEMINES             | 1 (0.4%)      |
| CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU         | 3 (1.2%)      |
| Heure arrivée HDI /USIC                |               |
| Heure Inconnue                         | 12            |
| 08h30 à 18h30                          | 128 (52.0%)   |
| 18h30 à 08h30                          | 106 (43.1%)   |

**Table T2. Intervention Secondaire**

|                                        | Tous<br>N=86 |
|----------------------------------------|--------------|
| Service Receveur : Hôpital ou clinique |              |
| Hôpital Non Renseigné                  | 3 (3.5%)     |
| Autre Hôpital                          | 5 (5.8%)     |
| CHR METZ - HOPITAL BON                 | 43 (50.0%)   |
| CLINIQUE AMBROISE PARE                 | 1 (1.2%)     |
| HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE                | 2 (2.3%)     |
| HOPITAUX DE BRABOIS CHU                | 25 (29.1%)   |
| POLYCLINIQUE LOUIS PAST                | 7 (8.1%)     |
| Service Receveur : détails autres      |              |
| CH DE VERDUN - HOPITAL SAINT NICOLAS   | 2 (2.3%)     |
| CH DU PARC - SARREGUEMINES             | 0 (0.0%)     |
| CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU         | 3 (3.5%)     |
| CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET EPINAL  | 0 (0.0%)     |
| Heure arrivée HDI /USIC                |              |
| Heure Inconnue                         | 1            |
| 08h30 à 18h30                          | 43 (50.0%)   |
| 18h30 à 08h30                          | 42 (48.8%)   |

**Conclusion :**

- Disponibilité et facilité d'accès aux salles de cathétérisme
  - L'AP est réalisée dans les 120 minutes après l'ECG qualifiant dans plus de 95% des cas
  - Les délais d'appel après l'apparition des symptômes restent en moyenne très longs (près de 2h) invitant à poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public face à la douleur thoracique.
- Etude FAST MI en 2005 : Seuls 40% des suspicions de SCA sont régulés par le 15 avec une perte de chance pour le patient (retard à la mise en œuvre de la stratégie de reperfusion)
  - Etude prospective mai 2011 :



37 fiches régionales (25 primaires et 12 secondaires)

Département 54 : 17 fiches (12 primaires et 5 secondaires)

Département 57 : 26 fiches (20 primaires et 6 secondaires)

Département 88 : 7 fiches (6 primaires et 1 secondaire)

Département 55 : 3 fiches (3 secondaires).

Orientations des patients : (5 fiches non documentées sur ce sujet)

|               | Primaires | Secondaires | Total |
|---------------|-----------|-------------|-------|
| CHU           | 14        | 6           | 20    |
| CHR           | 20        | 6           | 26    |
| Pasteur       | 1         | 1           | 2     |
| Non renseigné |           |             | 5     |

Angioplastie :

60% pour les secondaires et 64% pour les primaires.

#### e. Prise en charge des IDM à la sortie des ES :

9 indicateurs (critères HAS) :

Prescription d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel

Prescription appropriée de bêta bloquant

Mesure de la FEVG

Prescription appropriée d'IEC ou d'ARA II

Prescription appropriée de statines

Suivi du bilan lipidique à distance

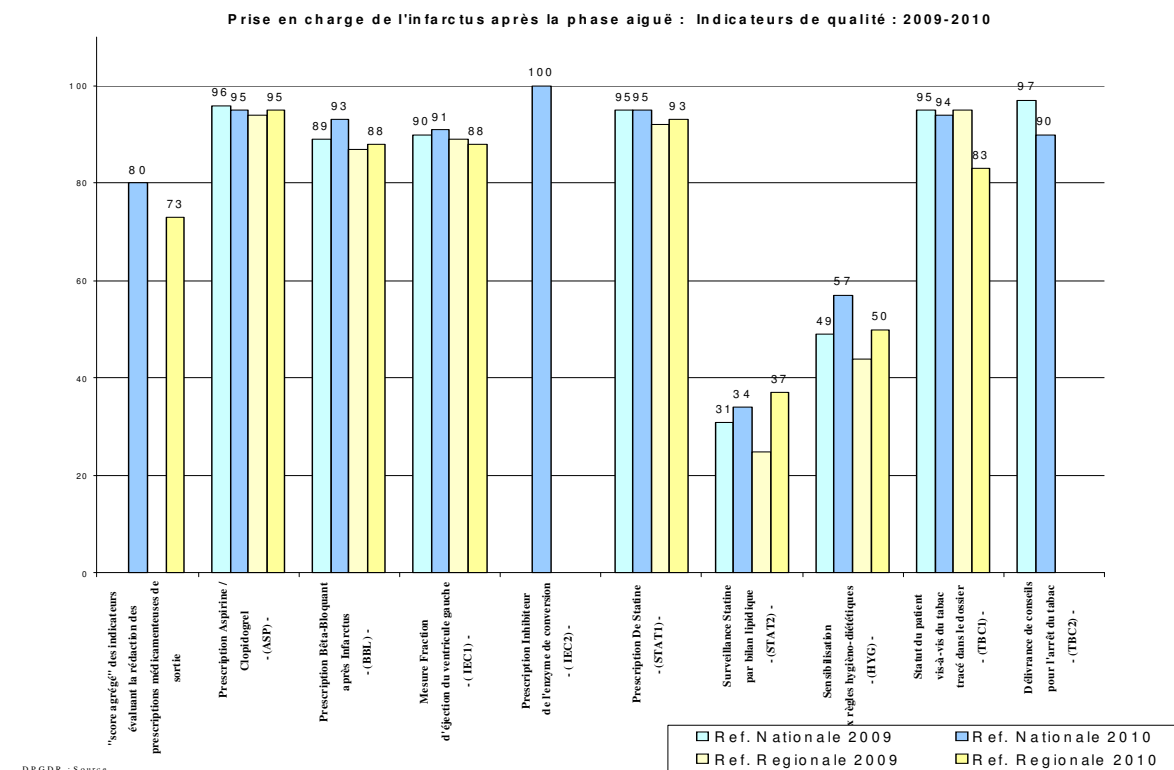
Sensibilisation aux RHD

Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé

Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

Recueil des 9 indicateurs portant sur un même échantillon aléatoire de 60 séjours.

Attention : le recueil de ces indicateurs se fait après étude des dossiers, il s'agit donc d'avoir une traçabilité de ces indicateurs dans les dossiers du patient. S'ils n'ont pas été retrouvés dans le dossier, cela ne veut pas dire systématiquement que la prescription ou la sensibilisation n'ont pas été réalisées.





Composition du groupe expert :

|                                          |                                                              |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Dr Philippe Admant</b>                | Cardiologue CH Epinal                                        |
| <b>Pr Etienne Aliot</b>                  | Cardiologue CHU -FHF                                         |
| <b>Dr Michael Angoï</b>                  | Cardiologue CHU                                              |
| <b>Dr Michel Aussedat</b>                | Urgentiste CHR                                               |
| <b>Dr Noël Baille</b>                    | Cardiologue HPM Ste Blandine                                 |
| <b>Dr Jean Louis Bourdon</b>             | Cardiologue à St Dié                                         |
| <b>Dr Christian Breton</b>               | Cardiologue clinique Essey les Nancy                         |
| <b>Dr Khalife Khalife</b>                | Cardiologue CHR                                              |
| <b>Mr Pascal Lexa</b>                    | Directeur soins infirmiers Claude Bernard                    |
| <b>Dr François Marçon</b>                | Cardiologue pédiatrique                                      |
| <b>Dr Jean Louis Neimann</b>             | Cardiologue Claude Bernard Metz                              |
| <b>Dr Marc Pichenet</b>                  | Cardiologue Gentilly                                         |
| <b>Dr Michel Boursier</b>                | Cardiologue CHR                                              |
| <b>Dr Terrier de la Chaise</b>           | Cardiologue nancy                                            |
| <b>Pr Zannad</b>                         | Cardiologue au CHU                                           |
| <b>Dr Dominique Richter</b>              | Médecin généraliste à Joeuf                                  |
| <b>Mr Munier ou Mr Plages</b>            | FHP                                                          |
| <b>Mme Bury</b>                          | CISS                                                         |
| <b>Dr Pascal Voirot</b>                  | Ordre médecins 54                                            |
| <b>Dr Tahar Chouhed</b>                  | Urgentiste CHU                                               |
| <b>Dr Christian Breton ou Dr Neimann</b> | URPS Médecins                                                |
| <b>Dr Denis Masson</b>                   | Médecin ARS                                                  |
| <b>Dr Sylvie Gamel</b>                   | Médecin ARS, chef de projet cardiologie interventionnelle    |
| <b>Mr Guillaume Labouret</b>             | Inspecteur ARS, chef de projet cardiologie interventionnelle |

## CHIRURGIE

Dans un contexte national de forte contrainte des finances publiques que traduit un ONDAM annuel inférieur à 3%, la région Lorraine, forte de ses 4 territoires de santé, entend mobiliser ses ressources pour mieux piloter l'activité hospitalière en lien avec les acteurs de santé et les instances locales, départementales et régionales.

Elle entend ainsi maîtriser l'évolution dynamique de certains volumes d'activité des établissements de santé non corrélée à l'état de santé de la population, favoriser l'accessibilité spatiale et financière à des soins chirurgicaux de qualité et gradués, promouvoir les alternatives à la chirurgie complète en substituant, autant que faire ce peut, les techniques éprouvées de chirurgie ambulatoire aux gestes classiques.

Le volet chirurgie, capitalise les orientations nationales, dresse l'état des lieux du recours à la chirurgie sur le territoire lorrain et formule 4 séries de mesures pour les premières orientations validées par les travaux des experts réunis à 4 reprises d'avril à juin 2011.

### 1. ORIENTATIONS NATIONALES – DECLINAISON REGIONALE

Le volet chirurgie s'inscrit dans un cadre d'orientations fixées par :

- La loi HPST
- Le CPOM Etat/ARS dont 2 indicateurs sont consacrés à la chirurgie :
  - le taux de recours à la chirurgie calculé sur 20 gestes marqueurs
  - le taux de recours à la chirurgie ambulatoire calculé sur 17 gestes marqueurs
- Un ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012
- Les projets de décrets chirurgie non encore publiés
- Les travaux du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)
- L'instruction DGOS/13/2010/457 du 27.12.2010 validée par le CNP du 17.12.10
- Les articles R.6121.4 et R.6124-301 à R.6124-305 du Code de Santé Publique
- Les directives du Ministère de la Santé du 19 juillet 2010 relatives aux 10 priorités sur la Gestion du Risque pour 2010 et 2011

Par ailleurs, les objectifs nationaux ont trois ambitions :

- Améliorer l'accès aux soins :
  - ❖ Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés
  - ❖ Favoriser les consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité
  - ❖ Graduer les sites de chirurgie
  - ❖ Garantir une accessibilité financière à une chirurgie de qualité par le respect d'un nombre minimum d'actes en secteur 1 par territoire de santé
  - ❖ Structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences
  - ❖ Assurer sur l'ensemble des sites de chirurgie la prise en charge en aval des structures d'urgence
  - ❖ Identifier des sites pour des prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
  - ❖ Prendre en compte et tracer l'évaluation du traitement de la douleur
  - ❖ Restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux
  - ❖ Inscrire les sites de chirurgie au sein des filières de soins médico-chirurgicales
  - ❖ Regrouper la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein de centres spécialisés

- Améliorer l'efficacité des plateaux de chirurgie :
  - ❖ Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les soins de suite et de réadaptation
  - ❖ Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires
  - ❖ Développer les modalités de prise en charge de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie avec mise en place de centres de chirurgie ambulatoire exclusive extrahospitaliers
  - ❖ Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie pour la réalisation des actes techniques de médecine
  - ❖ Optimiser la PDSH en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé
  - ❖ Formaliser certaines filières de soins

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social :



Etudier les particularités et liens nécessaires entre les établissements de santé et les structures d'hébergement médico-sociales pour préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ses structures.

Le volet chirurgie s'inscrit enfin dans un contexte régional spécifique :

- Le PSRS lorrain
- Le Programme Régional de Gestion Du Risque ARS mené en partenariat avec l'Assurance maladie
- Le CPOM Etat-ARS Lorraine
- L'état des lieux du recours à la chirurgie qui démontre :
  - un recours à la chirurgie en Lorraine particulièrement élevé sur 3 champs :
    - anévrisme de l'aorte abdominale
    - prothèse de genou
    - canal carpien
  - L'insuffisant développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité au sein des ES, notamment des établissements publics.

## 2. ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE EN LORRAINE - Une approche fondée sur les taux de recours

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir des variations très fortes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer. La consommation de soins pour une activité donnée entre départements ou entre territoires de santé présente un écart à la moyenne nationale ou régionale parfois important.

Cela peut indiquer des écarts dans l'accès des populations à certaines prises en charge. Cela peut également révéler la délivrance de soins non pertinents.

C'est pourquoi la notion de consommation de soins s'approche davantage du besoin de soins, en ce qu'elle correspond au besoin consommé (recours de la population à l'offre existante) mais ne peut être interprétée comme « l'intégralité du besoin ».

L'objectif de l'ARS est de conduire la réflexion sur la couverture des besoins de santé et la pertinence de l'offre existante, grâce à l'observation des taux de recours aux soins hospitaliers, et d'engager un dialogue de gestion avec deux espaces de concertation :

Démocratie sanitaire : la CRSA et les Conférences de territoires

Mise en place d'une instance opérationnelle de dialogue pour le pilotage de l'activité hospitalière au niveau de chaque territoire de santé, instance structurant le dialogue de gestion avec les acteurs de santé (établissements de santé, professionnels de santé...).

Cette négociation devra porter sur les inflexions nécessaires à l'offre de soins, en termes de développement ou de réexamen de l'activité sur telle ou telle prise en charge. L'attention doit porter en particulier sur les établissements dont les situations sont atypiques.

## 2-1 Bilan du SROS 3

| Territoires        |                                                 | PREVU                                                                                    | REALISE                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEUSE              | TSP 1<br>Pays de Verdun                         | Au + 2 implantations avec plateau commun au CH                                           | 1 plateau technique au CH de Verdun                                                                                                                                                                                                                       |
|                    | TSP 11<br>Pays Barrois                          | 2 implantations avec plateau technique commun à Bar le Duc                               | Polyclinique du Parc<br>(1 plateau technique commun CH/ Polyclinique, GCS)                                                                                                                                                                                |
| MEURTHE et MOSELLE | TSP 3<br>Pays de Briey                          | CH Briey                                                                                 | 1 plateau technique au CH Briey                                                                                                                                                                                                                           |
|                    | TSP 4<br>Territoire de Longwy                   | Alpha santé Mont St Martin                                                               | 1 plateau technique                                                                                                                                                                                                                                       |
|                    | TSP 14<br>Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan | 1 implantation avec un plateau technique à Toul                                          | CH de Toul                                                                                                                                                                                                                                                |
|                    | TSP 15<br>Pays du Val de Lorraine               | Appui du CHU pendant 3 ans puis reconversion                                             | Arrêt activité chirurgicale le 01/01/2010 sur le site de Pont à Mousson                                                                                                                                                                                   |
|                    | TSP 16<br>Territoire de Nancy                   | Au + 10 implantations dans la communauté du grand Nancy avec au + 10 plateaux techniques | - CHU Nancy :<br>Sites Brabois adultes, enfants, central<br>- Maternité régionale de Nancy<br>- Clinique Majorelle<br>- Cliniq. A. Paré<br>- Polyclin. Gentilly<br>- CAV<br>- Clinique Saint André Vandoeuvre<br>- Polyclinique Pasteur Essey<br>- SINCAL |
|                    | TSP 17<br>Pays Lunévillois                      | 2 implantations avec un plateau technique commun à Lunéville                             | - CH de Lunéville<br>- Clinique Jeanne d'Arc Lunéville                                                                                                                                                                                                    |





A noter que le 31 mars 2008 : l'avenant n°1 portant révision du SROS, notamment le volet thématique chirurgie et les annexes territoires nord et sud. Cette révision a porté sur les OQOS en termes d'implantation, de redéfinition des objectifs généraux et opérationnels, de l'articulation avec d'autres volets.

- Bilan de l'atteinte des objectifs :
  - action engagée sur le développement de la chirurgie ambulatoire,
  - action engagée sur l'organisation de la continuité et la permanence des soins notamment pour la chirurgie de la main,
  - intégration du service de chirurgie de la main dans le SINCAL au sein du Centre Chirurgical E. Gallé à NANCY au printemps 2010, cet établissement constituant le niveau 3 de la chirurgie de la main.
  - articulation réalisée avec la mission MEAH sur l'activité des blocs opératoires
  - articulation avec les autres volets : Cancérologie
  - les objectifs en termes d'implantation ont été atteints dans les 2 territoires :
    - arrêt d'activité chirurgie à la clinique Saint Joseph à VERDUN et transfert d'activité chirurgie à BAR LE DUC du CH vers la clinique du Parc installée sur le même site que l'hôpital.
    - le CH de PONT A MOUSSON, après avoir cessé son activité chirurgie en hospitalisation complète en 2008 au profit de l'ACA, a arrêté cette dernière activité le 01/01/2010.

## 2-2 Activité des établissements Lorrains pratiquant la chirurgie

- Les projets de décret « médecine –chirurgie » prévoient un seuil d'activité chirurgicale de 1500 séjours chirurgicaux (GHM en C hors CMD 14 et CMD 15) moyennée sur les 3 dernières années.
- Une première estimation des seuils chirurgicaux des établissements pratiquant la chirurgie en Lorraine, calculée sur les données PMSI 2008-2009-2010, a permis d'identifier quelques établissements n'atteignant pas la valeur cible.

Dans la majeure partie des cas, il s'agit de problématiques spécifiques pour lesquelles des opérations de restructuration/ coopération sont en cours, ou pour lesquelles des dérogations aux seuils pourraient être prévues :

Problématique de la chirurgie gynécologique liée à l'activité d'obstétrique:

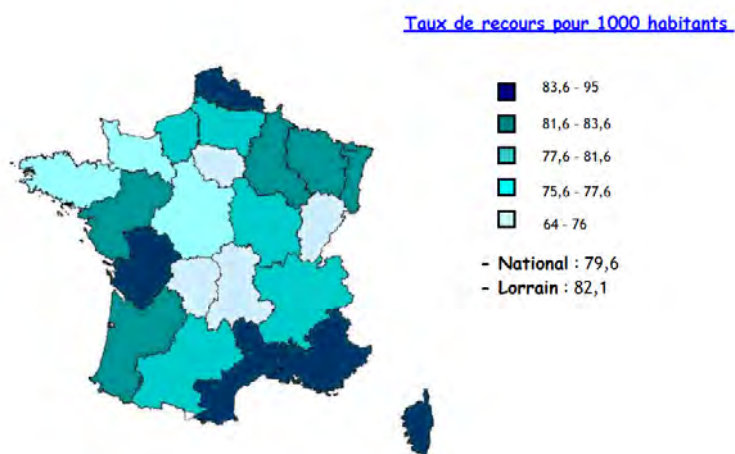
Parmi les établissements concernés, certains sont autorisés en obstétrique et n'atteignent pas le seuil de 1500 séjours chirurgicaux, ou ne sont pas titulaires d'autorisation de chirurgie, actuellement.

Le projet de décret prévoit la possibilité de délivrance d'une autorisation spécifique en chirurgie gynécologique, soumise à un seuil de 100 actes chirurgicaux, pour les établissements autorisés en obstétrique.

## 2-3 Taux de recours de la population lorraine à la chirurgie

## ETAT DES LIEUX QUANTITATIF :

- ❖ Consommation de soins : le recours populationnel à la chirurgie (avec hébergement et en ambulatoire) présente des atypies :
- ❖ Le taux de recours correspond au nombre de séjours annuel des patients d'une zone géographique, rapporté à la population totale de cette même zone. Le taux de recours en chirurgie, indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1000 habitants. Il s'agit d'un taux de recours dit « standardisé » parce que corrigé de l'effet structure de la population et de l'âge :
- ❖ Taux national : 79,6 Lorraine : 82,1



Sur les 26 régions, la Lorraine se classe en 9ème 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).

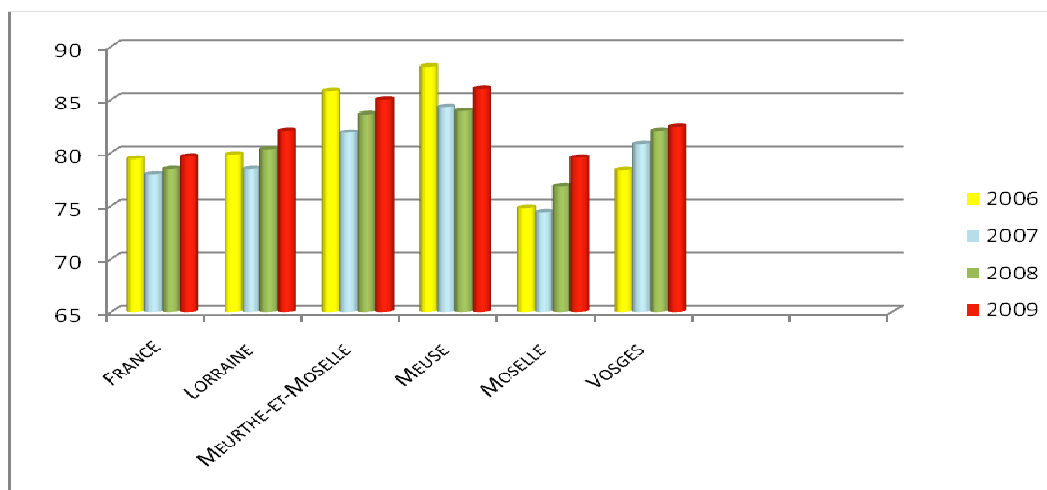
Si le taux de recours à la chirurgie en Lorraine est supérieur au taux national, la part des séjours en chirurgie ambulatoire est proche de la moyenne nationale.

## ❖ Hospitalisations complètes

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 (taux standardisés) :

|          | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|
| France   | 79,4 | 78   | 78,5 | 79,6 |
| Lorraine | 79,8 | 78,5 | 80,3 | 82,1 |
| 54       | 85,8 | 81,9 | 83,6 | 85,0 |
| 55       | 88,1 | 84,3 | 83,9 | 86,0 |
| 57       | 74,8 | 74,4 | 76,8 | 79,5 |
| 88       | 78,4 | 80,8 | 82,1 | 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.
- C'est dans les départements où l'offre de soins de chirurgie est la plus importante que la consommation est la plus forte.

#### ❖ Chirurgie ambulatoire

Taux de recours en chirurgie ambulatoire pour 1 000 habitants par territoires de santé (taux standardisés) :

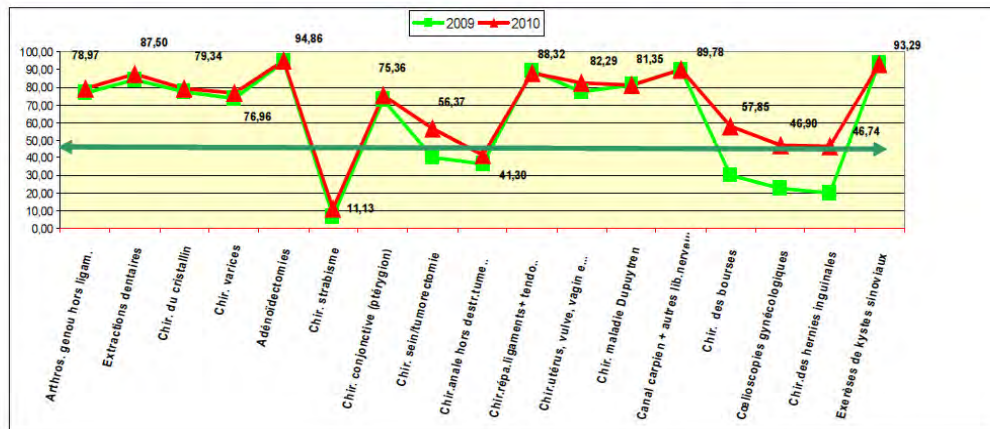
|          | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|
| France   | 25,9 | 25,2 | 26,4 | 28,8 |
| Lorraine | 24,2 | 24,4 | 26,6 | 29,1 |
| 54       | 29,8 | 28,1 | 30,4 | 32,3 |
| 55       | 24,6 | 25,1 | 25,5 | 29,1 |
| 57       | 22,3 | 22,9 | 25,2 | 28,1 |
| 88       | 19,1 | 21,4 | 24,1 | 26,1 |

- 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.



## LES 17 GESTES MARQUEURS en 2010

## Evolution de la pratique ambulatoire par gestes entre 2009 et 2010 (17 gestes)



Taux global de chirurgie ambulatoire (= nombre de séjours en C réalisés en 0 jour, sur le total des séjours GHM en C) :

- taux national : 36,2%
- taux régional : 35,7%

| Lorraine           | Consommation | Production |
|--------------------|--------------|------------|
| Meurthe et Moselle | 28,8         | 32,9%      |
| Meuse              | 29,1         | 39,7%      |
| Moselle            | 32,3         | 38,9%      |
| Vosges             | 29,1         | 33,7%      |
| NATIONAL           | 28,1         | 36,2%      |

- ❖ Les Hôpitaux publics et ESPIC assurent 43% de la chirurgie totale ambulatoire de la région.
- ❖ 61% des établissements privés sont en retard par rapport à la moyenne nationale
- ❖ Atypies Lorraines

Tous établissements confondus, comparée à la moyenne nationale, la Lorraine montre une surconsommation de 1% (+5% si standardisation avec l'âge).

Il existe 6 actes sur les 20 cibles où la région apparaît avec un excès d'actes de plus de 10% par rapport à la moyenne nationale (taux d'actes/100 000 habitants) % et classement sur les 26 régions :

- ❖ Anévrisme de l'aorte abdominale : + 40% (3e)
- ❖ Prothèse du genou : + 30% (2e)
- ❖ Canal carpien : + 27% (7e)
- ❖ Pontage coronaire : + 23% (6e)
- ❖ Thyroïdectomie : + 15% (10e)
- ❖ Varices : + 15% (8e)

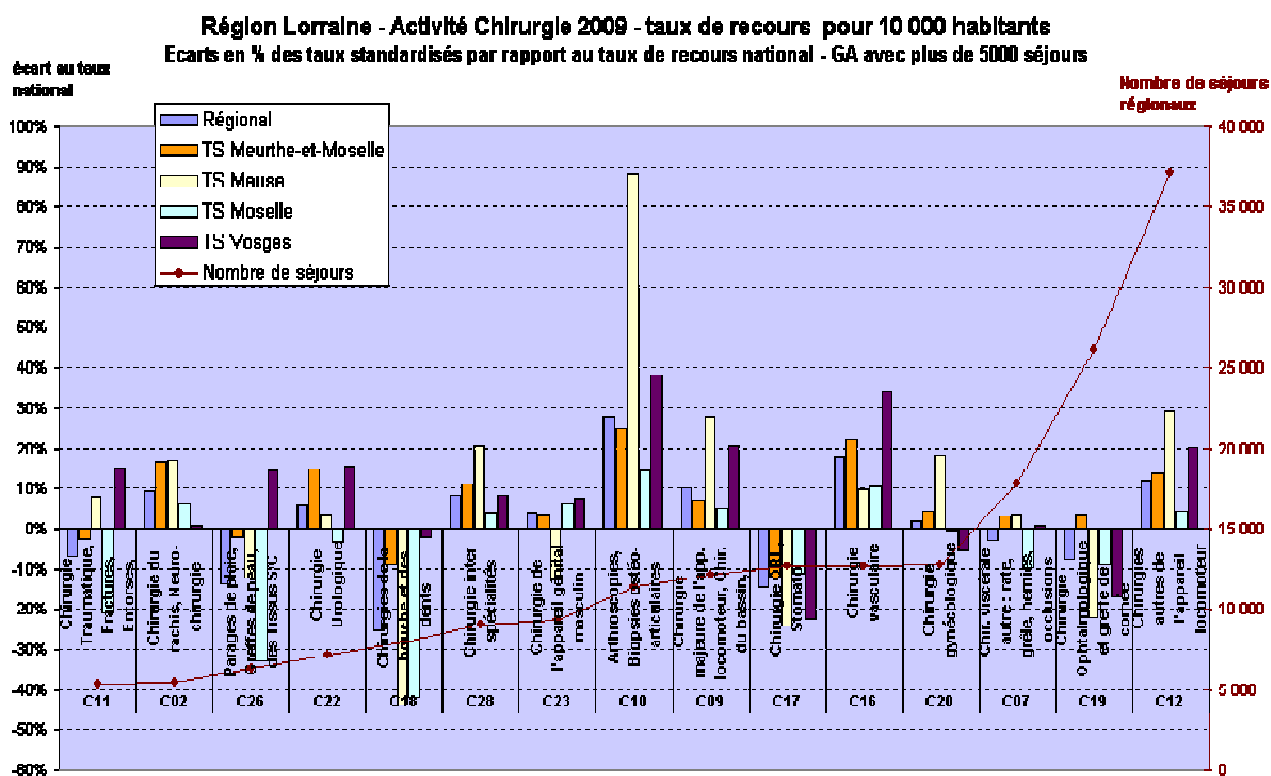
Un focus a été fait sur les sous-groupes :

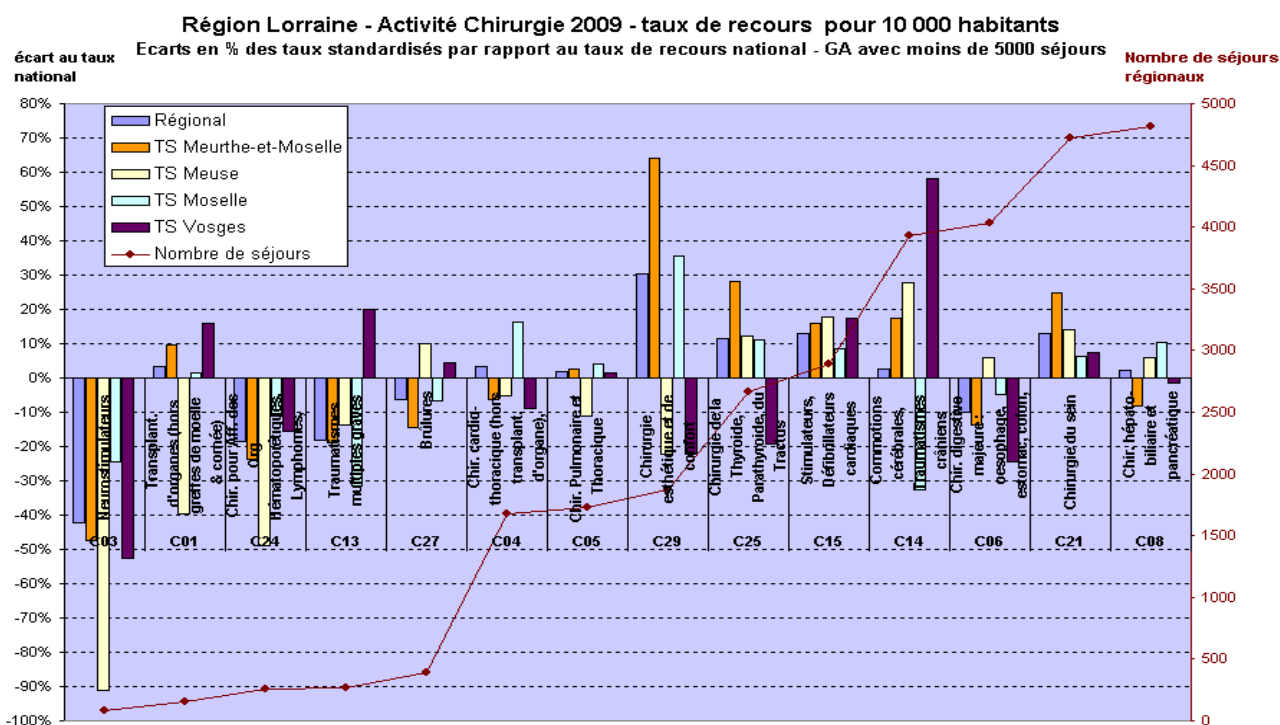
- C10 « Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires »
- C12 « chirurgie autres de l'appareil locomoteur »
- C16 « chirurgie vasculaire »...

constituant des ATYPIES lorraines, plus ou moins marquées selon le territoire.

Après une analyse détaillée des résultats, une démarche de dialogue sera menée par territoire en lien avec l'Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue.

D'ores et déjà, une action spécifique sur la chirurgie canal carpien sera menée en 2012 en partenariat avec l'Assurance Maladie dans le cadre du contrat de Gestion Du Risque.





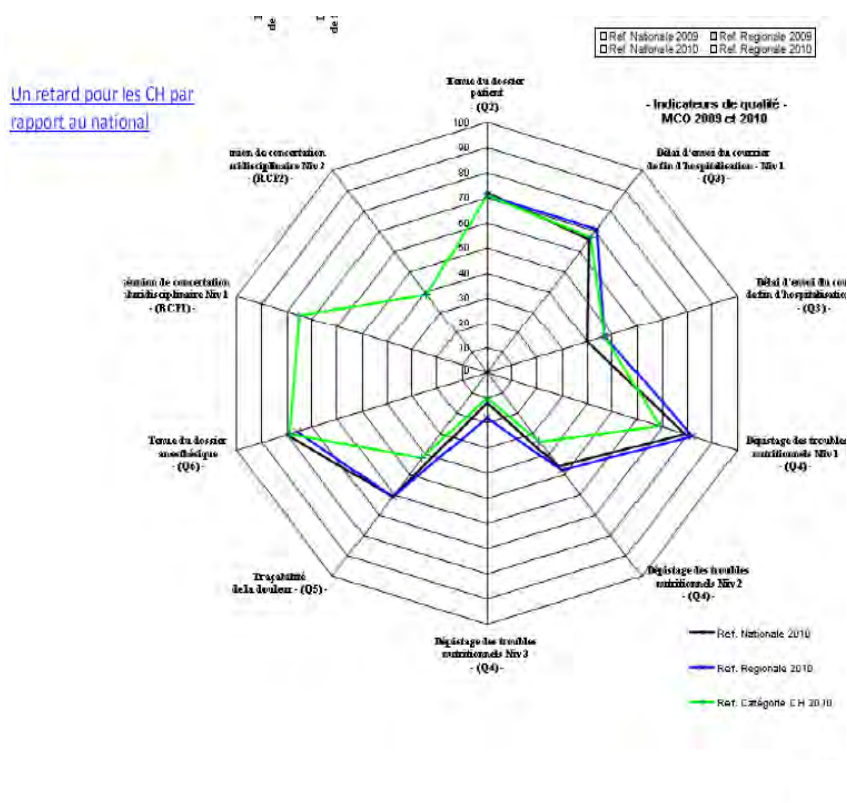
## 2-4 Qualité/Efficience

La méthodologie d'évaluation des surcapacités en lits et en blocs opératoires repose en particulier sur les travaux développés par l'ANAP (ex MEAH). Concernant l'optimisation des blocs opératoires, 43 établissements de santé lorrains ont participé à l'enquête Blocs opératoires réalisé en 2007 par la MEAH à la demande de l'ARH Lorraine. Il en ressort une sous-utilisation des plages opératoires (taux d'ouverture des salles opératoires et taux d'utilisation des vacations faibles, nombre moyen d'ICR et d'interventions réalisés par salle opératoire inférieur aux cibles). Ce constat reste d'actualité en 2011 compte tenu des enquêtes Blocs opératoires réalisées par l'ARS Lorraine en 2010.

Concernant les capacités en lits d'hospitalisation conventionnelle, l'outil Hospidiag développé fin 2009 par l'ANAP (mis à disposition des établissements de santé et des ARS) fait état d'importantes surcapacités dans de nombreux établissements de santé lorrains: les taux d'occupation des lits y sont globalement faibles (en particulier en chirurgie et obstétrique) et les durées de séjours plus élevées que les durées moyennes nationales (Indice de Performance DMS).

- Un travail spécifique est en cours sur l'informatisation des blocs opératoires en lien avec l'ANAP, la mise en place et le suivi d'indicateurs de qualité qui seront diffusés auprès des établissements. Deux types d'indicateurs existent aujourd'hui mais le tableau suivant démontre que des efforts restent possibles pour améliorer la qualité et l'efficience. Les professionnels de santé confirment que ces outils sont connus mais utilisés de manière graduée.
- 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :
  - ICALIN indice composite des activités de LIN
  - ICSHA indice de consommation des solutions hydro-alcooliques
  - SURVISO surveillance des infections du site opératoire
  - ICATB indicateur du bon usage des antibiotiques
  - Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs

- Des marqueurs de qualité issus du dossier du patient :
  - tenue du dossier patient
  - délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
  - traçabilité de l'évolution de la douleur
  - dépistage des troubles nutritionnels
  - tenue du dossier anesthésique
  - *indicateur de satisfaction des patients hospitalisés*
- Des indicateurs de qualité issus du PMSI :
  - le taux de ré-hospitalisation à 30 jours



## 2-5 L'offre sur les territoires

La Circulaire n°101/DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS 3 précisait : les sites de chirurgie accueillant les urgences sont gradués en 3 niveaux :

- ❖ L'établissement qui offre de la chirurgie viscérale et orthopédique réalisée par des chirurgiens en astreinte opérationnelle 24H/24, ce qui correspond à un minimum de 3 ETP pour chacune de ces spécialités (1 ETP correspond à 10 vacations par semaine).
- ❖ L'établissement qui offre un plateau de spécialités intégrant chirurgie viscérale, gynécologie, orthopédie, vasculaire, urologie et tête et cou ;  
Plateau technique 24h/24 pour les disciplines chirurgicales, pour l'obstétrique et l'imagerie-> 3 ETP ortho-traumato, 3 ETP chirurgie viscérale dont gynécologique, 6 à 8 ETP MAR pour le plateau technique chirurgical, 3 ETP en urologie, 3 ETP en chirurgie vasculaire. L'avis d'un ORL et d'un ophtalmologiste doit être possible 24H/24 + service des urgences, unité de soins continus et imagerie (écho, radio, vasculaire, IRM, TDM) ;

- ❖ Un établissement régional ou à vocation interrégionale intégrant les 2 niveaux précédents. La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyperspécialisée ne peuvent se situer qu'à ce niveau (rachis, main...) ;

Dans le SROS-PRS, la notion de « gradation des soins hospitaliers » se substitue à la notion de « gradation des plateaux techniques » telle que définie dans la circulaire ;

Le niveau de soins de proximité correspond désormais au premier recours.

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux dont 3 de recours :

*Niveau 1* : Activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé

Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

### 3 niveaux de recours

*Plateaux techniques « de recours infra-régional »*

Activité programmée et en urgence avec une obligation de PDS dont accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, plateau technique d'imagerie

*Plateaux techniques de « recours régional »*

Activité hautement spécialisée

*Plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale :*

Ex : Neurochirurgie, chirurgie cardiaque etc...

- Démographie médicale

Un état des lieux est proposé, élaboré à partir de critères de fragilité inspirés de ceux retenus dans le SROS 3 et des déclarations des établissements. Il est limité, dans un premier temps, aux activités de chirurgie orthopédique et générale/ digestive.

Critères retenus de faiblesse des effectifs de chirurgiens orthopédistes, digestifs et anesthésistes :

1. Etablissements publics :  
 < 2 ETP chirurgie générale et digestive  
 < 2 ETP chirurgie orthopédique  
 < 2 ETP d'anesthésistes-réanimateurs
2. Etablissements publics/ Espic et privés : Pourcentage de chirurgiens orthopédistes, digestifs et anesthésistes de plus de 55 ans > à 50 %

| TERRITOIRE de SANTE   | ETABLISSEMENTS                | CRITERES DE FRAGILITE           |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| MEUSE 55              | CH Verdun                     | Age des praticiens              |
| MEURTHE ET MOSELLE 54 | CH Briey                      | Effectif des praticiens         |
|                       | Alpha santé Mont Saint Martin | Age des praticiens+/- effectifs |
|                       | CH Toul                       | Effectifs des praticiens        |
|                       | CH Lunéville                  | Effectifs et âge des praticiens |
| MOSELLE 57            | Alpha santé Hayange           | Age des praticiens              |
|                       | HPM Saint-André               | Age des praticiens              |
|                       | Clinique Claude Bernard Metz  | Age des praticiens              |
|                       | CH Marie-Madeleine Forbach    | Age des praticiens              |
|                       | Hospitalor Saint-Avoid        | Age des praticiens              |
|                       | CH Sarrebourg                 | Age des praticiens              |
|                       | Clinique ND Thionville        | Age des praticiens              |
|                       | CHR site HMM                  | Age des praticiens              |
| VOSGES 88             | CH Neufchâteau                | Age des praticiens              |
|                       | CH Epinal                     | Age des praticiens              |

*Cette étude sera étendue aux autres spécialités chirurgicales et pourra constituer un argument pour la mise en place de coopérations.*

○ Accessibilité géographique

Une première étude a permis d'élaborer une cartographie représentant les temps d'accès de chaque lorrain vers un établissement lorrain offrant les activités chirurgicales Orthopédie et Chirurgie viscérale/ générale, hors permanence des soins,

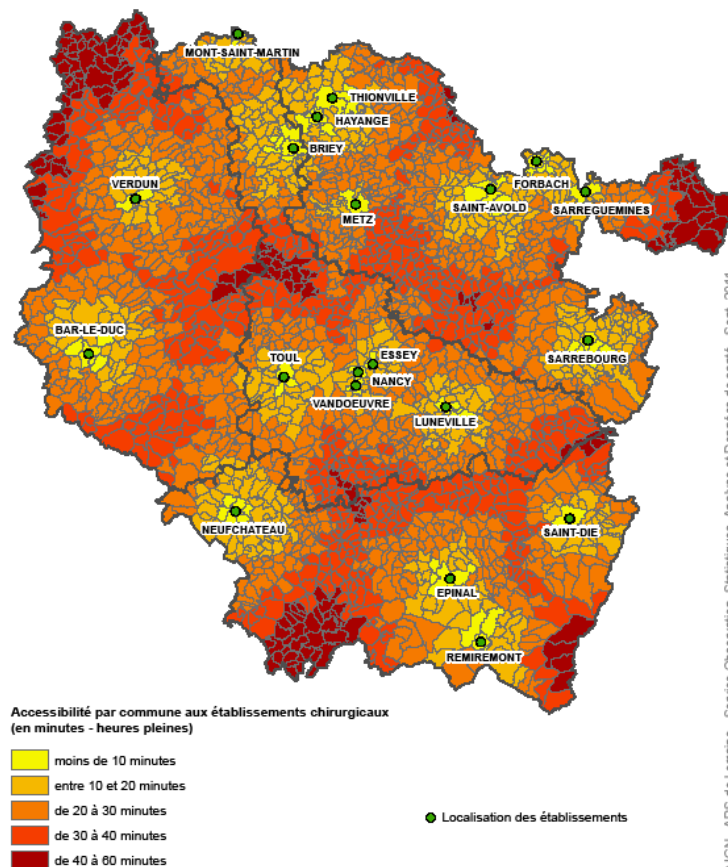
Ces éléments devront s'articuler avec les travaux sur l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé et permanence des soins ambulatoires.

CARTOGRAPHIE :

Sources : Données Insee RP 2007 - Distances : INRA-ODOMATRIX

| Temps d'accès en minute | Population | en %  |
|-------------------------|------------|-------|
| <10 min                 | 710990     | 30,4% |
| de 10 à 19 min          | 667892     | 28,5% |
| de 20 à 29 min          | 614921     | 26,3% |
| de 30 à 39 min          | 286835     | 12,3% |
| de 40 à 49 min          | 53914      | 2,3%  |
| de 50 à 59 min          | 5324       | 0,2%  |
| Total                   | 2339878    |       |

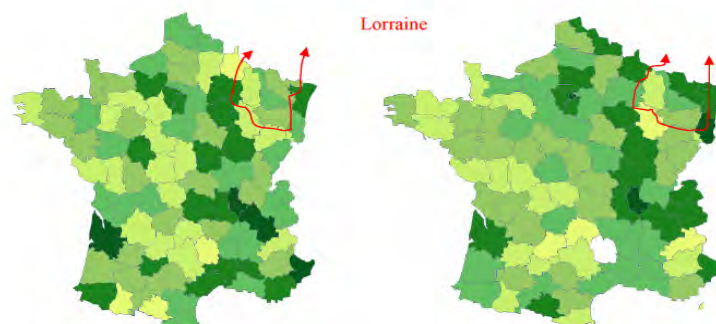
**Accessibilité par commune (en minutes)  
aux établissements pratiquant  
la CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
ou la CHIRURGIE VISCERALE**





### Accessibilité financière

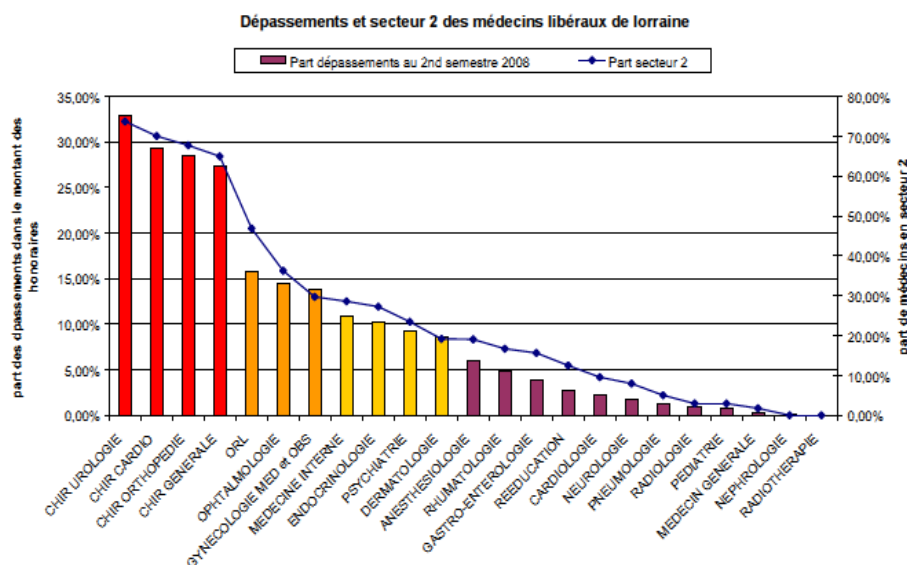
Etude réalisée sur les inégalités d'accès aux soins (Source CNAMTS) : extrait : focus sur les chirurgiens libéraux conventionnés en secteur 1 DP et 2 au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (toute chirurgie)



### Part des chirurgiens autorisés à dépassements

### Taux de pratique de dépassements

Si pour les trois départements lorrains, les cartes se superposent, il n'en est pas de même pour celui de la Moselle où le taux de dépassements est le + fort. En région, les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Pour les spécialités les plus « courantes » telles que l'ORL, l'ophtalmologie et la gynécologie, les dépassements se situent autour de 15 %.



Source : observatoire lorrain des dépassements –URCAM Lorraine-2008-2009

### 3. VOLETS OPERATIONNELS

#### LE VOLET CHIRURGIE SE COMPOSE DE 4 VOLETS OPERATIONNELS

1. Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie complète :
  - Poursuivre la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP), en lien avec l'Assurance Maladie, pour inciter les établissements publics et privés à développer la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs ciblés par les sociétés savantes.
    - prioriser les établissements les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire et axer la MSAP sur les gestes les plus accessibles conformément aux recommandations des sociétés savantes
    - Inscrire cet objectif dans leurs CPOM. L'objectif : 85 % de réalisation sur les 17 gestes marqueurs pour la région fin 2012
  - Substituer progressivement l'activité de chirurgie en hospitalisation complète par la création de places de chirurgie ambulatoire tout en privilégiant l'identification d'un site dédié de chirurgie ambulatoire par substitution.
  - Valoriser et diffuser, les expériences probantes de développement de la chirurgie ambulatoire, en lien avec un comité régional d'experts et promouvoir l'image de la chirurgie ambulatoire dans le grand public :
    - diffuser un « passeport pour l'ambulatoire »
    - organiser chaque année un séminaire régional de la chirurgie ambulatoire
    - favoriser la sensibilisation des futurs chirurgiens à la chirurgie ambulatoire, en lien avec l'université.
2. Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré
  - S'assurer d'un seuil d'activité minimal des plateaux techniques
  - Veiller à la diffusion et la mise en œuvre des référentiels et indicateurs de qualité et sécurité dans les blocs opératoires
    - développer l'informatisation des blocs
    - développer la politique de gestion des risques
  - Développer la prise en charge en filière

Sécuriser et fluidifier les prises en charge d'amont et d'aval en développant les coopérations avec les services SSR, les réseaux de proximité, l'HAD, les établissements pour personnes âgées ou handicapées et la médecine ambulatoire...

Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant

- Valoriser la formation professionnelle initiale et continue des équipes

Encourager la spécialisation « infirmières de blocs opératoires », des IDE travaillant actuellement dans les blocs en la priorisant dans les plans de formation des établissements

S'assurer de l'appropriation des référentiels de qualité et de sécurité par les équipes soignantes

3. Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués :
  - Offrir à la population lorraine un accès à une offre de chirurgie graduée

Identifier les différents niveaux de recours sur la région,

Encourager le développement de complémentarités des plateaux de chirurgie et de mutualisation d'activité et de moyens (Communautés hospitalières de territoire, de consultations avancées, de télé médecine...)



- Favoriser l'accessibilité financière de tous les lorrains à une chirurgie de qualité

S'assurer du maintien d'une part d'activité en secteur 1 dans les opérations de reconstitution,  
Veiller au bon fonctionnement des Commissions d'Activité Libérale (CAL)

Mettre en place, en collaboration avec l'assurance maladie, un observatoire régional des dépassements d'honoraires en chirurgie

Suivre la mise en place du secteur optionnel en lien avec l'assurance maladie

- Mettre en place un observatoire statistique de la démographie des chirurgiens et anesthésistes sur les 4 territoires lorrains pour identifier les zones fragiles,

#### 4. Renforcer l'efficacité des plateaux de chirurgie

- Encourager les coopérations/reconstitutions et mise en commun d'activité et/ou de plateaux techniques
- Explorer, justifier ou corriger les atypies dans le recours à la chirurgie de certains gestes au travers des dialogues de gestion en lien avec l'Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue
- Inciter les établissements à améliorer l'organisation des plateaux techniques pour optimiser l'utilisation des salles opératoires et la sécurisation du parcours du patient

#### 4. METHODOLOGIE

- Un groupe d'experts mixte qui regroupe :
  - des professionnels de la discipline :
    - chirurgiens
    - anesthésistes
    - responsables de blocs, directeurs des soins
  - des représentants des établissements de statuts privé et public des 4 territoires de santé
  - des représentants de l'URPS
  - des représentants des usagers
  - des représentants des fédérations hospitalières
  - des représentants de l'Assurance Maladie
- 2 réunions plénières programmées les 21 avril 2011 et 28 juin 2011 complétées par des réunions spécialisées :
  - Une réunion sur la qualité des blocs le 14 mai 2011
  - Une réunion sur la chirurgie ambulatoire le 14 juin 2011

*La composition du groupe d'experts, les comptes-rendus de ces réunions et les propositions émises par les experts sont reproduits en annexe.*

- Le recueil de données statistiques au travers d'un questionnaire adressé à tous les établissements publics et privés pour affiner et actualiser la connaissance de :
  - La démographie médicale : le nombre de chirurgiens et leur spécialité par site, en ETP, l'âge. Le nombre d'anesthésiste, ETP, âge.
  - L'activité non dédiée à la chirurgie
  - La répartition entre les secteurs d'activité (1 ou 2)
  - Les activités partagées, les coopérations en place ou envisagées
  - L'organisation de la permanence des soins

*Nb : Le volet chirurgie ne comprend pas :*

- La chirurgie cardiaque
- La chirurgie des grands brûlés
- La chirurgie pédiatrique
- La neurochirurgie

qui font l'objet de travaux spécifiques.

- Des réunions de travail ont été organisées selon le même principe sur le thème de la chirurgie infantile. Cette discipline sera développée dans le volet SROS « périnatalité, enfance, adolescence » ;
- Des thématiques font l'objet de chantiers transversaux du SROS PRS, en particulier :
  - Permanence des soins hospitalière,
  - Prise en charge de la douleur,
  - De même ont été prises en compte les recommandations des :
    - volet SROS ambulatoire (filiales d'amont/ aval)
    - programme régional de gestion du risque (PRGDR)
    - schémas prévention et médico-social

Un calendrier particulièrement contraint :

- juin 2011 : présentation de l'état des lieux du volet à la CSOS
- fin juin 2011 : présentation de l'état des lieux détaillé partagé et des grandes orientations retenues
- juillet-août 2011 : écriture des volets
- novembre 2011 : concertation avec les instances locales, départementales et régionales

## ANNEXES

\* Composition du groupe d'experts

\* Compte-rendu des réunions

21 avril 2011 : Présentation des premiers éléments et des axes de travail du groupe, proposition d'une méthodologie et adoption du calendrier

- Etaient présents

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Dr BLANQUART Didier           | HPM                            |
| Dr GUARDIOLLE Jean-Christophe | Médecin conseil, DRSM nord est |
| Mme TEHAMI Marylène           | CDOI 55                        |
| M. LANG Dominique             | CDOI 57                        |
| M. HOUOT Gérard               | CDOI 54                        |
| Mme ANSOULD Dominique         | CH Neufchâteau                 |
| M. STEBE Olivier              | CROI Lorraine                  |
| Mme VIEL Nathalie             | CHU Nancy                      |
| Dr KAUFFMANN Jean-Paul        | Alpha Santé Hayange            |
| Dr CUNY Christian             | CHR Metz                       |
| Pr MOLE Daniel                | SINCAL                         |
| Dr GROSDIDIER Denis           | Polyclinique Gentilly FHP      |
| Dr BRESLER Laurent            | CHU Nancy                      |
| Dr VERHAEGHE Jean-Luc         | CAV                            |
| Dr BRESLER Franck             | Ordre des médecins             |
| Dr ALVERNHE Charles           | URPS                           |
| Dr PLUVINAGE Charles          | Polyclinique Parc Bar le Duc   |
| Dr TOURAND Philippe           | Clinique Louis Pasteur, Essey  |

- Excusés

Dr Tortuyaux,  
Dr Turell,  
Mme Bury représentante du CISS

12 mai 2011 : sous-groupe dédié aux dynamiques de qualité/efficience au sein des blocs opératoires

- Etaient présents

|                            |                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------|
| Mme ANSOULD Dominique      | Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU         |
| M. LABORDE Hervé           | Centre Hospitalier Hôtel Dieu ALPHA SANTE |
| Mme MORELE Corinne         | URPS Médecins Lorraine                    |
| Mme MICHEL DOLIVET Valérie | Centre Alexis Vautrin NANCY               |
| Mme VIEL Nathalie          | CHU NANCY                                 |
| Mme TEHAMI Marylène        | Centre Hospitalier de VERDUN              |
| M. REMY Patrick            | ARS Lorraine Service performance          |
| M. Emmanuel BEUCHER        | ARS Lorraine Service performance          |

- Principales conclusions :

- Les débats ont été menés autour d'une part, de l'utilisation et de la pertinence des outils suivants : Démarche MEAH, ANAP, Hospidiag, des recommandations HAS et des indicateurs de suivi des infections nosocomiales, la déclaration des événements indésirables et d'autre part sur l'organisation plus générale des blocs.
- Les démarches qualité, efficience et gestion du risque sont en cours d'appropriation par les professionnels, à des niveaux d'avancement différents selon les thématiques et les établissements.
- Les organisations diffèrent certes d'un établissement à l'autre, cependant un consensus a été obtenu sur la nécessité d'identification d'acteurs, de mise en place d'outils adaptés et de formation des personnels. Ces améliorations semblent indispensables et doivent faire l'objet d'une stratégie et d'un pilotage fort des directions d'établissements.
- Dans ce contexte, l'informatisation des blocs émerge comme une priorité.

14 juin 2011 :

sous-groupe chirurgie ambulatoire

- Etaient Présents

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| Dr Bresler Laurent-      | CHU Nancy             |
| Dr Verhaeghe Jean-Luc    | CAV                   |
| Dr Tortuyaux Jean-Michel | CHU Nancy et CHG Toul |
| Dr Virte Michel          | URPS                  |
| Dr Tourrand Philippe     | FHP                   |
| Dr Peignier Catherine    | CAV                   |

- Principales conclusions :

*Freins et moteurs du développement de la chirurgie ambulatoire :*

« Ne jamais réduire la chirurgie à un acte »

- La volonté et la motivation des professionnels restent l'élément incontournable de tout projet de mise en place ou d'extension de l'activité chirurgie ambulatoire,
- La valorisation des actes de chirurgie ambulatoire en tarification à l'activité n'est pas incitative pour les structures publiques, alors que l'organisation des prises en charge ambulatoires est plus complexe et chronophage pour les équipes,
- La sensibilisation à l'intérêt de la chirurgie ambulatoire des acteurs doit se poursuivre et se renforcer. Elle doit concerner a minima les équipes chirurgicales, les professionnels de santé « d'amont » (tout particulièrement les médecins traitants), ainsi que les patients et leur entourage.
- L'optimisation de l'articulation avec les filières d'aval doit se poursuivre
- La démarche de sensibilisation pourrait être déclinée selon les modalités suivantes :
  - Diffusion d'un document de sensibilisation
  - Relais d'information par l'URPS de Lorraine
  - Communication auprès des réseaux de santé
  - Valorisation de la formation des professions para médicales

- Mise en place d'un comité de suivi régional de la chirurgie ambulatoire en Lorraine, chargé d'accompagner les établissements. Ce comité serait issu du présent groupe et élargi aux équipes administratives des établissements ;
- Organisation des états régionaux de la chirurgie ambulatoire au second semestre 2011 pour valoriser les équipes en pointe sur le sujet et infuser des bonnes pratiques dans la région
- Poursuite de la démarche MSAP
- Réflexion sur l'opportunité de la mise en place d'un plateau dédié à la chirurgie ambulatoire. Les membres du groupe soulignent la pertinence d'une telle organisation au sein de territoires présentant un défaut d'offre de soins en chirurgie (maintien de l'accessibilité). Ce type de structure pourrait être consacré à la prise en charge de disciplines déterminées ex. : OPH, dermato, etc...
- Poursuite des réflexions sur la maturité des sites de chirurgie ambulatoire
  - Suivi du respect du cahier des charges et des recommandations en terme de qualité ; (organisation de la prise de RDV jusque la post hospitalisation)
  - Valorisation des organisations dédiées à la chirurgie ambulatoire respectant les cahiers des charges de la qualité

Plus généralement, l'organisation de la prise en charge ambulatoire demeure l'élément central. Des structures peuvent être dédiées, ceci n'impliquant pas la nécessité de dédier des blocs.

- Evaluation de la possibilité d'organiser des téléconsultations d'anesthésie en substitution à la consultation avancée, dans des contextes particuliers dans un premier temps ex : milieu carcéral ;
- Engagement d'une réflexion sur les transports des patients en amont et aval de la chirurgie ambulatoire

28 juin 2011

réunion plénière

• Etaient présents

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| Dr Tortuyaux Jean Marc | CHU Nancy, CHG Toul          |
| Dr Blanquart Didier    | HPM                          |
| Mr Lang Dominique      | CDOI 57                      |
| Mr Stebe Olivier       | CROI Lorraine                |
| Dr Cuny Christian      | CHR Metz                     |
| Dr Grosdidier Denis    | Polyclinique Gentilly FHP    |
| Dr Verhaeghe Jean-Luc  | CAV                          |
| Dr Alvernhe Charles    | URPS                         |
| Dr Pluvinaud Charles   | Polyclinique Parc Bar le Duc |
| Dr Virte Michel        | URPS                         |
| Dr Plages Philippe     | FHP                          |

• Excusés

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| Dr Tourand Philippe    | Clinique Louis Pasteur, Essey |
| Mme Viel Nathalie      | CHU Nancy                     |
| Dr Kauffmann Jean-Paul | Alpha Santé Hayange           |

Le but de cette réunion était de finaliser les travaux des sous groupes et de dégager des pistes de travail destinées à alimenter un point d'étape pour le 30 juin.

- Sur l'état des lieux du recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, il est rappelé au groupe que le diagnostic réalisé à partir des données de l'ATIH montre des atypies non explicables à ce jour. Afin d'alimenter le dialogue de gestion entre la DGOS et l'ARS, il est proposé de réaliser une enquête ponctuelle sur la pertinence de l'intervention du canal carpien.
- Les propositions des différents sous groupes sont avalisées après discussion.
  - Il a été acté que la qualité des blocs est lié à l'informatisation des structures car les équipes, de l'avis général, sont sensibilisées à la problématique qualité.
  - Sur la chirurgie ambulatoire, plusieurs priorités émergent de la réflexion du groupe :
    - Examiner une valorisation des interventions par rapprochement des tarifs
    - Ne pas réduire l'intervention à un acte mais appréhender l'environnement : amont, organisation, procédures d'aval
    - Mutualiser les organisations et les expériences (hot line régionale ?)
    - Créer un groupe de réflexion régional et organiser des états généraux de la chirurgie ambulatoire en Lorraine
    - Réfléchir à un cahier des charges des centres exclusifs de chirurgie ambulatoire

## GENETIQUE

### **Contexte :**

C'est la première fois que cette activité fait l'objet d'un volet du SROS.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuie sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée. Le SROS doit assurer des réponses adéquates aux besoins de la population régionale, il doit permettre à chaque personne concernée d'avoir un égal accès à un diagnostic et une prise en charge en réduisant les inégalités par une bonne organisation des moyens de cette réponse et l'amélioration de la visibilité des circuits existants, ce par une amélioration de :

- l'accès aux soins ;
- la qualité de prise en charge ;
- l'efficacité.

La génétique est un domaine où les progrès ont été considérables ces 20 dernières années et pour lequel les connaissances acquises, en particulier depuis le séquençage du génome humain en 2001, ont rapidement donné lieu à une application pratique en termes de soins notamment en pédiatrie, en cancérologie et en neurologie.

Dans le même temps, la loi de bioéthique, de sa rédaction d'origine de 1994 à sa dernière révision du 7 juillet 2011, a strictement encadré cette discipline. Le développement des connaissances et des techniques de diagnostic ont ainsi été inscrits dans le cadre de plans nationaux « Maladies rares » ou « Cancer ». Aujourd'hui, plus de 1200 gènes responsables d'une maladie génétique sont identifiés et presque autant de diagnostics sont disponibles.

Ainsi, le décret n°2000-570 du 23 juin 2000 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales et modifiant le code de la santé publique a inscrit cette discipline dans le code de la santé publique. Puis, le décret n°2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, a reconnu cette activité comme une activité de soins soumise aux dispositions communes du code de la santé publique et à un double régime d'autorisation et de contrôle, partagé entre l'agence de biomédecine en ce qui concerne l'agrément des praticiens et la commission exécutive de l'ARH (puis le directeur général de l'ARS) pour l'autorisation de l'activité biologique. Ce texte précise également que les activités de génétique doivent faire l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins lequel doit intervenir dans un délai de trois ans à compter de la publication du décret (soit avant le 4 avril 2011). Les dispositions donnant compétence au directeur général de l'ARS prendront donc effet à compter de la publication du présent schéma. Dans l'intervalle, et à titre transitoire, l'autorité administrative chargée de la délivrance des autorisations ou des renouvellements d'autorisations de pratiquer les diagnostics génétiques reste le préfet de région.

La loi de bioéthique, dans sa révision du 7 juillet 2011, met l'accent sur les conditions d'information préalablement à la réalisation d'un examen et, pour les laboratoires, sur les normes de fonctionnement et en particulier leur accréditation telle que prévue par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Enfin, les orientations nationales précisées dans le guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) ont évolué pendant les travaux d'élaboration. Les derniers éléments qui apparaissent dans la circulaire DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 prennent en compte toutes les particularités de la discipline. Toutefois, il convient de noter que les progrès des connaissances comme les évolutions technologiques, en génétique moléculaire, rendent périlleuses les prévisions à 5 ans.

## 1. Périmètre de la thématique :

Le décret n°2008-321 codifié relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales définit cette activité et précise les conditions de prescription de l'examen, d'agrément des praticiens et d'autorisation d'activité des laboratoires concernés.

### 1.1. Définitions :

Cette discipline est définie par les articles R 1131-1 et 2 du code de la santé publique :

*« L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.*

*Cette analyse a pour objet :*

*1° Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;*

*2° Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;*

*3° Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.*

*Constituent ces analyses :*

*1° Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;*

*2° Les analyses de génétique moléculaire ;*

*3° Toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus. Ces analyses seront définies dans un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence de la biomédecine. »*

La génétique est donc une activité clinico-biologique, c'est-à-dire comportant une consultation médicale (assurée par un médecin généraliste, spécialiste ou généticien) ainsi qu'un examen (réalisé par un praticien agréé dans un laboratoire autorisé) et visant d'une part des malades et d'autre part des « apparentés asymptomatiques mais présentant des antécédents familiaux ».

### 1.2. Périmètre et articulations :

Le SROS concerne L'activité de génétique constitutionnelle post-natale correspondant aux analyses suivantes :

- Cytogénétique,
- Biologie moléculaire (dont les analyses HLA, hors greffe, la pharmacogénétique et l'oncogénétique constitutionnelle).

Les autorisations délivrées aux laboratoires peuvent être ou non limitées à une seule catégorie d'analyse mais ce n'est pas le cas en région Lorraine.

Sont exclues de ce volet du SROS, les analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal (DPN) et le dépistage néonatal ainsi que la génétique et l'oncogénétique somatique (étude des tumeurs). Une articulation est indispensable avec les volets « Périnatalité » et « Traitement du cancer et des liens doivent également être établis avec le schéma régional d'organisation médico-sociale mais aussi avec le schéma Prévention.

L'activité recouvre le champ des maladies héréditaires, c'est-à-dire celles qui sont transmises de génération en génération et pour lesquelles des anomalies chromosomiques (recombinaison, ségrégation, transmission ...) ou génétiques (mutations) sont présentes dans toutes les cellules d'un individu dès la conception. Les analyses ont pour objet de permettre d'établir un diagnostic biologique et d'assurer un conseil génétique.



La cytogénétique est l'étude des phénomènes génétiques au niveau des chromosomes, sans la nécessité d'extraire l'ADN. Elle a pour but de détecter les anomalies chromosomiques (anomalie de nombre ou de structure : chromosome surnuméraire, recombinaison de chromosomes ...) grâce à des techniques microscopiques (techniques de bandes, techniques de cytogénétique moléculaire). Les techniques utilisées sont principalement la réalisation de caryotype, les méthodes de FISH (Fluorescent In-Situ Hybridation : hybridation in-situ par des sondes fluorescentes), l'utilisation de puce à ADN (analyse chromosomique sur puce à ADN ACPA ou CGH array).

La génétique moléculaire est une discipline en pleine évolution dont l'objet est l'analyse de la compréhension des mécanismes moléculaires de la transmission des caractères. Le terme « biologie moléculaire », désigne l'ensemble des techniques de manipulation des acides nucléiques et notamment de l'ADN (techniques d'analyse par amplification, par hybridation et séquençage notamment).

L'oncogénétique constitutionnelle permet le repérage, le diagnostic et le suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques à l'origine de certains cancers. L'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers repose sur la consultation d'oncogénétique où ces tests sont prescrits, selon le risque évalué par l'oncogénéticien. Le résultat d'une recherche de mutation a une influence importante sur les apparentés indemnes pour lesquels une mutation a été identifiée. Il est alors proposé à ces derniers des mesures de prévention primaire (chirurgie prophylactique essentiellement) ou secondaire telles qu'un suivi à des fins de diagnostic précoce.

La pharmacogénétique est l'étude de l'influence de la variabilité du génome (le génotype) dans la réponse à un traitement médicamenteux en raison du polymorphisme génétique. En effet, en présence d'une dose standard de médicament, certains individus vont s'éloigner de la réponse attendue, en présentant soit une diminution ou une absence d'efficacité soit des effets indésirables ou une toxicité. La pharmacogénétique a pour objectif de développer des tests simples permettant de déterminer les profils génétiques des individus pour dépister ceux qui présentent un risque particulier d'inefficacité ou de toxicité vis-à-vis de certains médicaments et de prévoir la dose la plus adaptée à chaque individu pour un médicament donné. La pharmacogénétique permet ainsi une prescription individualisée afin d'optimiser les traitements médicamenteux.

Les analyses HLA, de même que les tests d'oncogénétique, ont une visée prédictive : elles consistent en la recherche d'allèles fréquemment associés à certaines maladies auto-immunes. Les différents gènes HLA du Complexe Majeur d'Histocompatibilité présentent la particularité d'être impliqués d'une part de manière plus ou moins directe dans de nombreuses pathologies et prédispositions aux maladies, et d'autre part dans les phénomènes de tolérance et de rejet de greffes.

## **2. Approche des besoins**

L'estimation des besoins est difficile à réaliser faute d'études épidémiologiques rigoureuses. Les besoins peuvent être approchés à travers l'activité réalisée (consultations, examens), les indicateurs de pression (délai d'obtention de rendez-vous), ... Ils sont en constante augmentation et ne cesseront de croître en raison de la découverte de déterminants génétiques dans les maladies.

Des estimations plus fines des besoins peuvent également être puisées dans les plans nationaux, Plan Maladies rares et Plan Cancer : nombre de cas observés pour chaque maladie, prévalence ... (Données Orphanet et INCA).

Compte tenu des avancées scientifiques régulières, cette activité est en plein essor et en constante augmentation. Les maladies génétiques touchent environ 5% de la population et la majorité de la population si on prend en compte les facteurs de prédisposition. Ainsi, l'agence de la biomédecine a recensé en 2010 84.925 examens de cytogénétique et 361.169 examens de génétique moléculaire.

## **2.1. Part croissante des pathologies à déterminant génétique connues :**

De nombreuses maladies humaines sont pour tout ou partie déterminées génétiquement. On estime que 4 % des naissances vivantes sont concernées, soit par une maladie mendélienne (c'est-à-dire totalement déterminée génétiquement), soit par une anomalie chromosomique, soit par une malformation congénitale et que 15 % au moins des individus, voire la majorité, sont porteurs de mutations sur des gènes de susceptibilité à une affection multifactorielle. En moyenne, nous sommes tous porteurs de 7 mutations correspondant à une maladie monogénique récessive.

## **2.2. Maladies rares :**

On estime également que 4 à 6% des individus seraient atteints de maladies rares ce qui représente 2 à 2,5 millions de malades en France et 20 millions en Europe.

Une maladie rare est définie comme étant une maladie qui touche moins de 1 personne sur 2000. Sur les 8000 maladies rares répertoriées à travers le monde, environ 80 % sont d'origine génétique et on connaît les gènes qui sont associés à environ 2.400 d'entre elles. Cinq nouvelles pathologies sont décrites chaque semaine dans le monde, dont 80 % sont d'origine génétique.

Au niveau de la région Lorraine, les besoins ne peuvent être approchés que par extrapolation des estimations nationales. Ainsi, le nombre de personnes atteints d'une maladie rare peut être évalué à 138.000.

En dehors des maladies rares génétiques et héréditaires et des cancers héréditaires, d'autres maladies sont héréditaires. Par exemple, l'hémochromatose de type I est une maladie autosomique récessive liée à un trouble du métabolisme du fer. Le diagnostic génétique repose sur la détection de la mutation Cys282Tyr (C282Y) du gène HFE, gène localisé sur le chromosome 6. Quant un individu est homozygote pour cette mutation, un conseil génétique doit être proposé aux apparentés du premier degré.

## **2.3. Oncogénétique :**

S'agissant des cancers, on considère que 5 à 10 % des cancers sont héréditaires, c'est-à-dire qu'ils surviennent du fait d'une prédisposition héréditaire majeure. Plus de 30 gènes mutés responsables de cancers héréditaires ont été identifiés. Les cancers héréditaires les plus fréquents sont ceux du sein et/ou ovaire et du côlon.

Par ailleurs on estime que 15 à 20 % des cancers sont des formes familiales, sans appartenir à la catégorie des cancers héréditaires ; la survenue de ces cancers est en relation soit avec des anomalies génétiques de faible pénétrance (la mutation n'entraîne pas toujours le cancer ou sous des formes plus ou moins graves), soit avec des anomalies génétiques multiples ou encore en relation avec des causes environnementales et génétiques.

## **2.4. Pharmacogénétique :**

L'entrée de ces tests dans la pratique clinique demeure difficile à évaluer car encore du domaine de la recherche mais l'impact prévisionnel lié aux nouvelles modalités de prescription semble incontournable dans une recherche d'efficacité et de sécurité (lutte contre la iatrogénie des traitements).

Nancy a une longue expérience de pharmacogénétique par ses activités universitaires et hospitalières, particulièrement dans le domaine de la génétique des enzymes du métabolisme des médicaments. Après un DEA, vient d'être créé un DU de Médecine et Thérapie Personnalisée. D'autre part, des manifestations scientifiques sont régulièrement organisées et une Société Européenne de Pharmacogénomique et Théranostique (ESPT) vient de voir le jour suite à la table ronde finale du Colloque de Santorin 2010.

L'analyse plus fine des différents types d'activité en génétique révèle que les besoins sont en fait extrêmement difficiles à estimer pour plusieurs raisons :

- la possibilité d'accès à un test génétique peut être méconnue voire refusée (refus de consentement, impact familial) ; ces situations ont été relevées pour des patients suivis dans des structures pour personnes handicapées ;
- les tests génétiques ne sont pas toujours prescrits par un médecin généticien mais souvent par un généraliste ou un médecin spécialiste par conséquent ces patients ne sont pas comptabilisés dans les consultations de génétique ;
- en ce qui concerne les examens, l'organisation actuelle montre qu'un bon nombre d'examens est réalisé hors région et souvent par les principaux laboratoires nationaux (CERBA, BIOMNIS, PASTEUR).

Enfin, le développement des tests de diagnostic rend possible le dépistage tant des malades que des sujets porteurs sains (hétérozygotes) pour de nombreuses maladies. Un dépistage systématique est réalisé chez le nouveau-né et concerne cinq maladies : la phénylcétonurie, la drépanocytose, la mucoviscidose, l'hypothyroïdie et l'hyperplasie congénitale des surrénales mais la question du bien fondé (et donc du besoin réel) du dépistage systématique en population, de ces maladies et des sujets à risque susceptibles de les transmettre se pose. Une analyse de la balance bénéfique/risque reste fondamentale au niveau individuel et également collectif. Parfois, le bénéfice direct est indiscutable, par exemple pour le dépistage de la polyposse colique familiale, du cancer du sein ou de l'ovaire ou encore de la chorée de Huntington. Mais à l'extrême, le dépistage des individus hétérozygotes récessifs n'a pas grand sens et devrait s'appliquer uniquement aux couples. Dans le même ordre d'idée, l'accès, bien qu'interdit en France, aux tests génétiques en vente libre sur Internet pose la question de l'information et de l'explication des résultats comme le soulève déjà l'utilisation des nouvelles techniques.

Au total, la place de la génétique dans les activités de soins est un domaine évolutif puisque ayant partie liée avec les retombées pratiques de connaissances actuellement en plein essor (découverte régulière de nouveaux gènes impliqués dans des maladies, développement des techniques permettant un diagnostic plus rapide mais à l'origine d'autres questionnements). Aussi, l'estimation prévisionnelle précise des besoins en matière d'examens de génétique à des fins médicales représente un examen difficile.

Aussi, dans ce cadre, semble-t-il judicieux de mettre en place un suivi de cette activité, notamment au regard des rapports d'activité des structures (consultations et laboratoires) lesquels devront être systématiquement communiqués à l'ARS, et de réaliser un bilan d'étape dans les 2 à 3 ans de l'approbation du schéma.

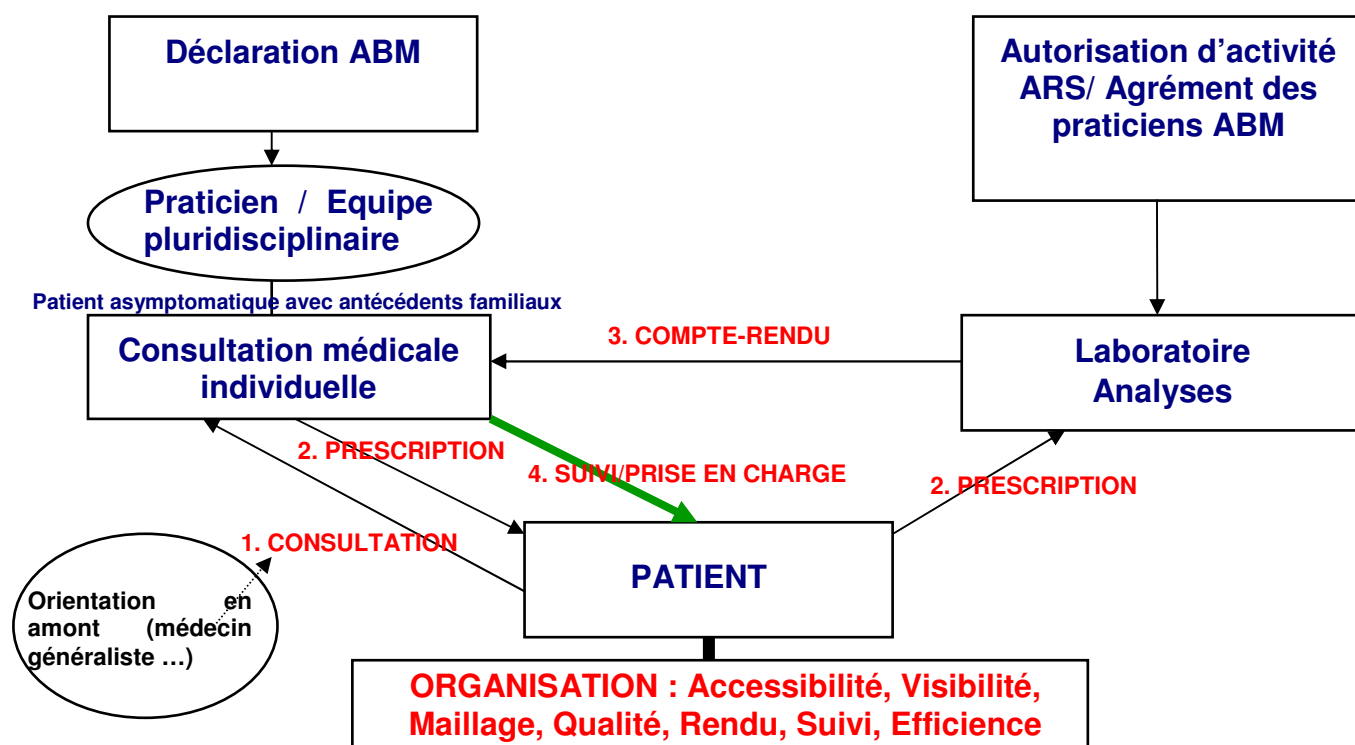
### **3. Offre**

L'offre en génétique concerne les consultations et les examens de laboratoire.

#### **3.1. Lisibilité de l'offre existante :**

##### **3.1.1. Mode d'utilisation de l'offre de soins en génétique :**

Conformément à la réglementation, l'entrée dans le parcours de soins passe par l'identification des individus et des familles présentant une maladie héréditaire ou à importante composante héréditaire.



Cette identification suppose le repérage par le médecin généraliste ou, plus souvent, un médecin spécialiste des caractéristiques justifiant parfois une orientation vers une consultation de génétique ; il faut alors considérer les activités de génétique comme une activité d'expertise et un recours de 2ème niveau dans le système de santé. Toutefois, l'orientation vers une consultation de génétique n'est pas systématique. Une grande partie des tests sont ainsi prescrits hors « filière Génétique » directement par le médecin traitant ou le spécialiste, non généticiens. Il s'agit en général d'examens portant sur des affections fréquentes (thrombophilie, hémochromatose) et dont le résultat va se traduire par un bénéfice direct pour le patient.

Il arrive également que des personnes, malades ou apparentées, prennent directement l'attache du service de génétique pour prendre rendez-vous (communication intra-familiale, information relayée par une association de malades, par une structure médico-sociale).

### 3.1.2. Connaissance de l'offre :

La question de la connaissance de l'offre de soins et de sa lisibilité se pose. S'agissant précisément d'une activité très spécialisée, si l'information concernant l'offre de soins en région est disponible, celle-ci n'apparaît pas aisément accessible, en particulier pour des non spécialistes. L'information apparaît dispersée et présente en partie sur plusieurs sites Internet : Orphanet, INCA, FECLAD, établissements, laboratoires ...), elle est également parfois très précise mais ciblée sur la pathologie (le portail Orphanet fournit ainsi pour une pathologie donnée une mine d'informations : caractéristiques de la maladie, modalités de diagnostic et de dépistage, consultations et laboratoires concernés, prise en charge ...). Mais il n'existe pas de communication complète à l'usage des patients, des associations ou des médecins généralistes donnant la liste de l'ensemble des consultations et des laboratoires existants sur la région et indiquant les pathologies prises en charge.

### 3.2. Les consultations de génétique :

#### 3.2.1. Caractéristiques et critères :

La consultation de génétique est assurée par un médecin détenteur de la qualification en génétique médicale attribuée par le Conseil National de l'Ordre des médecins. Elle a plusieurs objectifs :

- Une visée diagnostique ou de suivi pour un malade atteint d'une affection rare potentiellement génétique (maladie du développement ou « syndromes malformatifs ») ;
- De conseil génétique, chez un malade et/ou ses apparentés ;
- Dans les situations dites « de médecine prédictive » chez les apparentés asymptomatiques d'un patient chez lequel a été identifiée une mutation, dont ils peuvent se révéler porteurs (diagnostic présymptomatique pour des individus présentant un risque de développer une maladie génétique de révélation précoce, dans le cadre du dépistage néonatal systématique (par exemple, le diagnostic de la mucoviscidose chez les nouveau-nés), une maladie génétique de révélation tardive comme la maladie de Huntington, un cancer lié à des mutations d'un gène de prédisposition (BRCA1 et BRCA2 pour le cancer du sein)...)
- Pour l'organisation du diagnostic prénatal (DPN) ou préimplantatoire (DPI) en cas de maladie connue d'une particulière gravité et non curable au moment du diagnostic, si la mutation responsable a été identifiée.

Cette spécialité a des aspects transversaux avec de nombreuses autres disciplines médicales (pédiatrie, oncologie, neurologie, cardiologie ...) nécessitant des connaissances spécifiques dans ces disciplines et la mise en œuvre d'une collaboration étroite avec d'une part les spécialistes dans ces disciplines, d'autre part les laboratoires.

Dans le cadre de ces diverses activités, les médecins généticiens sont amenés à prescrire des analyses génétiques dont ils connaissent toutes les conséquences individuelles et familiales, le coût et les difficultés d'interprétation de certaines d'entre elles. Ils doivent souvent exercer une fonction de médecin généraliste pour coordonner les prises en charge médicales et paramédicales, souvent complexes et mal connues, des patients présentant une maladie rare. Compte tenu également des avancées techniques, de la complexité croissante de l'interprétation des examens et de leurs explications au patient, une consultation de génétique est souvent souhaitable avant la prescription d'examens génétiques.

Les conditions de prescription et de réalisation des examens génétiques sont précisées par le décret du 4 avril 2008. Ainsi, tout médecin a la possibilité de prescrire des examens de génétique aux malades. Par contre, seul un médecin qualifié en génétique médicale peut effectuer la restitution des résultats chez les patients asymptomatiques, ainsi que la prescription des examens de génétique chez les personnes apparentées. Les médecins qui prescrivent des examens des caractéristiques génétiques pour les personnes asymptomatiques présentant des antécédents familiaux doivent appartenir à des équipes pluridisciplinaires déclarées auprès de l'Agence de la biomédecine. Ces équipes associent d'autres professionnels : psychologue, conseiller en génétique (pas de poste en Lorraine) ...

Ces règles de bonnes pratiques des tests génétiques, dont pas de test sans utilité clinique et pas de test sans suivi médical individualisé connaissent aujourd'hui des contradictions notamment avec le développement des tests génétiques en accès libre sur Internet. Si ces tests ne sont pas autorisés en France, leur interdiction paraît illusoire compte tenu de l'accès universel à Internet. Ces tests nécessitent sans doute une veille permanente et une information du public des dangers de cette génétique « récréative » et commerciale, information de la part des professionnels de santé, dans un premier temps des généticiens auprès des médecins généralistes, puis au niveau de la population par des débats citoyens réguliers en collaboration étroite avec les acteurs politiques.

Le danger de ces tests se situe à plusieurs niveaux : celui du « non » accompagnement de la personne seule avec ses résultats (situation déjà difficile quand les personnes sont en face du professionnel, celui de la démission des professionnels face à des résultats qui impliquent la vie future de la personne et sa famille (par opposition à l'autonomie de la personne plus importante), celui du problème des tests chez les mineurs qui risquent d'être banalisés (sans bénéfice direct), et pour les prédispositions aux maladies communes (diabète, maladies cardio-vasculaires par exemple) en négligeant les facteurs liés à l'environnement.

### 3.2.2. Etat des lieux :

Les consultations de génétique sont les suivantes :

- A NANCY :
  - Laboratoire ATOUTBIO
  - CHU – Service de médecine infantile
  - CHU – Laboratoire de génétique médicale, Service de génétique moléculaire
  - Maternité régionale – Service de médecine néonatale, Unité de génétique clinique
- A METZ :
  - CHR - HMM
- A EPINAL :
  - Laboratoire ANALYSIS

En Oncogénétique, une seule consultation identifiée :

- A NANCY :
  - CHU – CAV

L'analyse de leur fonctionnement permet de montrer les particularités de chacune mais aussi de faire apparaître des points communs.

Ainsi : la consultation du CHU (laboratoire de génétique médicale) est à la fois une consultation de génétique générale et de génétique spécialisée (neurogénétique, oncogénétique, AMP, DPI ...), s'adressant plutôt à l'adulte, elle est adossée au laboratoire de génétique du CHU lequel accueille la plateforme régionale de génétique moléculaire et assure un rôle central en région voire au niveau national pour certaines pathologies (syndrome de Rett notamment). La consultation de la Maternité régionale est une consultation de génétique anté-natale (DPN) et de génétique post-natale, et dans ce cas destinée à l'enfant, et a développé certaines spécialités comme le dépistage des surdités (centre de compétences surdités génétiques) ou l'étude des syndromes de malformation maxillo-faciale. La consultation du CHU (service de médecine infantile) est essentiellement une consultation de génétique enfants avec également une activité de génétique anté-natale et néonatale ; dans ce cadre, le responsable préside l'association lorraine pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (ALDPHE) laquelle coordonne les activités de dépistage néonatal en Lorraine ; il a développé de nombreuses collaborations avec les spécialistes (maladies du métabolisme, neurologie, dermatologie ...) notamment dans le cadre de son travail sur les anomalies du développement et syndromes malformatifs.

Il est à noter que ces trois consultations constituent les consultations lorraines du centre de référence « anomalies du développement et syndromes malformatifs » coordonné par le CHU de Dijon et associant également des consultations en Champagne-Ardenne (CHU de Reims) et en Alsace (CHU de Strasbourg). Les deux dernières consultations (Maternité et CHU – service de médecine infantile) participent à la gestion de la base de données CEMARA permettant le recueil des données des patients suivis par les CLAD. Des consultations avancées ont été mises en place notamment à Metz. Des liens ont été établis avec les structures médico-sociales (MAS, CAMSP, ...) mais semblent insuffisants souvent du fait de ces structures qui ont pu, par exemple, dénoncer la convention de collaboration.

La consultation de Metz (CHR site HMM) est une consultation partagée de génétique enfants et adultes (diagnostic prénatal, génétique clinique et oncogénétique). Les généticiens cliniciens du CHU



de Nancy, interviennent une fois par mois en collaboration. Il est à noter que le CHR Metz-Thionville n'assure pas de consultation sur le site de Thionville.

La consultation d'oncogénétique est une consultation associant le CHU (laboratoire de génétique médicale) et le Centre Alexis Vautrin (CLCC CAV) et ayant pour laboratoire d'analyse celui du CHU. Cette consultation fait appel aux autres professionnels suivants : temps de secrétariat, d'infirmière, de psychologue, d'ingénieur en biologie moléculaire, de conseiller en génétique (actuellement en formation). Une consultation avancée est faite également sur Metz. Le volume de consultations se répartit pour moitié entre les patients et familles connus et les nouvelles familles. Elles concernent pour l'essentiel les cancers sein/ovaire (test des gènes BRCA1 et BRCA2) et les cancers digestifs (gènes MLH1, MSH2, MSH6, APC, instabilité des microsatellites MSI, CDH1). La consultation d'oncogénétique se caractérise cependant par un délai d'attente très long pour un premier rendez-vous (28 semaines en moyenne, voire un an) sauf urgence.

Les deux consultations réalisées en laboratoire (Atoutbio à Nancy et Analysis à Epinal) ont une activité moins importante et relèvent pour la plupart de l'activité d'AMP ou de DPN, il s'agit en post-natal de bilans de stérilité, fausses couches répétées, anomalies du caryotype, bilans de thrombophilie, hémochromatose, maladies génétiques familiales pour lesquelles le laboratoire sert de relais local entre le praticien (le plus souvent gynécologue) et le centre de référence spécialisé.

L'activité peut être résumée ainsi :

| Site consultation        | ETP  | Activité (Nb consultation 2009/2010) |
|--------------------------|------|--------------------------------------|
| Etablissement de santé   |      |                                      |
| CHU – Médecine infantile | 0,5  | 664                                  |
| CHU – Génétique médicale | 0,3  | 462                                  |
| Maternité régionale      | 1    | 856 (245 néonatal, 214 DPN, 397 G)   |
| CHR - HMM                | 0,8  | 582 (438 DPN - 144 G)                |
| Laboratoire              |      |                                      |
| Atoutbio                 | 0,1  | 78 (DPN-AMP)                         |
| Analysis                 | 0,1  | 150 (AMP-DPN)                        |
| Oncogénétique            |      |                                      |
| CHU - CAV                | 0,25 | 847                                  |
| TOTAL                    |      |                                      |
|                          | 3,05 | 1916 G                               |
|                          |      | 619 AMP-DPN                          |
|                          |      | 245 néonatal                         |

Rq : AMP : assistance médicale à la procréation ; DPN : diagnostic prénatal ; G : génétique

La répartition des 7 consultations existantes révèle :

- Une localisation géographique autour du sillon lorrain, ce qui pose la question de la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire (maillage territorial) ;
- Une implantation essentiellement hospitalière dont il découle une différence dans la nature des consultations réalisées en établissement ou en laboratoire ;
- Une concentration sur Nancy sans toutefois d'organisation unifiée de ces consultations ;
- L'insuffisance de consultations d'oncogénétique.

Pour les 5 consultations hospitalières, des points communs apparaissent :

- l'importance du travail en interdisciplinarité avec les spécialistes (pédiatre, gynécologue-obstétricien, neurologue, ...) qui se traduit par des réunions de concertation pluridisciplinaires régulières mais aussi en équipe avec d'autres professionnels (assistante sociale, psychologue (sur Nancy cette dernière intervient sur les 3 sites), secrétariat, conseiller en génétique (pas de poste créé en région mais une personne actuellement en formation effectuant son stage à Nancy)...)

- l'appartenance à un réseau extra-régional voire national avec des réunions le 3<sup>e</sup> jeudi du mois à l'hôpital Necker à Paris afin de discuter des cas les plus complexes créant ainsi des liens professionnels forts ;
- une éthique et des principes partagés : un fort attachement au service rendu au patient en termes d'information, de juste prescription, de conseil génétique, d'accompagnement en particulier lors de l'explication des résultats ... ;
- Les délais constatés sont comparables (hors oncogénétique) : 2 à 4 mois d'attente pour obtenir une consultation sauf urgence (quelques jours voire le jour même), délai pour le rendu des résultats très variable (quelques mois à un an ou plus) en fonction de la pathologie et des recherches nécessaires (parfois plusieurs examens nécessaires pour avoir confirmation des résultats) ;
- La crainte de la part des praticiens d'une possible disparition des compétences régionales d'où une volonté réaffirmée de meilleures organisation et coopération.

### 3.2.3. Plan Maladies Rares, Plan Cancer : Structuration nationale :

L'activité de génétique est de reconnaissance récente : décrets en 2000 puis 2008. Le décret de 2008 a donné à l'ARH une compétence s'agissant d'autoriser l'activité de génétique ; cependant cette évolution réglementaire paraît encore insuffisante puisque seule une partie de cette activité (biologique), et non la totalité, est soumise à ce régime.

En l'absence d'autorité de planification régionale, l'organisation existante a vu le jour au travers de plans, mesures et appels d'offres nationaux. La structuration actuelle résulte de son inscription dans le cadre de ces plans nationaux lesquels n'ont pas forcément tenu compte des besoins régionaux. Tout projet d'évolution de l'organisation régionale doit par conséquent s'intégrer et être en cohérence avec ce cadre national voire international.

Ainsi, le premier Plan Maladies Rares (2005-2008) a donc conduit à la création des Centres de référence labellisés puis des Centres de compétences. De même, le premier Plan Cancer a permis le développement de l'activité d'oncogénétique avec le renforcement des consultations et la reconnaissance de plateformes de génétique moléculaire.

Il en résulte l'organisation suivante en Lorraine :

- Un Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme au CHU de Nancy ;
- Un Centre de référence interrégional multisites des anomalies du développement et syndromes malformatifs (coordination CHU Dijon, avec 3 centres associés en Lorraine avec des consultations communes avec les consultations de génétique du CHU et de la Maternité régionale)
- Trois consultations des centres de référence suivants : des maladies neuromusculaires rares de Strasbourg (adultes), des maladies neuromusculaires rares de Strasbourg (enfants) et des angioedèmes non histaminiques ;
- Vingt-trois centres de compétences (services du CHU ou de la Maternité régionale), par exemple maladies respiratoires, rénales, vasculaires rares, surdité congénitale et génétique, spina bifida ...

Il est à noter que ces centres peuvent avoir une activité importante de génétique. Considérant qu'il s'agit avant tout de l'exercice de spécialités médicales, l'activité des consultations correspondantes n'a pas été intégrée dans l'activité de génétique (tableau précédent) sauf quand ces consultations sont confondues. Cependant, compte tenu du caractère héréditaire des maladies prises en charge, ces centres et consultations constituent un élément fondamental et incontournable dans la prise en charge des maladies rares et des maladies héréditaires et leur labellisation les place au premier plan.

Ainsi, le Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme rassemble cinq sites répartis sur l'ensemble de la région Grand Est (CHU de Nancy, Besançon, Dijon, Reims et Strasbourg) et traite plus de 300 pathologies. Le site de Nancy suivait, en 2009, plus de 900 patients enfants et adultes (dont 90% de la région Lorraine) et assurait près de 1.200 consultations avec un délai d'attente de consultation inférieur à un mois.



Le centre a élaboré le protocole national de diagnostic et de soins sur la phénylcétonurie et participe avec les autres centres du groupe de coordination des centres de maladies métaboliques (GCCMM) à la réalisation de procédures pour la prise en charge des grands groupes de maladies héréditaires du métabolisme. L'organisation inter-régionale en place permet une prise en charge du patient au plus près de son domicile ainsi que la mise en place de projets de recherche communs. Le laboratoire du service de biochimie, biologie moléculaire, nutrition, métabolisme du CHU, rattaché au centre de référence a une importante activité de génétique moléculaire et de pharmacogénétique.

Le centre de référence interrégional multisites des anomalies du développement et syndromes malformatifs fait partie d'une fédération réunissant les 8 centres de référence sous le nom de FECLAD (Fédération des Centres Labellisés « Anomalies du Développement »). La FECLAD est une structure de réflexion, de concertation et de proposition concernant l'organisation du diagnostic et de la prise en charge des patients porteurs d'anomalies du développement. Ses missions et objectifs sont l'amélioration des stratégies de diagnostic et les schémas de prise en charge sur l'ensemble du territoire. La FECLAD établit par exemple des référentiels pour les pratiques et la démarche d'évaluation, met à la disposition des usagers des Centres de Référence Anomalies du Développement un site Web dédié, a mis en place un registre français des anomalies du développement (CEMARA) ... De nombreux patients présentant une pathologie rare ne requérant pas de suivi intensif par une autre discipline sont suivis par les généticiens du Centre de Référence.

En ce qui concerne l'activité d'oncogénétique, cela a conduit à identifier :

- Une consultation d'oncogénétique bisite (CHU – CAV) ;
- Une plateforme hospitalière de génétique moléculaire des cancers (CHU - CAV coordonnée par le CHU) laquelle a une charte de fonctionnement ; et à favoriser les collaborations et le travail en réseau, comme en atteste l'adhésion des professionnels au réseau RENATEN (réseau national de prise en charge des tumeurs neuro-endocrines malignes rares sporadiques et héréditaires) et surtout les travaux régionaux ou inter-régionaux (avec l'Alsace notamment) diffusés via le site ONCOLOR (réseau de cancérologie de Lorraine) (procédures en oncogénétique ...).

### 3.3. Les laboratoires :

La partie biologique de l'activité de génétique relève des laboratoires. Le décret du 4 avril 2008 fixe les conditions de réalisation de ces examens. La procédure d'autorisation suit un double régime :

1. l'Agence de la biomédecine est compétente pour délivrer les agréments des praticiens pour la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (médecin, pharmacien titulaires du DES de biologie médicale ou d'un diplôme équivalent, ou à titre exceptionnel personnalité scientifique disposant d'une formation et d'une expérience en cytogénétique/génétique moléculaire répondant aux critères fixés par l'Agence de Biomédecine) ;
2. l'autorité administrative compétente pour délivrer les autorisations est le directeur général de l'ARS ; la décision d'autorisation est prise après avis de l'Agence de la biomédecine et de la Commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire (l'autorisation peut être délivrée aux laboratoires de biologie médicale des établissements publics de santé, laboratoires de centres de lutte contre le cancer, LABM, et laboratoires de l'EFS). Les dispositions donnant compétence à l'ARS prennent effet à compter de la publication du présent SROS. Dans l'intervalle, et à titre transitoire, l'autorité administrative compétente pour délivrer les autorisations en matière de génétique demeure (comme sous l'empire de l'ancien régime établi par le décret du 23 juin 2000) le préfet de région.

L'activité régionale est réalisée dans 6 laboratoires autorisés par 18 praticiens agréés (soit 3 à 4 par laboratoire) :

- Meurthe-et-Moselle (Nancy) :
  - Laboratoire de biochimie, biologie moléculaire, nutrition et métabolisme du CHU (activité de génétique moléculaire et de biochimie) ;
  - Laboratoire de génétique médicale du CHU (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
  - Laboratoire d'analyses de biologie médicale ATOUTBIO (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
- Moselle (Metz) :
  - Laboratoire de génétique du CHR Metz-Thionville (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
- Vosges :
  - Laboratoire d'analyses de biologie médicale ANALYSIS (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
  - Laboratoire d'analyses de biologie médicale BIOLAM (St-Dié des Vosges) (activité de génétique moléculaire).

Soit 4 laboratoires autorisés pour l'activité de cytogénétique y compris moléculaire et 6 laboratoires autorisés pour l'activité de génétique moléculaire.

La localisation géographique des laboratoires est très voisine de celle observée pour les consultations, s'agissant essentiellement des mêmes structures et des mêmes professionnels. Il est à noter que, le laboratoire du CHR Metz-Thionville a repris en fin d'année 2010 l'activité de génétique post-natale interrompue depuis 2008 en raison de l'absence de praticiens agréés sur cette période. Le laboratoire ESPACEBIO, longtemps actif sur Metz, a par ailleurs cessé son activité au même moment pour se recentrer sur l'activité d'AMP.

Des guides de bonnes pratiques existent pour les 2 catégories d'analyses et plus largement des recommandations émises par des sociétés savantes ou des agences nationales.

Par exemple :

- en cytogénétique, un guide des bonnes pratiques en cytogénétique, établi par l'Association des Cytogénéticiens de Langue Française, le Groupe Français de Cytogénétique Hématologique, le Groupe Français de Cytogénétique Oncologique ;
- en génétique moléculaire, les « arbres décisionnels » élaborés par l'Association nationale des praticiens de génétique moléculaire (ANPGM) ;
- pour l'oncogénétique, des recommandations en ligne sur le site de l'Inca ou celui d'Oncolor.

### 3.3.1. Cytogénétique :

L'activité de cytogénétique peut être résumée dans le tableau suivant (l'activité du CHR n'apparaît pas dans ce tableau en raison de sa mise en œuvre récente, cependant le tableau inclut l'activité 2010 du laboratoire ESPACEBIO) :

| Indications                        | Techniques | Nombre d'analyses | Nombre d'anomalies équilibrées | Nombre d'anomalies déséquilibrées |
|------------------------------------|------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Retard mental/malformations</b> | Caryotype  | 265               | 2                              | 19                                |
|                                    | FISH       | 125               | 4                              | 17                                |
| <b>Anomalies du développement</b>  | Caryotype  | 944               | 44                             | 31                                |
|                                    | FISH       | 119               | 14                             | 26                                |
| <b>Troubles de la reproduction</b> | Caryotype  | 288               | 6                              | 1                                 |
|                                    | FISH       | 27                | 0                              | 0                                 |
| <b>Etudes familiales</b>           | Caryotype  | 175               | 22                             | 2                                 |
|                                    | FISH       | 64                | 18                             | 7                                 |
| <b>Autres</b>                      | Caryotype  | 33                | 1                              | 1                                 |
|                                    | FISH       | 7                 | 1                              | 2                                 |
| <b>Total Lorraine</b>              | Caryotype  | 1 705             | 69                             | 53                                |
|                                    | FISH       | 342               | 37                             | 52                                |
| <b>Total France</b>                | Caryotype  | 70997             | 1 810                          | 2 330                             |
|                                    | FISH       | 13928             | 1204                           | 1 933                             |

L'étude des chromosomes (caryotype) est une méthode ancienne mais très utilisée dans les laboratoires. Elle a été complétée par une technique moléculaire, hybridation par fluorescence in situ (FISH) qui en améliore la sensibilité.

Rq : Anomalie équilibrée : réarrangement chromosomique qui n'a pas de conséquence directe sur le phénotype du porteur (pas de symptôme), mais pourra s'exprimer de manière délétère dans son projet de reproduction (risque de trouble de la fertilité, fausse couche) ou sa descendance.

Anomalie déséquilibrée : réarrangement chromosomique qui provoque des effets délétères chez les sujets porteurs.

On constate que le caryotype représente actuellement l'activité majoritaire en cytogénétique ; cet examen est coté à la NABM.

L'activité de cytogénétique inclut les analyses de cytogénétique moléculaire lesquelles ont connu une avancée fondamentale avec le développement de la technique d'Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA ou CGH array) notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle et des syndromes malformatifs. Le laboratoire de génétique médicale du CHU de Nancy est ainsi la plateforme interrégionale pour l'utilisation de puces ADN.

Son activité 2010, pour cette technique, est la suivante :

Activité globale :

- Nombre d'analyses de puces : 572 ;

Validation d'analyse par puce :

- FISH : 14
- Analyses de génétique moléculaire : 456.

Globalement, on peut dire que l'organisation de la cytogénétique fonctionne bien actuellement en région. Les laboratoires ont une activité déclarée stable avec une couverture homogène du territoire. Pour les caryotypes, il existe un besoin de proximité mais aussi une problématique de conservation de l'échantillon prélevé justifiant de rapprocher la phase pré-analyse de la phase d'analyse.

Il est à noter que la plupart des laboratoires réalisent aussi de la cytogénétique prénatale lesquels examens s'intègrent dans le cadre des volets AMP/DPN et Périnatalité.

### 3.3.2. Génétique moléculaire et oncogénétique moléculaire :

L'activité de génétique moléculaire réalisée par les laboratoires en 2010 est détaillée dans le tableau ci-dessous. On dénombre ainsi 2939 examens de génétique moléculaire (hors pharmacogénétique) pour 44 pathologies et les 13 premiers examens représentent plus de 91% des analyses (2676 analyses).

| Numéro ORPHA de la maladie | Nom de la maladie                                                       | Symbole du gène (nomenclature HGNC) | Niveau d'analyse du gène (1 ou 2) | Nombre total de cas testés | Nombre de cas index rendus | Nombre de cas index positifs rendus | Nombre de résultats de cas apparentés rendus |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| ORPHA145                   | Syndrome héréditaire de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire | <i>BRCA1/BRC A2</i>                 | 2                                 | 669                        | 592                        | 47                                  | 77 (A2)                                      |
| ORPHA908                   | Syndrome de l' X fragile                                                | <i>FMR1</i>                         | 1                                 | 319                        | 282                        | 13                                  | 35                                           |
| ORPHA139498                | Hémochromatose type 1                                                   | <i>HFE</i>                          | 1                                 | 317                        | 299                        | 48                                  | 14                                           |
| ORPHA64738                 | Thrombophilie non rare                                                  | <i>F5</i>                           | 1                                 | 236                        | 226                        | 10                                  | NSP                                          |
| ORPHA586                   | Mucoviscidose                                                           | <i>CFTR</i>                         | 1                                 | 222                        | 44                         | 1                                   | 78                                           |
| ORPHA273                   | Dystrophie myotonique de Steinert                                       | <i>DMPK</i>                         | 1                                 | 190                        | 139                        | 39                                  | 51                                           |
| ORPHA716                   | Phénylcétonurie                                                         | <i>PAH</i>                          | 2                                 | 136                        | 136                        | 133                                 | 6                                            |
| ORPHA1646                  | Délétion partielle de l'Y                                               | <i>SRY</i>                          | 1                                 | 131                        | 130                        | 2                                   | 0                                            |
| ORPHA3095                  | Syndrome de Rett atypique                                               | <i>MEF2C</i>                        | 2                                 | 125                        | 123                        | 1                                   | 2                                            |
| ORPHA778                   | Syndrome de Rett                                                        | <i>MECP2</i>                        | 2                                 | 108                        | 103                        | 12                                  | 5                                            |
| ORPHA144                   | Cancer du côlon non polyposique                                         | <i>MLH1/MSH2</i>                    | 2                                 | 92                         | 84                         | 6                                   | 8 (A2)                                       |
| ORPHA399                   | Maladie de Huntington                                                   | <i>HTT</i>                          | 1                                 | 70                         | 46                         | 21                                  | 24                                           |
| ORPHA3095                  | Syndrome de Rett variant Hanefted                                       | <i>CDKL5</i>                        | 2                                 | 61                         | 57                         | 4                                   | 4                                            |
| ORPHA739                   | Syndrome de Prader-Willi                                                |                                     | 1                                 | 33                         | 33                         | 2                                   | 0                                            |
| ORPHA332                   | Déficit congénital en facteur intrinsèque                               | <i>GIF</i>                          | 2                                 | 29                         | 29                         | 1                                   | 0                                            |
| ORPHA3095                  | Syndrome de Rett congénital                                             | <i>FOXG1</i>                        | 2                                 | 28                         | 26                         | 0                                   | 2                                            |
| ORPHA70                    | Amyotrophie spinale proximale                                           | <i>SMN1</i>                         | 1                                 | 23                         | 23                         | 4                                   | 0                                            |
| ORPHA262                   | Dystrophie musculaire de Duchenne et Becker                             | <i>DMD</i>                          | 1                                 | 22                         | 9                          | 5                                   | 13                                           |
| ORPHA72                    | Syndrome d'Angelman                                                     |                                     | 1                                 | 16                         | 16                         | 3                                   | 0                                            |
| ORPHA3451                  | Syndrome de West                                                        | <i>ARX</i>                          | 1                                 | 14                         | 13                         | 0                                   | 1                                            |
| ORPHA35858                 | Maladie de Gräsbeck-Imerslund                                           | <i>CUBN/ AMN</i>                    | 2                                 | 12                         | 12                         | 0                                   | 0                                            |
| ORPHA395                   | Homocystinurie par déficit en méthylène tétrahydrofolate réductase      | <i>MTHFR</i>                        | 1                                 | 10                         | 10                         | 0                                   | 0                                            |
| ORPHA3306                  | Duplication/inversion 15q11                                             |                                     | 1                                 | 9                          | 9                          | 0                                   | 0                                            |
| ORPHA676                   | Pancréatite chronique                                                   | <i>CFTR</i>                         | 1                                 | 9                          | 7                          | 0                                   | 0                                            |

|                |                                                                                                    |                |   |   |   |   |   |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|
| ORPHA116       | Syndrome de Beckwith-Wiedemann dû à une disomie uniparentale d'origine paternelle du chromosome 11 |                | 1 | 8 | 8 | 1 | 0 |
| ORPHA15        | Achondroplasie                                                                                     | <i>FGFR3</i>   | 1 | 8 | 8 | 2 | 0 |
| ORPHA394       | Homocystinurie par déficit en cystathionine bêta-synthase                                          | <i>CBS</i>     | 2 | 8 | 8 | 3 | 0 |
| ORPHA48        | Absence bilatérale des canaux déférents                                                            | <i>CFTR</i>    | 1 | 7 | 7 | 0 | 0 |
| ORPHA9618<br>2 | Syndrome de Silver-Russell dû à une disomie uniparentale d'origine maternelle du chromosome 7      |                | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| ORPHA2169      | Déficit en méthylcobalamine type cbl E                                                             | <i>MTRR</i>    | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| ORPHA2170      | Déficit en méthylcobalamine type cbl G                                                             | <i>MTR</i>     | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| ORPHA859       | Déficit en transcobalamine II                                                                      | <i>TCN2</i>    | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 |
|                | déficit récepteur transcobalamine                                                                  | <i>CD320</i>   | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| ORPHA7928<br>2 | Acidémie méthylmalonique - homocystinurie type cbl C                                               | <i>MMACHC</i>  | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| ORPHA232       | Drépanocytose                                                                                      | <i>HBB</i>     | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| ORPHA3115<br>0 | Maladie de Tangier                                                                                 | <i>ABCA1</i>   | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ORPHA425       | Déficit en apolipoprotéine A-I                                                                     | <i>APOA1</i>   | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ORPHA650       | Déficit en LCAT                                                                                    | <i>LCAT</i>    | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ORPHA7928<br>4 | Acidémie méthylmalonique - homocystinurie type cbl F                                               | <i>LMBRD1</i>  | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| ORPHA7931<br>0 | acidémie méthylmalonique isolée sensible à la vitamine B12, type cblA                              | <i>MMAA</i>    | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ORPHA7931<br>1 | acidémie méthylmalonique isolée sensible à la vitamine B12, type cblB                              | <i>MMAB</i>    | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ORPHA7931<br>2 | acidémie méthylmalonique isolée résistante à la vitamine B12                                       | <i>MUT</i>     | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| ORPHA9004<br>5 | malabsorption de l'acide folique héréditaire                                                       | <i>SCL46A1</i> | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| ORPHA821       | Syndrome de Sotos                                                                                  | <i>NSD1</i>    | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Au niveau national, les deux indications « Hémochromatose » et « Thrombophilie non rare » représentent à elles seules 40 % des analyses réalisées en 2010. Si ce volume est important, il ne faut pas oublier qu'en charge de travail l'analyse de gènes complexes est beaucoup plus chronophage et coûteuse que ces deux tests. Si les laboratoires ont développé entre 1 et 78 diagnostics de maladies, plus de 30 % d'entre eux ne proposent qu'un ou deux tests. Le même constat est fait en région Lorraine. En effet, les maladies génétiques sont très majoritairement rares ou très rares.

Développer des tests diagnostiques pour ces dernières peut se révéler très complexe. Aussi, les laboratoires se sont généralement spécialisés et, en France, 97 laboratoires proposent le diagnostic d'une maladie qui n'est développée dans aucun autre laboratoire ; cela représente 665 maladies qui ne sont diagnostiquées que dans un seul laboratoire français.

Les examens de génétique moléculaire se définissent ainsi en deux niveaux selon leur degré de spécialisation (cf tableau) :

- niveau 1 : examen de base (exemple, mutations fréquentes de l'hémochromatose) ;
- niveau 2 : examens spécialisés.

En fonction de ces niveaux, une liste des examens peut être établie permettant d'identifier les laboratoires :

- réalisant uniquement des examens de type 1 : Atoutbio Nancy, Analysis Epinal, Biolam St-Dié, CHR Metz ;
- réalisant les 2 types d'examens : CHU Nancy.

Les laboratoires du CHU sont les seuls à développer une expertise particulière, dans un ou plusieurs domaines et dans l'utilisation de certaines technologies, au niveau de l'inter-région (pour l'oncogénétique et les puces ADN, cf ci-dessous) mais aussi au niveau national (laboratoire de référence pour le Syndrome de Rett, pour les maladies métaboliques) et peuvent donc réaliser un examen spécialisé dans un domaine.

La génétique moléculaire s'est structurée en France depuis 10 ans en réseaux qui fonctionnent. Pour les raisons exposées ci-dessus, il est donc important de reconnaître et de maintenir l'expertise détenue par les laboratoires de la région.

Même si l'éloignement du lieu de prélèvement de du lieu de l'examen peut être facilement résolu par un système de ramassage efficace, il n'empêche que le rôle du cytogénéticien est essentiel pour la restitution et l'accompagnement des résultats.

### 3.3.3. Pharmacogénétique :

L'activité de pharmacogénétique à visée thérapeutique est réalisée dans le laboratoire de biochimie, biologie moléculaire, nutrition et métabolisme du CHU lequel détient une expertise nationale dans le domaine des maladies du métabolisme (cf analyses de génétique moléculaire).

| Numéro ORPHA de la maladie | Nom de la maladie                                                                                                  | Symbole du gène (nomenclature HGNC) | Niveau d'analyse du gène (1 ou 2) | Nombre total de cas testés |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| ORPHA240927                | Choix du dosage d'azathioprine dans le traitement de la maladie de Crhn, de la leucémie et dans la transplantation | <i>TPMT</i>                         | 1                                 | 90                         |
| ORPHA240853                | Toxicité de l'azathioprine                                                                                         | <i>TPMT</i>                         | 1                                 | 3                          |

Il est à noter que le Centre Alexis Vautrin réalise également une activité de pharmacogénétique mais ce dernier n'est pas autorisé aujourd'hui. Il devra par conséquent demander une autorisation d'activité afin de régulariser sa situation.

### 3.3.4. HLA et maladies :

Le laboratoire d'histocompatibilité du CHU de Nancy réalise de nombreuses analyses sérologiques et de génétique moléculaire : typages HLA dans le cadre HLA et maladies (hors greffe).

Cette activité n'est pas rattachée aujourd'hui de façon lisible à la génétique. L'histocompatibilité est à la frontière entre l'immuno-hématologie, l'immunologie et la génétique. Aussi, ce laboratoire n'est-il pas autorisé aujourd'hui alors qu'il réalise une activité importante. Il devra être identifié dans le cadre de l'autorisation accordée au CHU.

Le laboratoire répond correctement aux besoins régionaux. En 2010, 850 prescriptions ont été reçues pour des typages HLA dans le cadre HLA et maladies, en provenance essentiellement du CHU de Nancy (services de rhumatologie, endocrinologie, neurologie ...). Ces analyses concernent :

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| ▪ Arthrite rhumatoïde (DR4, DR1, DR10)                     | 78  |
| ▪ Arthrite chronique inflammatoire (B27, DR1, DR4, DR10)   | 92  |
| ▪ Chorioretinopathie, Birdshot (A29)                       | 17  |
| ▪ Dermatite herpétiforme (DR3)                             | 0   |
| ▪ Hypersensibilité à l'Abacavir (B*57 :01)                 | 81  |
| ▪ Lupus érythémateux disséminé (DR3)                       | 1   |
| ▪ Lymphocytose B persistante polyclonale (DR7)             | 6   |
| ▪ Maladie cœliaque (DQA1*05 DQB1*02, DQB1*03:02)           | 30  |
| ▪ Maladie de Behçet (B51)                                  | 66  |
| ▪ Maladie de Berger (DR4)                                  | 0   |
| ▪ Maladie de Crohn (DR1, DR7)                              | 5   |
| ▪ Maladie de système (DR3)                                 | 2   |
| ▪ Narcolepsie ou maladie de Gelineau (DRB1*15, DQB1*06)    | 79  |
| ▪ Psoriasis ou arthropathie du psoriasis (DR7)             | 17  |
| ▪ Spondylarthrite ankylosante ou spondylarthropathie (B27) | 255 |
| ▪ Syndrome de Sjögren (DR3)                                | 1   |
| ▪ Uvéite antérieure aigüe (B27, B51)                       | 93  |

Le laboratoire Analysis à Epinal enregistre également une activité. En 2010 :

- HLA-A : 21 cas testés et rendus
- HLA-B : 46
- HLA-DQB1 : 17
- HLA-DRB1 : 17

### 3.3.5. Analyses réalisées hors région :

Certaines analyses sont réalisées hors région, par les laboratoires de rayonnement national CERBA, BIOMNIS et PASTEUR. Ainsi, pour la région Lorraine, les laboratoires CERBA et BIOMNIS ont réalisé :

| CERBA                              |        |
|------------------------------------|--------|
| Analyse :                          | Nombre |
| Angelman :                         | 1      |
| Atrophie optique de Leder :        | 2      |
| Connexine 26 :                     | 1      |
| Connexine 30 :                     | 1      |
| Facteur II mutation :              | 666    |
| Facteur V mutation :               | 586    |
| Fièvre méditerranéenne familiale : | 5      |
| Génotypage HLA classe II :         | 36     |
| Génotypage HLA*B27 :               | 78     |
| Génotypage HLA*B5701 :             | 36     |
| Hémochromatose S65C :              | 95     |
| Hémiochromatose Cys 282 :          | 375    |
| Hémochromatose His 63 :            | 207    |
| IL 288 :                           | 1      |

| BIOMNIS |    |     |    |               |
|---------|----|-----|----|---------------|
| Analyse | 54 | 57  | 88 | Total général |
| A1BM    |    | 1   |    | 1             |
| DELY    | 5  | 4   |    | 9             |
| F2M     | 34 | 53  | 9  | 96            |
| F5L     | 57 | 132 | 8  | 197           |
| FMF     |    | 2   | 1  | 3             |
| H63D    | 6  | 25  | 13 | 44            |
| HLA1    | 39 | 27  | 5  | 71            |
| HLA2    | 9  | 227 | 9  | 245           |
| HMC     | 21 | 81  | 29 | 131           |
| MTHFR   | 2  | 7   |    | 9             |
| MUCO    | 9  | 11  | 4  | 24            |
| PCA3    | 2  |     |    | 2             |
| S65C    | 1  | 8   | 10 | 19            |
|         |    |     |    |               |



|                       |    |  |      |     |     |    |      |
|-----------------------|----|--|------|-----|-----|----|------|
| Maladie de Gilbert :  | 2  |  | CSG  | 45  | 105 | 1  | 151  |
| Micro-délétion Y :    | 17 |  | XFRA |     | 10  |    | 10   |
| MTHFR :               | 58 |  |      |     |     |    |      |
| Mucoviscidose :       | 85 |  |      | 230 | 693 | 89 | 1012 |
| Recherche SRY :       | 1  |  |      |     |     |    |      |
| Syndrome X fragile :  | 37 |  |      |     |     |    |      |
| Variant hémoglobine : | 6  |  |      |     |     |    |      |
| Willi-Prader :        | 8  |  |      |     |     |    |      |

Si pour l'essentiel, il s'agit d'analyses génétiques de niveau 1 (hémochromatose, microdélétion Y, thrombophilie ...) prescrites par des médecins pour la plupart non généticiens, le volume réalisé hors région soulève deux questions fondamentales : d'une part sur la qualité des soins, la relation existante entre clinicien et laboratoire pour le rendu des résultats est essentielle et constitue un indicateur de qualité ; d'autre part sur la démarche de planification régionale, laquelle se trouve fortement contrariée.

#### **4. Bilan et perspectives :**

##### **4.1. Synthèse du diagnostic régional :**

- Des besoins difficiles à estimer mais croissants et évolutifs (développement des connaissances : nouveaux gènes identifiés, nouvelles techniques) ;
- Couverture recommandée : 3 ETP généticiens (médecins assurant des consultations de génétique)/1 million d'habitants et 2 praticiens par site ;
- 7 consultations sur Metz, Nancy, Epinal dont 1 en oncogénétique (3,05 ETP pour 2,3 MH) + 1 consultation avancée à Remiremont ;
- 2 centres de référence maladies rares, 1 plateforme de génétique moléculaire ;
- 6 labos sur 4 sites (Metz, Nancy, Epinal) ;
- Une organisation graduée en 2 niveaux pour les consultations et les examens : génétique générale et examens de base, génétique et examens spécialisés ;
- Pb des consultations : lisibilité à améliorer, couverture territoriale mal assurée (Meuse, Moselle Nord), fragiles (souvent un seul professionnel), activité (à la fois anténatale, néonatale et postanatale), délais d'attente longs (oncogénétique notamment), lien avec secteur médico-social à développer ;
- Examens : une grande partie hors région (CERBA, BIOMNIS, Institut PASTEUR) pour des tests génétiques pourtant réalisables sur les plateformes de génétique du centre de référence de la région ;
- Rendus des résultats (parfois longs : uniquement pour les diagnostics génétiques spécialisés et complexes (oncogénétique, puces ADN, maladies rares), lien avec prescripteur à améliorer) ;
- Nouveaux métiers, nouvelles techniques : conseiller en génétique (aucun en Lorraine), CGH array, séquençage haut débit : évolutions incontournables nécessitant un soutien financier.



## Contexte et orientations :

- Perspective à 5 ans : elle doit tenir compte de l'évolution rapide des techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses (plus de gènes étudiés et d'affections explorées à composante génétique) avec les conséquences inhérentes sur le conseil génétique (nombres de consultations adossées à ces examens) en face d'une demande croissante des usagers et des professionnels. A cet égard une information claire, accessible des usagers et des professionnels sera une approche nécessaire pour aider à une prise en charge optimale ;
- Le pilotage national est activement réalisé par l'Agence de la biomédecine en lien avec le 2<sup>e</sup> Plan maladies rares 2011-2014.

**4.2. Orientations :**

Les éléments présentés dans la partie 3 sont à rapprocher des recommandations nationales :

- Selon le collège des enseignants et praticiens de génétique médicale et le conseil de l'Ordre, il a été estimé raisonnable la couverture des besoins à 3 généticiens ETP pour un million d'habitants (même estimation au Royaume-Uni). De plus, pour assurer une continuité des soins, un minimum de 2 praticiens est nécessaire par site. Il serait souhaitable de déployer les postes de conseiller en génétique (1 à 2 par généticiens). En Lorraine, (2,3 millions d'habitants), il serait ainsi nécessaire de se doter d'une organisation comptant au moins 14 professionnels représentant 6,9 ETP ;
- La Lorraine ne dispose pas de conseiller en génétique ; une personne en formation effectue actuellement son stage dans les structures régionales ;
- En ce qui concerne les consultations d'oncogénétique, le rapport annuel de l'INCA indique que la Lorraine est l'une des régions les plus en retard avec 36,3 consultations pour 100.000 habitants en 2009 (la recommandation étant d'atteindre le seuil minimum de 40 consultations/100.000 habitants sachant que le ratio maximum constaté était de 96,9) avec peu de consultations délocalisées et un délai d'obtention du 1<sup>er</sup> rendez-vous très long (médiane moyenne : 6,4 semaines ; moyenne : 15 semaines). Par ailleurs, l'étude de 2008 sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 années à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique souligne qu'on peut s'attendre à une augmentation importante des besoins en matière de consultations d'oncogénétique et de tests dans les prédispositions majeures au cancer, du sein et de l'ovaire (mutations BRCA1/2) avec une augmentation d'un facteur proche de 2, et, dans les prédispositions des cancers colorectaux, d'un facteur supérieur à 3.

La situation présentée précédemment (cf partie 3.2) illustre également la fragilité des consultations de génétique : elles reposent souvent sur un seul professionnel aussi leur pérennité est-elle menacée. Le recrutement de nouveaux professionnels formés en génétique est souhaitable afin de renforcer le dispositif existant, en particulier en oncogénétique, comme le révèlent les chiffres (nombre de consultation, délais d'attente), mais aussi pour pouvoir assurer la continuité des soins et le développement de consultations délocalisées dans les zones qui en sont actuellement dépourvues (notamment en Meuse et en Moselle-Nord).

Compte tenu de la pénurie médicale, il conviendrait dans un premier temps d'optimiser l'organisation actuelle. Le recrutement d'un conseiller en génétique pourrait être envisagé à court terme, comme cela s'est fait dans d'autres régions, afin de préparer en amont le travail du généticien. Son utilité est certaine. Ce nouveau métier, dont l'exercice est réglementé, requiert l'obtention du Master 2 de Pathologie humaine, Spécialité conseil en génétique et médecine prédictive. Ce conseiller pourrait assister plusieurs cliniciens et ce dans plusieurs domaines (DPN, post-natal, oncogénétique).

Dans le cadre de la réflexion sur l'organisation à mettre en place, il appartient en premier lieu aux cliniciens actuels de formaliser leurs modalités de fonctionnement en adoptant un document partagé, charte, cahier des charges, règles de bonnes pratiques ... sans attendre l'arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition de l'Agence de la biomédecine et de la Haute Autorité de santé, définissant les règles de bonnes pratiques applicables à la prescription et la réalisation de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales prévu par l'article L. 1131-2 CSP. Ce document pourrait s'inspirer des travaux d'instances telles que la Haute Autorité en Santé ou encore la Fédération Française de Génétique Humaine.

L'un des premiers principes de fonctionnement serait la définition de la consultation de génétique et de ses niveaux :

- niveau 1 : génétique « généraliste », 1er accès et orientation spécialisée éventuelle ;
- niveau 2 : génétique « spécialisée » (syndromologie, oncogénétique, neurogénétique, cardiogénétique ...) ;

Les médecins consultant en génétique spécialisés dans un domaine conserveraient, en outre, une activité « généraliste » dans les consultations régulières.

Cette organisation doit s'intégrer dans un cadre plus vaste et tenir compte de la structuration nationale laquelle se met en place depuis 5 à 7 ans sous l'impulsion des plans Maladies Rare et Cancer. Ces plans ont conduit au développement de la discipline Génétique par la reconnaissance et le soutien de plusieurs structures de référence lesquelles ont répondu en premier lieu à une volonté de maillage (ou de planification) nationale. Du fait de l'expertise détenue, ces centres apparaissent également comme centres de recours pour certaines pathologies.

La réflexion sur l'organisation régionale doit s'appuyer sur les structures reconnues et envisager une réponse adaptée aux questions du maillage territorial (une limite raisonnable de 50 kms ou de 15-20 mn pourrait être fixée) et du délai d'attente (3-4 mois maximum par exemple) pour accéder à une consultation de génétique en permettant l'accès au plus grand nombre selon des modalités correspondant aux caractéristiques régionales (consultations décentralisées par exemple). Cette organisation implique une forte coordination et des liens resserrés entre les structures.

Elle pourrait prendre la forme d'un centre génétique fédérateur au sein de la région. Ce centre de génétique doit pouvoir offrir :

- une continuité de la prise en charge avec les deux niveaux de consultation (niveau 1 – niveau 2) ;
- une offre de soins large et lisible (ciblant le fœtus jusqu'à l'adulte) ;
- la présence au minimum de deux ETP généticiens pour assurer la continuité des soins ;
- une optimisation de l'accès en distance et en temps ;
- une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux, c'est-à-dire regroupant médecins généticiens, conseillers en génétique, psychologues et travailleurs sociaux ;
- des liens organisés avec les consultations dites avancées (convention inter-établissements entre le centre et le site de la consultation avancée) ;
- Une coopération multi-sites pour des complémentarités et des collaborations efficaces afin de disposer d'une offre complète au niveau de la région ou de l'inter-région avec un maillage géographique suffisant ;
- Le centre de génétique se conçoit donc à l'échelon régional (CHU) appuyé sur les plateaux médico-techniques (cytogénétique et biologie moléculaire).

Le regroupement des compétences régionales au sein d'un centre régional multi-sites exige de formaliser cette coopération entre les structures hospitalières (CHU, CAV, Maternité régionale et CHR) et de définir les missions et les conditions de fonctionnement dans un cahier des charges précis. La démarche d'auto-évaluation des centres de référence pourra également être utilement transposée.

#### 4.3. Objectifs :

- Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région ;
- Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique ;
- Améliorer l'accès de la population à des consultations de génétique de qualité ;
- Améliorer l'acheminement des prélèvements (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité ;
- Améliorer l'information concernant l'offre de génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers ;

**Annexes :****Maladies rares :**

Une cinquantaine de maladies rares touchent chacune quelques milliers de personnes en France, alors que 500 autres n'en atteignent que quelques centaines, et des milliers d'autres ne touchent que quelques dizaines de personnes.

A titre d'exemple, pour les maladies rares fréquentes, on dénombre en France :

- 14.000 malades atteints de drépanocytose ;
- 8.500 malades atteints de sclérose latérale amyotrophique ;
- 6.000 malades atteints de mucoviscidose ;
- 6.000 malades atteints de myopathie de Duchenne ;
- 5.400 malades atteints d'hémophilie ;
- 400 à 500 malades atteints de leucodystrophie.

A l'opposé, on peut citer la progeria ou la dermatose bulleuse : moins de 1 malade pour 1 million d'individus.

Près de 65 % des maladies rares sont graves et invalidantes. Elles sont caractérisées par :

- un début précoce dans la vie, deux fois sur trois, avant l'âge de 2 ans ;
- des douleurs chroniques chez un malade sur cinq ;
- la survenue d'un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans la moitié des cas, à l'origine d'une incapacité réduisant l'autonomie dans un cas sur trois ;
- la mise en jeu du pronostic vital dans presque la moitié des cas.

Pour plus d'informations, cf site Orphanet.

**Pharmacogénétique :**

*Source : bulletin de l'Académie nationale de médecine, France*

Les polymorphismes génétiques expliquent une partie des accidents médicamenteux parce que certains variants alléliques de gènes codant pour des enzymes, des cibles ou des transporteurs intervenant dans le métabolisme des médicaments sont associés à des gains ou des pertes de fonction. Le métabolisme des médicaments a lieu essentiellement dans le foie et est sous le contrôle des enzymes de phase I, incluant de nombreuses isoformes du cytochrome P450, qui rendent les molécules plus polaires par hydroxylation, et des enzymes de phase II qui catalysent des réactions de conjugaison. Les cytochromes P450 assurent 80 % des réactions d'oxydation du fait de leur faible spécificité vis-à-vis de leurs substrats. Les polymorphismes les plus étudiés sont ceux des isoformes CYP2D6 et CYP2C9 parce qu'ils concernent un grand nombre de médicaments et affectent des fractions importantes de la population. A titre d'exemple, plusieurs variants du CYP2C9 réduisent l'activité de l'enzyme, ce qui entraîne chez ceux qui en sont porteurs des surdosages, comme c'est le cas pour les anti-vitamines K. La thiopurine méthyl transférase et la UDP-glucuronyl transférase sont des enzymes de phase II qui conjuguent, respectivement, les métabolites de la 6-mercaptopurine avec un radical méthyl et les métabolites d'un anti-cancéreux, l'irinotécan, avec un radical glucuronyl. Des mutations des gènes de ces enzymes produisent une inhibition et un surdosage en métabolites actifs avec risque d'aplasie médullaire. Les effets des anti-vitamines K dépendent aussi du polymorphisme de la vitamine K époxyde réductase qui est l'enzyme cible de cette vitamine. Dans le cas du méthotrexate, un antagoniste de l'acide folique, une mutation du gène de la méthylène tétrahydrofolate réductase diminue le pool de folates et accroît ainsi les effets du médicament. Dans d'autres cas, comme pour l'aspirine, on constate une résistance à la molécule parce que des polymorphismes stimulant les autres voies d'agrégation des plaquettes effacent l'effet anti-agrégant de l'aspirine.

Le génotypage doit être validé par le phénotypage qui étudie chez un malade la vitesse de transformation d'un médicament en ses métabolites et permet de vérifier si l'augmentation (métaboliseur rapide) ou la diminution (métaboliseur lent) de cette vitesse est associée à un variant allélique particulier. Il convient de mettre à part les mutations somatiques observées dans les tumeurs malignes qui modifient aussi la réponse aux médicaments. Leur analyse qui fournit une véritable carte d'identité de la tumeur, permet d'affiner les indications thérapeutiques. L'Académie nationale de médecine recommande essentiellement : - de développer les analyses du génome pour tout médicament à effets secondaires graves si les polymorphismes en cause affectent une fraction importante de la population ; - de constituer des banques d'ADN chez les sujets participant aux essais thérapeutiques afin de rapporter d'éventuels effets secondaires à un polymorphisme donné ; - de développer dans les hôpitaux les centres de ressources biologiques où sont stockés et analysés les prélèvements tissulaires.

### **Oncogénétique :**

Le modèle de Knudson : pour un cancer sporadique les événements amenant les mutations sont d'origine environnementale au sens large (facteurs de la reproduction, environnement) ; pour les cancers génétiquement transmis, il existe une mutation constitutionnelle et le cancer survient du fait de l'ajout de mutations environnementales. Dans le cas de prédisposition génétique, les cancers surviennent à un âge jeune.

Les cancers héréditaires les plus fréquents sont ceux du sein et/ou ovaire et du côlon. Mais d'autres cancers héréditaires sont connus (néoplasie endocrinienne multiple de type 1 (gène MEN 1) ; néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (gène RET) ; Von Hippel-Lindau (gène VHL) ; mélanome malin familial (gène CDKN2A, plus rarement CDK4) ; rétinoblastome héréditaire (gène Rb) ; neurofibromatose de type 1 (gène NF1) ; neurofibromatose de type 2 (gène NF2) ; sclérose tubéreuse de Bourneville (gènes TSC1 et TSC2), Li-Fraumeni (gène TP53) ; Tumeur de Wilms (gène WT1) ; polypose adénomateuse familiale et Syndrome de Gardner (gène APC)...

Cancer du sein et/ou de l'ovaire : la prévalence au cours de la vie du cancer du sein chez la femme est de 1 sur 8. Si la majorité des cancers du sein sont sporadiques, 5 à 10 % sont dus à une prédisposition héréditaire. Le cancer de l'ovaire est le 4ème cancer le plus fréquent chez la femme ; 5 à 10 % des cancers de l'ovaire sont dus à des facteurs héréditaires. Pour ces 2 cancers, l'anomalie la plus fréquente est une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2, gènes suppresseurs de tumeurs. La transmission est autosomique dominante et concernent des cancers du sein, de l'ovaire et plus rarement des cancers de la prostate. La pénétrance est variable. BRCA2 est impliqué dans le cancer du sein chez l'homme et dans le cancer de la prostate.

Cancer du colon : le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent en France. Plusieurs syndromes de prédisposition au cancer du côlon ont été identifiés, dont les plus connus sont les polyposes. Une autre forme de cancer colorectal héréditaire mais non associé à une polypose a été décrite sous le nom de maladie de Lynch ou syndrome HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) qui implique les gènes MLH1 et MSH2 pour la plupart. L'anomalie touche les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs survenant lors de la duplication de l'ADN, au moment de la division cellulaire. La fréquence de la maladie de Lynch est estimée à 3 % des patients atteints de cancer colorectal de moins de 60 ans.

L'instabilité des microsatellites (MSI) se caractérise par la variation anormale du nombre de séquences répétées dans l'ADN tumoral comparé à l'ADN du même patient provenant de tissu sain. L'instabilité des microsatellites a d'abord été décrite dans un cancer héréditaire du côlon, le syndrome de Lynch où elle est présente dans 95 % des cas. Elle est aussi présente dans environ 15 % des cancers du côlon non héréditaires (ou sporadiques). La recherche de MSI est effectuée par PCR de cinq marqueurs microsatellites répartis dans le génome des cellules tumorales. Associée à des critères cliniques, la présence de MSI oriente vers le syndrome HNPCC qui sera confirmé par la caractérisation des mutations dans les gènes MMR (mismatch repair). Si le syndrome HNPCC est confirmé, un conseil génétique, une enquête familiale voire des mesures prophylactiques sont entreprises. Dans les cancers sporadiques, la présence de

MSI est liée aux modifications épigénétiques du promoteur du gène codant pour hMLH1, gène de la famille MMR. La présence de MSI est corrélée à une meilleure survie et permettrait d'adapter les traitements adjuvants.

Autres gènes : la mutation MYH (rare) peut être recherchée dans les cancers du côlon et dans la polyposé Dans les formes héréditaires de Cancer Gastrique Diffus Héréditaire (CGDH), la mutation germinale recherchée est celle du gène Ecadherine (CDH1). Le syndrome de Li-Fraumeni se transmet sur un mode autosomique dominant. Les cancers impliqués sont : tissus mous, seins, os, peau, côlon, pancréas, surrénales, cerveau, leucémie. L'anomalie est la mutation de P53. La polyposé adénomateuse se transmet sur un mode autosomique dominant, elle implique une mutation du gène APC. La maladie de Von Hippel-Lindau est une phacomatose ou hamartomatose dont la manifestation caractéristique est la présence d'hémangioblastome du cervelet, de la moelle épinière ou d'angiome de la rétine. Le gène impliqué est un gène suppresseur de tumeurs.

Pour plus d'informations, cf sites Internet de l'INCa ou d'Oncolor.

### **Consultation : information, consentement, accord des familles :**

Dans tous les cas, conformément à la réglementation, il doit s'agir d'une démarche volontaire et le consentement libre et éclairé pour toute analyse de génétique doit être recueilli par écrit (article 16-10 du Code civil et article L.1131-1 du Code de la santé publique). Le fait de pratiquer de tels examens sans recueillir le consentement est un délit. L'article 16-10 du code civil, complété par la loi du 6 août 2004, précise également que le consentement écrit et préalable doit mentionner la finalité de l'examen et qu'il est révocable à tout moment.

Lorsque la personne concernée est un mineur, le consentement est donné par les titulaires de l'autorité parentale (article R.1131-4 du CSP). Cependant, l'angoisse de tels tests et l'impact familial et social qui en découle rend cette décision extrêmement difficile laquelle demande de plus un accompagnement médical et psychologique soutenu. Ainsi, les professionnels ont fréquemment été confrontés à des situations de refus.

La loi de bioéthique, dans sa révision du 7 juillet 2011, a précisé les modalités d'information des familles en posant l'obligation pour la personne, ou le médecin prescripteur « d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés ... dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent leur être proposées » (Art. L. 1131-1-2 CSP).

La remise des résultats, même s'ils sont négatifs (c'est-à-dire la personne n'a pas de mutation détectée), doit également se faire dans le cadre d'une consultation médicale individuelle : le compte-rendu des analyses commenté et signé par un praticien agréé est adressé au médecin prescripteur à qui il revient de communiquer ces résultats à la personne concernée (ou aux titulaires de l'autorité parentale ou au représentant légal du majeur sous tutelle). La personne concernée peut refuser que les résultats lui soient communiqués. Dans ce cas, le refus doit être consigné par écrit dans le dossier. Les résultats sont conservés pendant 30 ans. Cette procédure justifie les relations qui doivent exister entre le prescripteur et le laboratoire, dans l'intérêt du patient.

### **Historique de la structuration de l'activité de génétique, Plans Maladies rares, Cancer :**

L'activité de génétique est de reconnaissance récente : le décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales a ainsi inscrit cette discipline dans le code de la santé publique en créant le titre VI intitulé : « Médecine prédictive, identification génétique et recherche génétique » et au sein de ce titre un chapitre Ier intitulé : « Examen des caractéristiques génétiques d'une personne et identification par empreintes génétiques à des fins médicales ».



Cependant les évolutions réglementaires n'ont pas ou peu concerné les conditions d'activité des consultations. Alors que pour l'activité clinico-biologique d'assistance médicale à la procréation, les activités cliniques et biologiques sont soumises toutes deux aux conditions d'autorisation visées à l'article L. 6121-1 CSP, dans le cas de l'activité de génétique, seule l'activité biologique, c'est-à-dire la réalisation des examens par les laboratoires est soumise à ce régime. Le décret de 2008 a donné à l'ARH une compétence s'agissant d'autoriser l'activité de génétique cependant cette évolution réglementaire paraît encore insuffisante puisque seule une partie de cette activité, et non la totalité, est soumise à ce régime.

En l'absence d'autorité de planification régionale, l'organisation existante a vu le jour au travers de plans, mesures et appels d'offres nationaux. La structuration actuelle résulte de son inscription dans le cadre de ces plans nationaux lesquels n'ont pas forcément tenu compte des besoins régionaux. Tout projet d'évolution de l'organisation régionale doit par conséquent s'intégrer et être en cohérence avec ce cadre national voire international.

Dans les cinq ans qui ont suivis le décret de 2000, un certain nombre de mesures ont été prises : en 2001, la création de la Plateforme maladies rares regroupant initialement Eurordis, Orphanet, Allo-Gènes et l'Alliance Maladies Rares, la publication du rapport de Bernard Barataud au Conseil économique et social « 5000 maladies rares, le choc de la génétique » ; en 2004, l'inscription des maladies rares comme une des cinq priorités pluriannuelles de santé publique dans la loi d'août 2004, le lancement du premier Plan national maladies rares ; en 2005, l'adoption de la loi du 11 février sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui prévoit des dispositions spécifiques pour les personnes concernées par des maladies ou handicaps rares et la labellisation de nouveaux centres de références maladies rares.

Un des objectifs du premier Plan Maladies Rares (2005-2008 ; axe 6) était « d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de prise en charge » des patients atteints de maladies rares. A cette fin, un dispositif a été mis en place afin de structurer l'organisation de l'offre de soin et la prise en charge pour les maladies rares et d'améliorer la lisibilité pour les patients, les différents acteurs et les structures impliqués dans cette prise en charge. Ce dispositif a donc conduit à la création de :

- Centres de référence labellisés dans un premier temps, puis de
- Centres de compétences

Les Centres de Référence sont des structures d'excellence scientifique et clinique pour les maladies rares : Implanté au niveau national (ou plus rarement interrégional), chaque centre est composé d'équipes pluridisciplinaires hospitalo-universitaires hautement spécialisées dans une ou un groupe de maladies rares donné.

Leur labellisation prévue par les circulaires du 27 mai 2004 et du 9 mars 2005 relatives à l'appel à projet auprès des centres hospitaliers universitaires en vue de l'obtention du label de « centre de référence pour la prise en charge de maladies rares » ou de « centre de référence pour une maladie ou un groupe de maladies rares » reposait sur une expertise indépendante et un cahier des charges très précis. Les centres ont fait l'objet d'une évaluation au bout de 5 ans destinée à reconduire ou non leur labellisation et aussi à redéfinir leur périmètre d'action. A ce jour, il existe 132 Centre de Référence labellisés pour les maladies rares.

Ils sont financés à hauteur de 40 Millions d'euros dans le cadre d'une Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Leurs rôles tels que définis dans ces deux circulaires sont les suivants :

- D'expertise pour une maladie ou un groupe de maladie pour lesquels ils a développé une filière de soin ou des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine
- De recours, qui lui permet, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre d'équipes spécialistes dans le domaine, d'exercer une attraction au-delà du bassin de santé de son site d'implantation.

et leurs missions :

- Assurer au malade (et ses proches) une prise en charge globale et cohérente :

- Améliorer la prise en charge de proximité en lien avec les établissements et professionnels de santé ;
- Participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares ;
- Développer les outils de la coordination entre les différentes structures et acteurs prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies ;
- Apporter aux autorités administratives les connaissances essentielles pour évaluer et piloter la politique sanitaire dans le domaine des maladies rares et être l'interlocuteur des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade (et de sa famille).

Les centres de Référence n'ont pas vocation à prendre en charge tout les malades atteints de maladies rares. A ce niveau, leur action vise à organiser un maillage progressif du territoire avec des structures déjà existantes, désignées sous le nom de Centres de Compétences.

La circulaire du 13 avril 2007 relative à la structuration de la filière de soins pour les patients atteints d'une maladie rare et créant les centres de compétences, formalise la création des Centres de Compétences. Il s'agit de la deuxième étape du maillage territorial dans la prise en charge des maladies rares. Ces centres sont identifiés par les Centres de Référence et désignés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Ils travaillent en collaboration avec les Centres de Référence auxquels ils sont rattachés. Il s'agit de filières de soins spécialisées, implantées au niveau régional voir interrégional.

Les objectifs des Centres de Compétences sont les suivants :

- Améliorer l'accès au diagnostic et la qualité de prise en charge des maladies rares ;
- Assurer la prise en charge des patients atteints de maladie rare proximité de leur domicile ;
- Participer à l'ensemble des missions des Centres de Référence ;
- Etablir les diagnostics des maladies rares, mettre en œuvre la thérapeutique quand elle existe, organiser la prise en charge du patient en lien étroit avec les Centre de Référence labellisés et les acteurs et structures médico-sociales à proximité

S'agissant de l'oncogénétique, une des mesures du premier plan cancer était le développement de l'oncogénétique. Cette activité d'oncogénétique a pris un véritable essor à partir de 2002 grâce aux soutiens financiers apportés par le biais de quatre appels à projets successifs lancés entre 2003 et 2007 pour renforcer et structurer l'activité (cf la circulaire du 23 juin 2003 relative au renforcement des consultations d'oncogénétique dans les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier et la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans le cadre de cette montée en charge, en insistant sur la nécessité d'une part de favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque (action 14.3) et d'autre part de suivre les personnes à risque génétique (action 23.3). Ainsi, il existe aujourd'hui 107 sites de consultations d'oncogénétique répartis dans 72 villes et 25 laboratoires recevant des financements DGOS/INCa. Par ailleurs, 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire réparties sur l'ensemble du territoire ont été retenues et financées après deux appels à projets nationaux.

La coordination nationale exercée par l'INCa, créé en 2005, a favorisé cette structuration et permis la réalisation d'études nationales (par exemple sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 années à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique) et surtout la diffusion de recommandations (par exemple sur la prise en charge des personnes porteuses d'une mutation génétique : BRCA1/BRCA2, du gène MMR dans le syndrome de Lynch, sur les mesures de prévention : en matière de chirurgie prophylactique des cancers avec prédispositions génétiques ...).



**Nouveaux métiers – Nouvelles techniques :*****Conseiller en génétique :***

Le conseiller en génétique travaille en binôme avec un médecin dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive : conseil génétique, évaluation et gestion du risque, réalisation d'arbres généalogiques, contact et information des familles, approche psychologique et sociale. Le conseiller génétique est chargé « de traduire » les données complexes de la génétique médicale en informations utiles au patient pour le conseil génétique. Il aide à la décision autonome et éclairée. Il accompagne dans le parcours de soin, il est un lien entre le généticien et les autres médecins.

**Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA) :**

L'Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA, CGH array) est une technique validée pour laquelle il existe de très nombreuses publications internationales montrant son intérêt en particulier dans le cadre de l'exploration des patients présentant une déficience intellectuelle avec ou sans syndrome malformatif. Le nombre d'anomalies chromosomiques (CNV ou Copy Number Variant) considérées comme responsables du phénotype est d'environ 10 % et pour certains auteurs de l'ordre de 15-20 %.

L'intérêt de cette technique pour l'amélioration de la prise en charge des patients a été pris en compte dans le cadre des circulaires n° 35 du 22 janvier 2007 et circulaire n° 455 du 31 décembre 2007 lesquelles ont permis un transfert de la technique en diagnostic et la réunion des professionnels impliqués au sein d'un réseau national dénommé réseau ACPA (avec discussions autour de problèmes techniques, de validation de plateforme, rédaction d'un guide des bonnes pratiques, nombreuses publications des membres du réseau sur l'ACPA ...). En 2009, 6600 ACPA ont été réalisées au niveau national, ayant permis de mettre en évidence près de 20 % de CNV pathogènes. Le bénéfice pour les patients en terme de diagnostic, d'amélioration de la prise en charge et de conseil génétique est majeur de par l'amélioration du taux d'anomalies déséquilibrées identifiées. Il s'agit ainsi d'une avancée fondamentale en terme de diagnostic cytogénétique.

Les problèmes éthiques et d'informations aux patients ou leur famille ont été pris en compte, avec une réflexion du réseau et la création d'une plaquette d'information destinée aux patients et aux familles est en cours de validation au niveau national.

L'interprétation des CNV s'améliore grâce aux bases de données internationales. Le projet de mise en place, grâce au réseau ACPA, d'un système de partage des données anonymes au niveau national concernant ces CNV permettra un affinement progressif des corrélations génotype-phénotype et souligne l'importance accordées à cette problématique de l'interprétation des résultats. Toutefois, cette question est une situation « classique » à laquelle nombre de généticiens sont déjà confrontés et leur expérience professionnelle éprouvée est celle de la prudence avec la décision de la non utilisation de ces résultats dans le conseil génétique.

Concernant le remplacement du caryotype par l'ACPA, la question est posée. Ce point demande encore réflexion, mais dans le domaine de la déficience intellectuelle et des syndromes malformatifs, plusieurs publications montrent qu'il est médicalement plus efficient de substituer le caryotype par l'ACPA comme examen de première intention.

Le transfert de cette technique en diagnostic prénatal doit également être envisagé avec précaution et plusieurs projets de recherche clinique ont été déposés au niveau national.

La question actuelle n'est donc plus de savoir si la technique d'ACPA est validée sur un plan scientifique et médical, mais plutôt de bien définir sa place au sein des différents parcours de soins, d'organiser sa diffusion dans les laboratoires de génétique Hospitalo-Universitaires et de se donner les moyens de répondre à l'ensemble des demandes dont le nombre est 2 à 3 fois supérieur à la capacité de production actuelle.

Pour plus d'information, cf le site de l'Association des Cytogénéticiens de Langue Française.

### Séquençage à haut débit et diagnostic moléculaire des maladies génétiques rares :

Le diagnostic des maladies monogéniques rares repose, à ce jour, sur l'analyse de la séquence du gène en cause (séquençage selon la technique classique de SANGER et la recherche de réarrangements exoniques par des techniques moléculaires quantitatives). Il existe toutefois des écueils. Ainsi, pour une même affection génétique, plusieurs gènes différents sont responsables : à titre d'exemples, pour les prédispositions génétiques au cancer du sein au moins 2 gènes majeurs, BRCA1 et BRCA2, et pour les causes de déficiences intellectuelles, plus de 100 gènes... Les attitudes diagnostiques nécessitent alors une approche dite « en cascade » pour l'analyse des gènes, et parfois le nombre de gènes étant trop important, l'étude exhaustive ne peut être entreprise (exemple des déficiences intellectuelles).

Pourtant un diagnostic moléculaire précis est primordial pour une prise en charge adaptée : il évite des errances diagnostiques longues, toujours très coûteuses ; il conduit vers une meilleure appréciation du profil évolutif de la maladie, et un conseil génétique adapté en terme de risque pour les apparentés. Il autorise, selon les affections et le vécu familial, la mise en place d'un choix dans le contexte d'un projet parental avec la proposition d'un diagnostic prénatal (DPN), d'un diagnostic préimplantatoire (DPI), et les propositions alternatives de don de gamètes ou d'adoption.

Les techniques de séquençage à haut débit (NGS ou Next Generation Sequencing) ont fait des avancées telles qu'il est envisageable de les appliquer au diagnostic des maladies génétiques. A l'opposé des techniques conventionnelles pour lesquelles environ 100.000 nucléotides peuvent être analysés en un séquençage, la technique NGS peut explorer 900 millions de nucléotides en une analyse soit 9.000 fois plus. Ce gain technologique autorise maintenant le séquençage très rapide d'une partie importante du génome (analyse ciblée sur tous les gènes responsables d'une même maladie), voire de tous les gènes d'un individu dans leurs régions codantes. Ces approches ont fait la preuve de leur efficacité dans le domaine de la recherche et les résultats obtenus favorisent dès lors le transfert technologique dans le domaine diagnostic hospitalier.

Les enjeux portent sur :

- Le coût du diagnostic moléculaire par patient et par pathologie en soulignant que si le séquençage conventionnel est peu coûteux en termes de réactif en revanche il l'est particulièrement en terme de temps technicien. La technologie NGS offre une capacité très importante d'analyse en un temps réduit. Compte tenu de l'évolution de l'offre le coût des réactifs va décroître progressivement ;
- Le délai de rendu des résultats : certaines analyses génétiques conduisent à des délais de rendu d'une année. Par ailleurs la stratégie d'analyse « en cascade » (compréhensible avec les moyens actuels) contribue aussi à rallonger le délai de rendu ;
- l'efficacité du diagnostic s'agissant de l'identification des mutations ;
- l'utilisation de cette approche innovante au diagnostic prénatal non invasif : il a été démontré que l'analyse de fragments courts reproduite un grand nombre de fois, contribue au séquençage de fragments d'ADN fœtal circulant dans le sang maternel des femmes enceintes (diagnostic non invasif de la trisomie 21) ;
- et bien évidemment la réflexion sur les aspects éthiques pouvant découler de l'approche séquençage génome entier.

Les séquenceurs de nouvelles générations sont encore peu ou pas implantés dans les CHU. Une telle acquisition doit être favorisée au sein des plateformes de biologie des CHU, tout particulièrement dans le contexte de Centres de référence et du plan Maladies Rares 2. Dans de tels sites hospitalo-universitaires peuvent être réunis les personnels médicaux, scientifiques et bioinformatiques indispensables à la réalisation et à l'interprétation des données issues de ce séquençage haut débit. Ces sites travaillant déjà en réseau peuvent ainsi partager leurs expériences et les données génomiques enrichissant les corrélations génotype-phénotype. Les laboratoires étrangers (Europe et USA) prennent d'ores et déjà ce cap de l'analyse exhaustive des gènes compte tenu des enjeux majeurs en terme de développement et de pistes thérapeutiques, et de façon plus actuelle de l'attente des patients pour une prise en charge optimale et adaptée de leur affection et du conseil génétique à donner pour leur famille.

## PERINATALITE

**Cf. annexes Thématiques Transversales « Périnatalité – santé de l'enfant et de l'adolescent.**

## EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

### Textes réglementaires :

Articles L6122-1 et R6122-26 du CSP relatifs aux équipements matériels lourds (dont scanner, IRM, gammacaméras et TEP scan)

Décret du 18 mai 2010 et instruction du 27 avril 2011 (programme régional de gestion du risque).

### Méthodologie d'élaboration du volet :

Les travaux du volet imagerie se sont effectués en lien avec un groupe expert constitué de :

Représentants des fédérations, des ordres, de l'URPS Médecins et représentants des 4 composantes de l'instance régionale du G4 (radiologues)

Le groupe expert a été réuni à 3 reprises les 26 avril, 14 juin et 4 novembre 2011.

### Bilan du SROS III :

Le bilan de l'implantation des équipements en Lorraine retrouve en 2011 :

- 26 IRM dont 24 appareils installés et 2 non installés
- 34 scanners dont 32 installés et 2 non installés
- 4 TEP installés
- 18 gamma-caméras installées



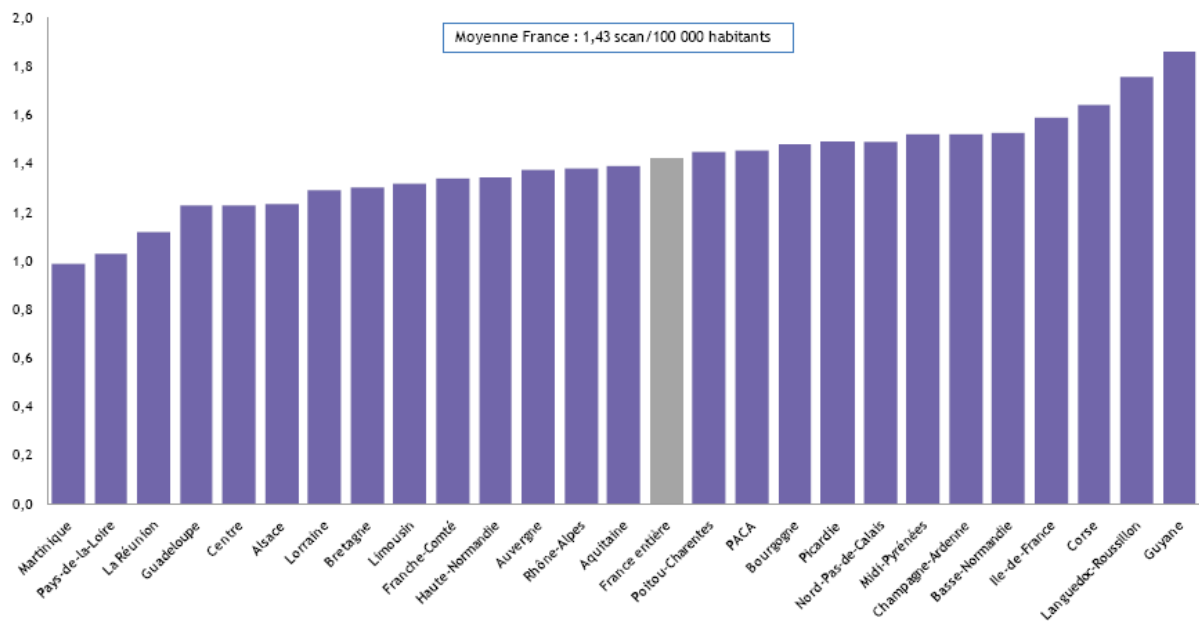
Une solution régionale de transfert d'images dénommée T Lor, a été retenue dès 2009 par les professionnels lorrains, et permet un maillage complet au niveau de tous les établissements du territoire. Testée pendant plus d'un an, elle est utilisée dans le cadre d'astreintes mutualisées et de renfort d'astreintes sur plusieurs établissements depuis avril 2010.

Près de 1800 actes de téléradiologie en permanence des soins ont été réalisés depuis avril 2010 et près de 250 actes sont réalisés par mois depuis avril 2011.

### Taux d'équipements lorrains en scanner, IRM et TEP scan (données 2009)

Scanner : moyenne nationale : 1,43/100 000 ha

Figure 71 Nombre de scanners pour 100 000 habitants en 2009 par région

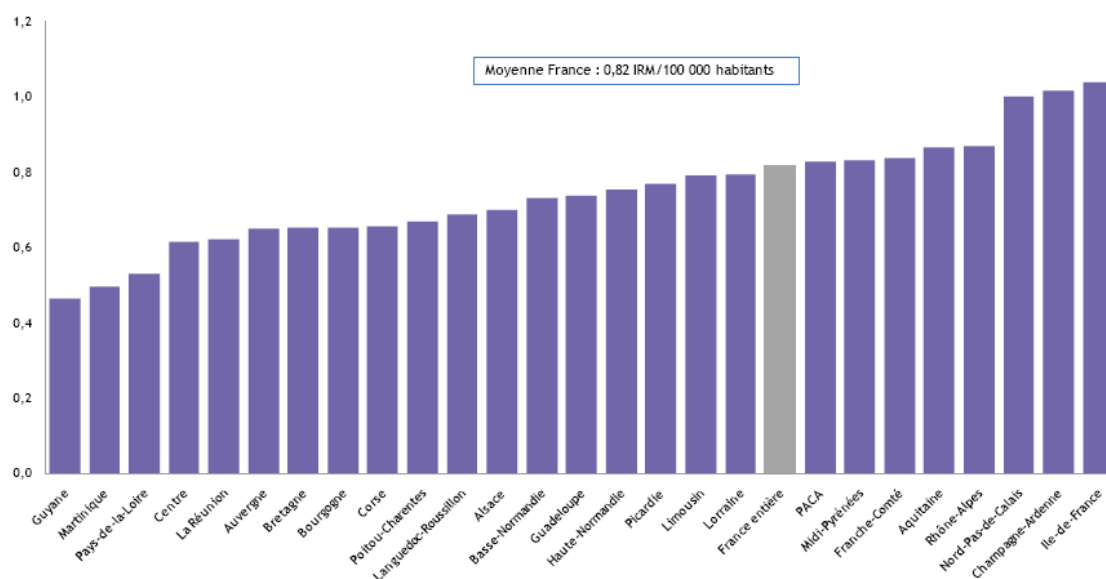


Source : DGOS / INSEE

Traitement : INCa 2010

IRM : moyenne nationale : 0,82/100 000ha

**Figure 70** Nombre d'appareils d'IRM pour 100 000 habitants en 2009 par région



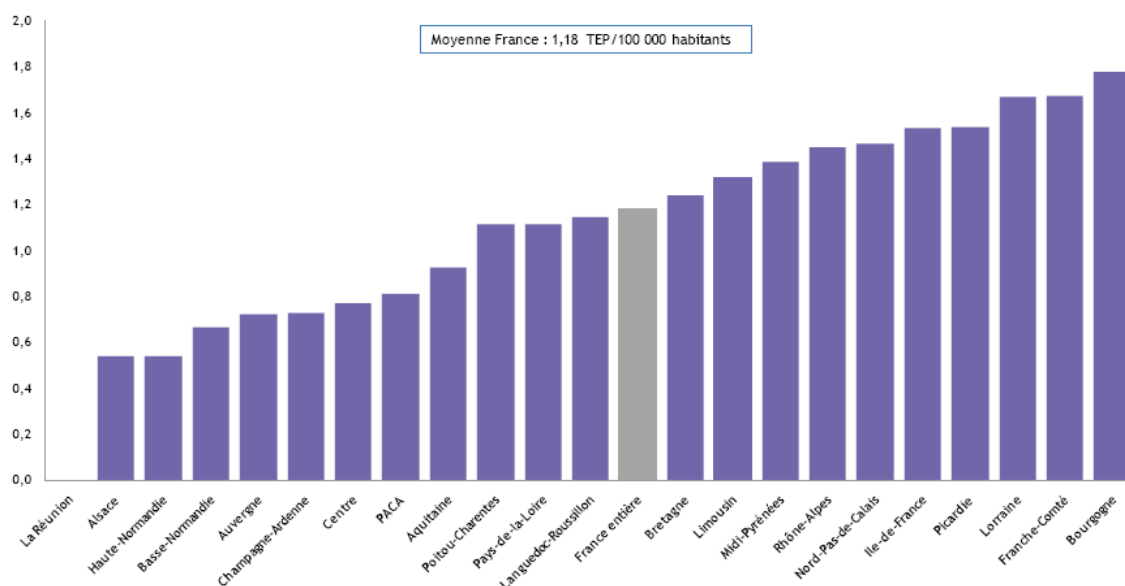
IRM : Imagerie par résonance magnétique

Source : DGOS / INSEE

Traitement : INCa 2010

TEP scan : moyenne nationale 1,18/100 000 ha

**Figure 73** Nombre d'appareils de TEP pour 1 000 000 habitants en 2009 par région



Source : DGOS / INSEE. Remarque : la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane n'ont pas d'autorisation.

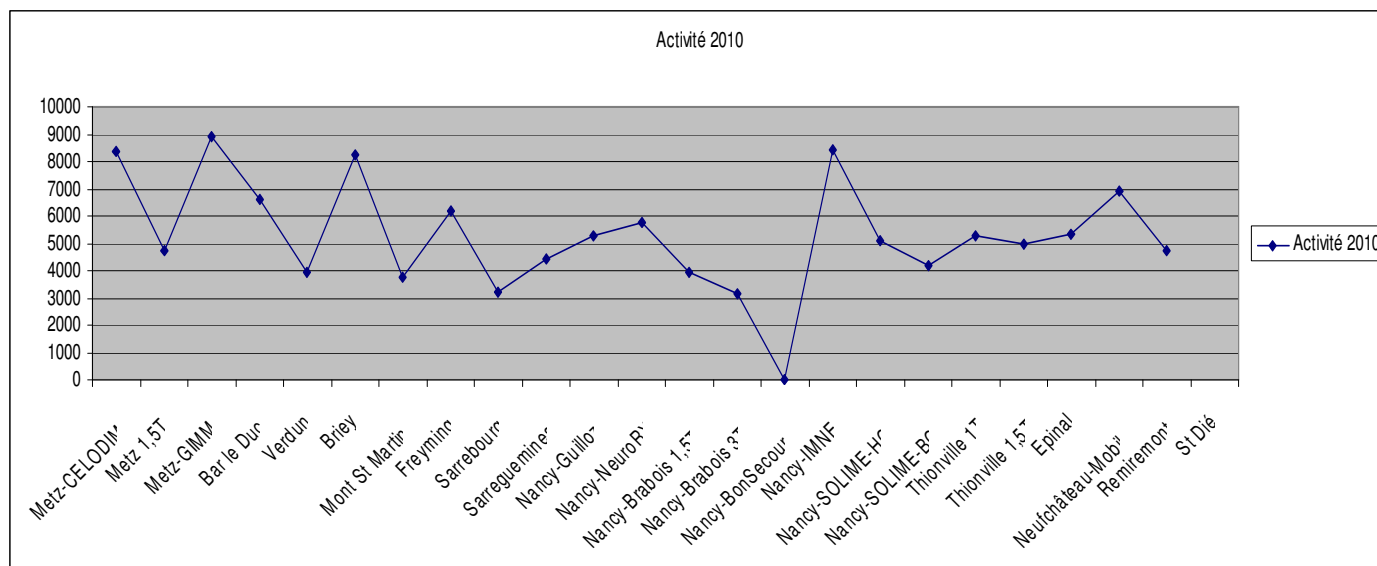
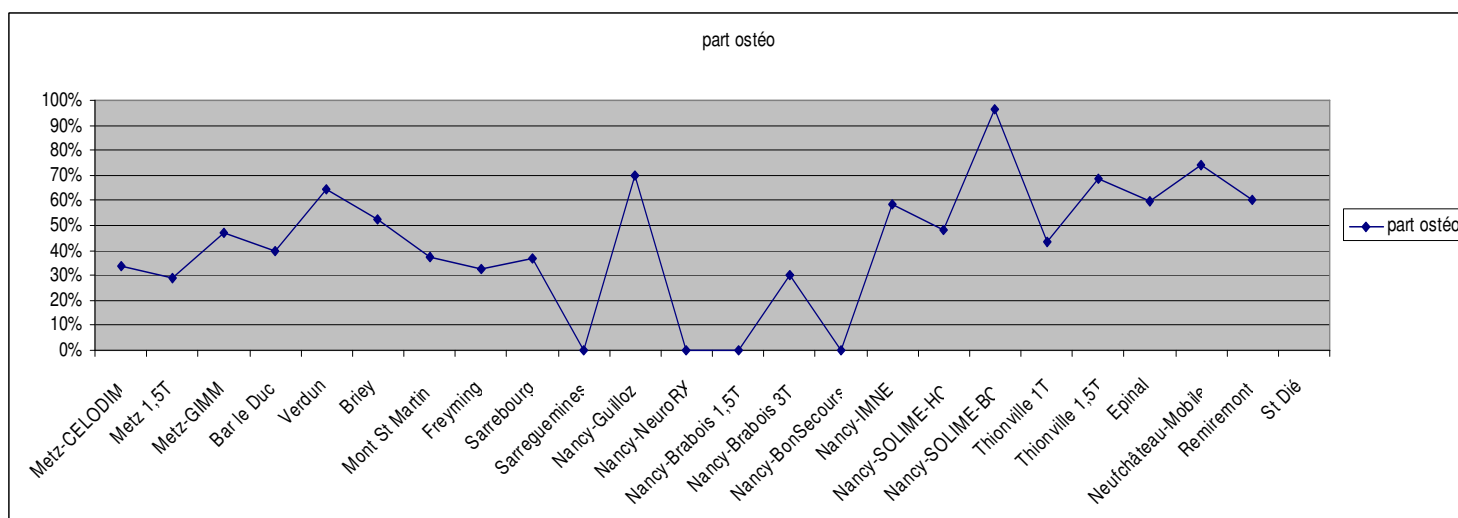
Traitement : INCa 2010

**Principales orientations identifiées :**

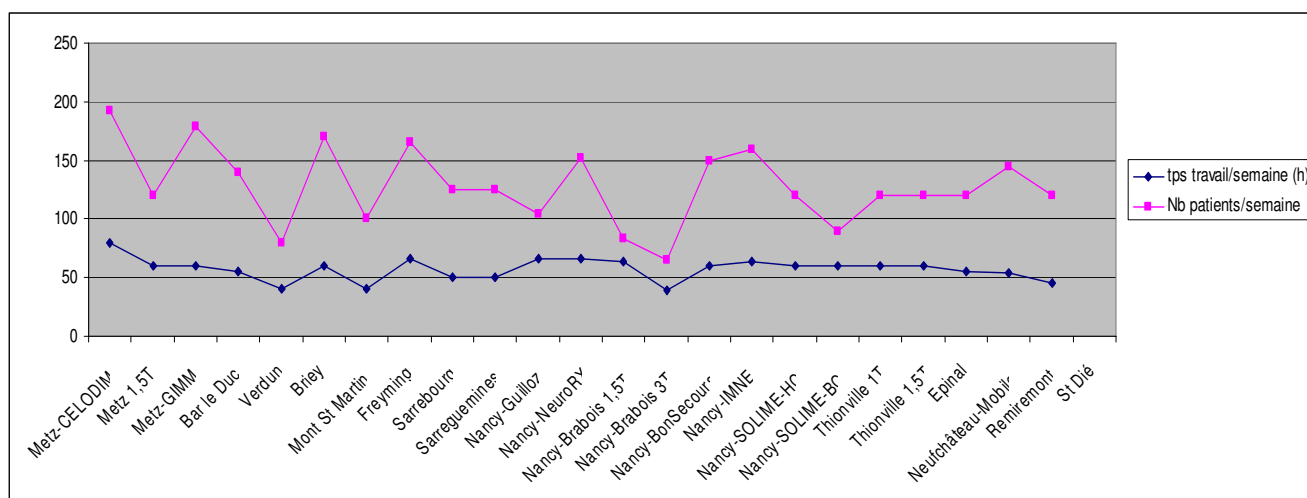
- Mieux connaître les délais d'examens et assurer la diminution de ces délais pour les priorités régionales (cancers et maladies neuro-cardio-vasculaires)
- Conforter le dépistage du cancer du sein
- Assurer la diminution de l'irradiation de la population
- Conforter l'offre de soins

Afin d'établir un diagnostic sur l'évolution des implantations en IRM, un questionnaire a été envoyé par l'ARS de Lorraine à chaque plateau technique disposant d'une IRM.

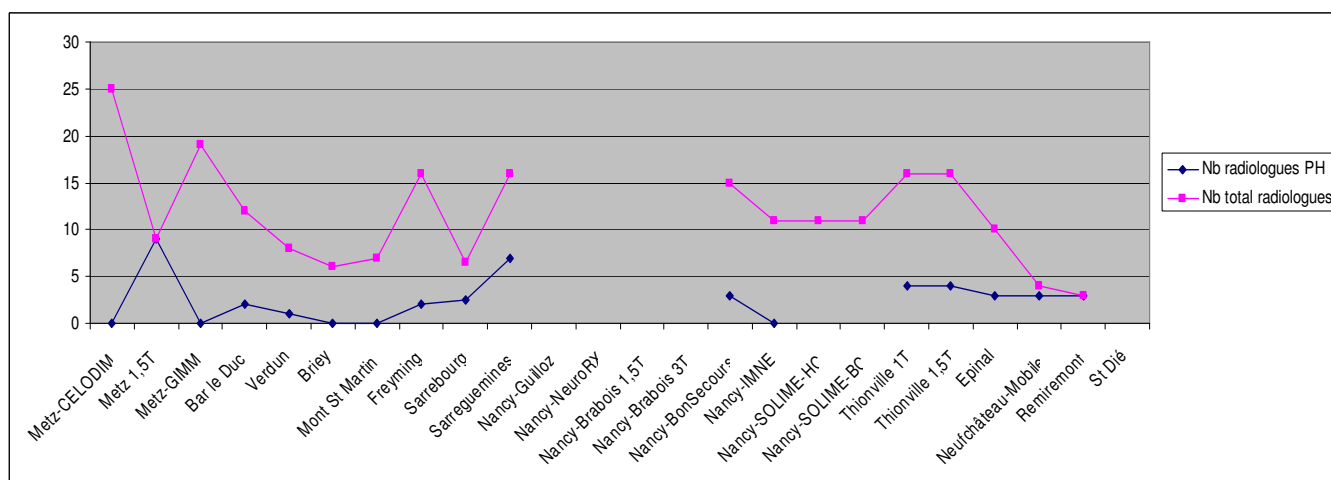
Différents éléments ont été recueillis : les données d'activité 2010, la part ostéoarticulaire des examens réalisés, le temps de travail par semaine, le nombre de patients par semaine, le nombre de radiologues PH, le nombre total de radiologues, les délais de réalisation d'examens en externe, pour les patients hospitalisés, dans les structures libérales, et enfin la file active des patients.

**Données d'activité 2010 des plateaux d'IRM en Lorraine (en nombre d'actes)****Données d'activité 2010 des plateaux d'IRM en Lorraine sur les pathologies ostéoarticulaires (part des actes ostéo articulaires sur l'activité totale)**

### Temps cumulé hebdomadaire d'ouverture des IRM et nombre de patients pris en charge sur une IRM par semaine

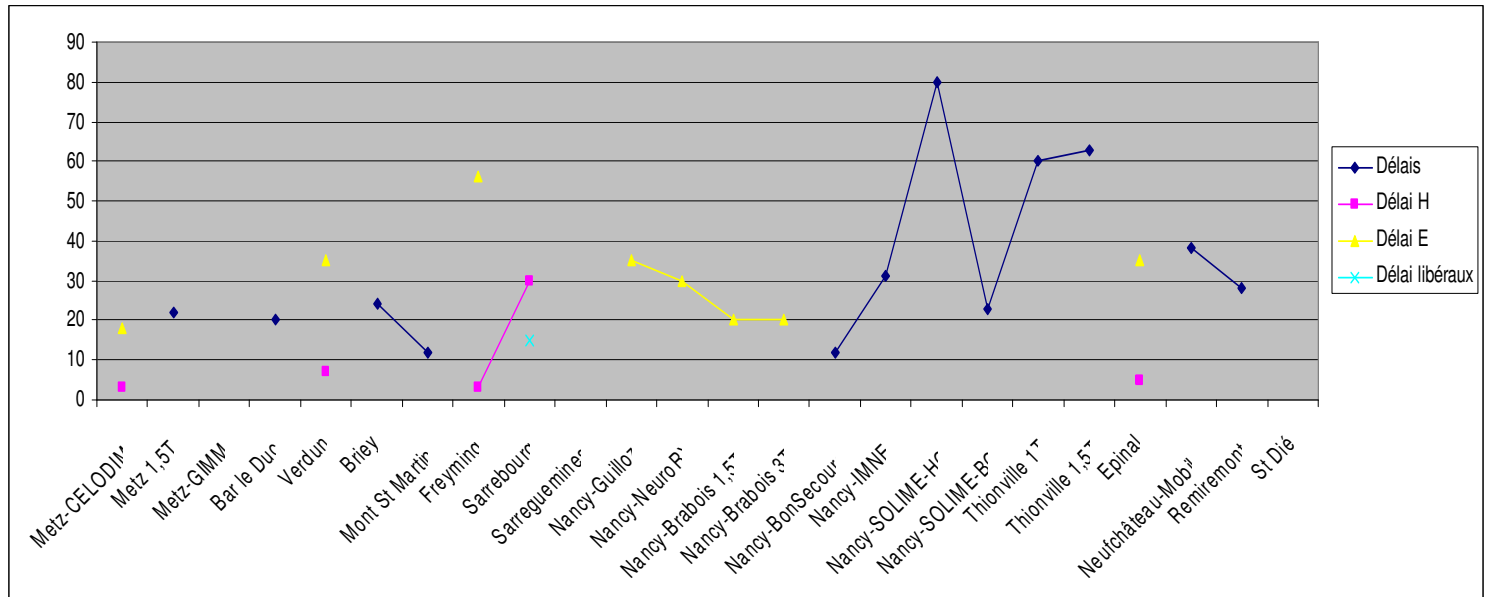


### Nombre d'ETP de radiologue dédié à l'IRM et nombre ETP de radiologue PH dédié à l'IRM

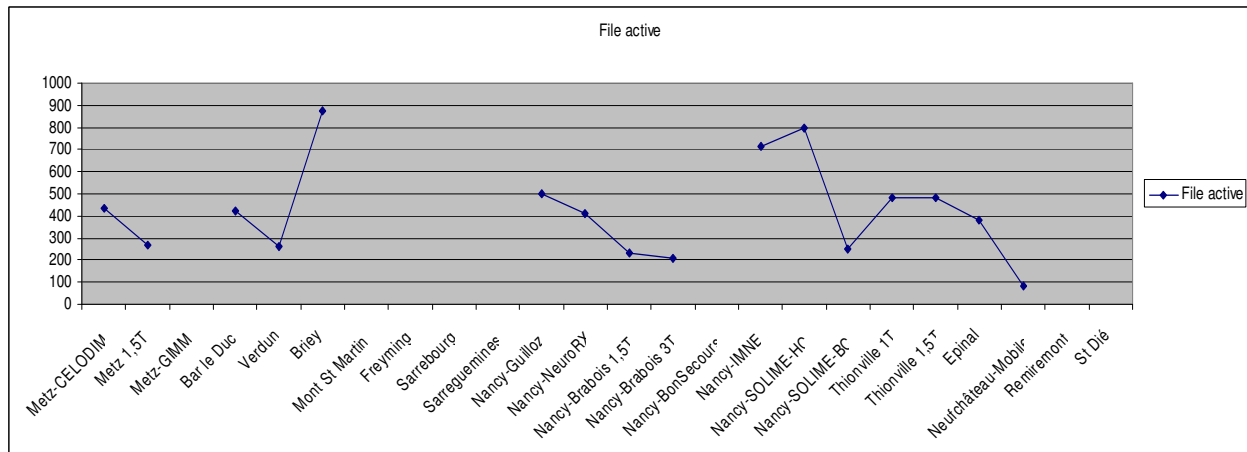




### Délai d'obtention d'une IRM en Lorraine (Délais en hospitalier, en externe, Délai dans les structures libérales) en 2010



### File active des patients en Lorraine à un temps donné



De cette enquête il ressort :

- Une réelle difficulté de dégager au vu de ces données des besoins précis de nouvelles implantations
- Une hétérogénéité des réponses surtout en termes d'activité et de délais qui semble démontrer une hétérogénéité des organisations
- Que peu de structures hospitalières publiques fonctionnent et peuvent fonctionner sans l'appui des radiologues privés (seuls le CHR, Sarreguemines et le CHU ont plus de 4 radiologues PH)

A préciser que le programme Gestion du Risque (GDR) préconise le développement de l'offre en IRM par une diversification du parc, et en particulier par l'installation d'IRM dédiées ou spécialisées.

Concernant les différents équipements matériels lourds, le groupe expert a mis en évidence la nécessité de diminuer et suivre l'irradiation du patient. Il a souligné également celle de renforcer l'organisation autour de la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses, des femmes enceintes et des enfants.

Enfin les autorisations d'imagerie doivent être assujetties obligatoirement à un équipement de système d'archivage des images et des comptes rendus, et à d'un système de transmission des images inter établissements (RIS/PACS). Dans ce cadre la mise en œuvre d'un PACS régional permettra d'améliorer la qualité et sécurité des soins en imagerie, en lien avec la solution régionale de transfert d'images T Lor.

Il est nécessaire de préciser que la solution de transfert d'images T Lor est la solution préconisée en Lorraine pour tout transfert d'images inter établissements.

Ainsi les solutions actuelles de transfert d'images existant entre les établissements ont vocation à disparaître au profit de T Lor.

Au vu des éléments sus cités et afin d'évaluer le besoin en implantations supplémentaires, le diagnostic régional et territorial nécessite d'être complété en 2012 pour l'ensemble des équipements matériels lourds. La réflexion sera menée en lien avec le groupe expert élargi aux médecins nucléaires.

## INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

### I. CONTEXTE

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une altération de la fonction des reins définie par une diminution du débit de filtration glomérulaire. C'est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, voire stoppée par un traitement médical. Entre 1,5 et 3 millions de personnes présentent une IRC non terminale en France.

L'hypertension et le diabète sont les principales causes d'IRC à son stade terminal (IRCT). Au stade terminal, l'IRC nécessite la mise en œuvre d'un traitement de suppléance pour assurer la survie du patient. La suppléance de la fonction rénale 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 de greffe préemptive.

En France, 68 000 personnes sont au stade de l'IRCT dont 55% en dialyse et 45% porteurs d'un greffon rénal. Le coût de la prise en charge de l'IRCT (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

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 dialyse péritonéale.

### II. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL

#### II.1 Offre de soins en Lorraine

##### a. Les structures de soins

En région Lorraine, l'activité d'hémodialyse en centre est pratiquée par 9 établissements de santé.

| 54 : Meurthe et Moselle                            | 55 : Meuse                | 57 : Moselle                                                                          | 88 : Vosges                      |
|----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| CHU de Nancy<br>Braboïs enfants<br>Braboïs adultes | Centre hospitalier Verdun | CHR de Metz-Thionville<br>- Hôpital Bonsecours, Metz<br>- Hôpital Bel Air, Thionville | Polyclinique Ligne Bleue, Epinal |
| Polyclinique de Gentilly -, Nancy                  |                           | Hôpitaux privés de Metz (hôpital Saint-André)                                         |                                  |
| Polyclinique Pasteur – Essey les Nancy             |                           | Hôpital de Freyming Merlebach                                                         |                                  |
| Alpha Santé, Mont-Saint-Martin                     |                           |                                                                                       |                                  |

Le transfert de l'activité de dialyse de Vittel vers Epinal prévue au schéma a été réalisé fin 2009 afin de répondre à un besoin de proximité et de garantir la sécurité des prises en charge par un environnement plus adapté à l'activité. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) de néphrologie dialyse a été créé entre le centre hospitalier d'Epinal et la SOGECLER.

Les activités alternatives à la dialyse en centre sont assurées par 2 associations (ALTIR et ASA) avec des unités autorisées détaillées dans le tableau suivant.

|    |                     | Unité de dialyse médicalisée | Unité d'autodialyse |
|----|---------------------|------------------------------|---------------------|
| 54 | Essey les Nancy     | ALTIR                        | ALTIR               |
|    | Maxéville           | ALTIR                        | ALTIR               |
|    | Mont-Saint-Martin   | ALTIR                        | ALTIR               |
|    | Vandœuvre les Nancy | ALTIR                        |                     |
| 55 | Bar le Duc          | ALTIR                        | ALTIR               |
|    | Verdun              | ALTIR                        | ALTIR               |
| 57 | Freyming-Merlebach  | ASA                          | ASA                 |
|    | Metz                | ALTIR et ASA                 | ALTIR et ASA        |
|    | Moulins les Metz    | ASA                          | ASA                 |
|    | Sarrebouurg         |                              | ALTIR               |
|    | Thionville          | ALTIR                        | ALTIR               |
| 88 | Epinal              | ALTIR                        | ALTIR               |
|    | Gérardmer           |                              | ALTIR               |
|    | Saint-Dié           |                              | ALTIR               |
|    | Vittel              |                              | ALTIR               |

Au regard des objectifs d'implantation du volet « prise en charge de l'IRC » du SROS 3, une autorisation d'unité d'auto-dialyse est encore possible sur le territoire de Sarreguemines qui ne dispose d'aucune offre de dialyse. Des installations autorisées ne sont toujours pas mises en œuvre (unités de dialyse médicalisée d'Essey les Nancy et de Mont-Saint-Martin, unités d'autodialyse de Mont-Saint-Martin et Thionville).

Un besoin exceptionnel pour une unité de dialyse médicalisée télésurveillée à Bar le Duc répondant aux recommandations de la HAS a également été autorisé. Celle-ci devrait être prochainement installée.

Les deux associations assurent l'offre de prise en charge de dialyse à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale).

L'activité de prélèvement d'organe est autorisée dans 5 établissements :

CHU de Nancy, CHR Metz-Thionville, Epinal, Sarreguemines et Verdun. Ces établissements se sont réunis au sein du réseau PRÉLOR pour améliorer le recensement des donneurs potentiels et dynamiser la réactivité face aux receveurs en attente.

Le CHU de Nancy est autorisé pour les activités de greffe rénale adulte et enfant.

## **b. Réseau NÉPHROLOR**

La région lorraine compte un réseau créé en 2002, le réseau NÉPHROLOR.

Initialement réseau inter-hospitalier auquel adhèrent toutes les structures de dialyse de la région, NÉPHROLOR a pour objectif de structurer un système régional de recueil des données sur l'IRC terminale, faciliter l'enseignement et la formation continue et favoriser la recherche clinique et le développement de technologies nouvelles. NÉPHROLOR est le support du registre REIN.

Afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des patients porteurs d'un greffon rénal, Néphrolor a mis en place un outil de coordination entre les spécialistes transplantateurs, néphrologues, les médecins et le malade. Ce système de télémedecine (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 nancéenne 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.

### c. Professionnels

La région Lorraine comptait fin 2010, 41 néphrologues compétents ou qualifiés exerçant dans des services de néphrologie dialyse ou des associations de dialyse contre 42 en 2005. 22% d'entre eux ont plus de 55 ans. Il est fait le constat d'un nombre de places faible pour la formation d'interne au DES de néphrologie en comparaison des régions avoisinantes.

La densité en néphrologue (18 par million d'habitant) est inférieure à la moyenne française (22 par million d'habitant) avec une disparité selon les départements.

| 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     |

Pour le département de la Meurthe et Moselle, l'indicateur de densité est à relativiser compte tenu :

- de la spécificité du CHU en particulier pour ses activités de néphrologie pédiatrique et de greffe rénale
- de l'ALTIR dont le siège est sur le département mais qui déploie une activité sur l'ensemble de la région.

La région connaît également des difficultés à fixer des néphrologues en Lorraine à l'issue de leur formation et sur le recrutement et la fidélisation d'infirmières sur le nord de la région en raison de l'attractivité transfrontalière (Mont Saint-Martin en particulier).

## II.2 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont extraites des rapports de l'Agence de Biomédecine (rapports REIN et rapports d'activité de prélèvement et greffe) ainsi que des rapports régionaux issus du 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 et a concerné 20 régions en 2009.

### a. Données d'incidence

En 2009, 407 lorrains ont débuté un traitement de suppléance par dialyse ou greffe. La majorité d'entre eux était traitée en Lorraine. L'augmentation du nombre de nouveaux patients est régulière depuis 2005, avec un taux standardisé de 173,9 par million d'habitants (pmh). La région fait partie des régions ayant un taux significativement supérieur à la moyenne nationale (taux d'incidence national 150 pmh) et ce taux varie suivant les départements lorrains (de 159,8 pmh en Meuse contre 186,8 pmh dans les Vosges).

#### Evolution du nombre de nouveaux patients résidant en Lorraine en IRCT traitée

| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------|------|------|------|------|
| 330  | 349  | 382  | 382  | 407  |

Il existe une nette prédominance masculine et l'âge moyen des patients au début de leur traitement était en 2009 de 68 ans avec un âge médian de 71 ans en augmentation régulière. L'hypertension artérielle et le diabète représentent 35% des causes de néphropathies.

Parmi les patients débutant leur traitement de suppléance 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 ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) (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). Il est à noter une très forte disparité de la dialyse péritonéale en 1<sup>ère</sup> intention en fonction des régions (5% en Midi Pyrénées, 28% en Alsace).

#### 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% et qu'au niveau national le taux est à 44%. Cette baisse peut être expliquée pour partie par une définition plus précise de l'item.

#### b. Données de prévalence

Au 31 décembre 2009, 2586 lorrains étaient recensés en IRCT. Il est à souligner les difficultés pour recenser les patients suivis à l'étranger (Allemagne, Belgique, Luxembourg).

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).

Le nombre de patients suivis en Lorraine augmente de façon significative avec une part équivalente de patients dialysés et greffés.

#### Evolution du nombre de patients pris en charge en Lorraine

|         | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Dialyse | 1 090 | 1 116 | 1 150 | 1 181 | 1 235 |
| Greffe  | 1 011 | 1 051 | 1 194 | 1 338 | 1 233 |
| Total   | 2 101 | 2 167 | 2 344 | 2 519 | 2 468 |

#### Dialyse

1 358 lorrains étaient dialysés au 31 décembre 2009, dont 150 traités hors lorraine principalement en Alsace, Allemagne et Luxembourg. Le taux de fuite de la région vers d'autres régions est important (11%). Les fuites à l'étranger ne sont probablement pas toutes identifiées. Par contre 27 patients non lorrains sont pris en charge dans la région.

Au total 1 235 patients étaient dialysés en Lorraine alors qu'ils étaient 1 023 en 2001. L'augmentation est régulière pour la classe d'âge 85-95 ans et en 2009 il est relevé une augmentation du nombre de patients dans les classes 55-65 ans et 65-75 ans qui jusqu'alors étaient relativement stables.

L'âge moyen des patients dialysés est de 60,2 ans en 2009, âge supérieur de 15 ans à celui des greffés. Il existe une nette prédominance masculine. Les patients pris en charge sont souvent porteurs de plusieurs pathologies et il est noté l'augmentation de la proportion de patients diabétiques et / 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    | 1,66      | 52,5      | 7,3%        | 29,1%                       |

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'activité de dialyse en unité de dialyse médicalisée et une diminution de la dialyse péritonéale. Après une diminution jusqu'en 2007, le nombre de patients auto-dialysés augmente à nouveau, cette évolution est peut être à rattacher à la possibilité de prise en charge en auto-dialyse assistée pour des personnes n'étant pas complètement autonomes pour la dialyse.

#### 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 |

La part de la dialyse péritonéale n'est que de 8% en 2009 alors que le SROS 3 prévoyait son développement. Au niveau national cette part est en moyenne de 7,2% avec des variations selon les régions de 2% à 18,8%.

Différentes causes dont la tarification à l'activité qui a pu inciter les établissements à privilégier la dialyse en centre, un manque d'information de la part de certaines équipes et les difficultés de certains établissements à proposer l'éducation à la dialyse péritonéale pour répondre à un besoin de proximité ont contribué à la diminution constatée en Lorraine à partir de 2008. Par ailleurs, il ne semble pas exister une même possibilité d'accès à dialyse péritonéale pour les patients pris en charge à l'étranger en particulier en Allemagne.

#### Prélèvements et greffes

L'activité de prélèvement et de greffe a augmenté régulièrement en région Lorraine comme dans toute la France 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.

Il est constaté un âge moyen de donneurs plus faible en région lorraine qu'au niveau national (46 ans en Lorraine vs 53 ans en France). Alors que la région dispose d'équipes de coordination de prélèvement autorisées en nombre suffisant et travaillant en réseau avec les établissements de proximité, il est souligné l'insuffisance de signalement des donneurs potentiels auprès de ces équipes compte tenu de l'évolution de leur typologie dont l'origine était par le passé principalement liée à l'accidentologie alors qu'actuellement il s'agit plus de patients porteurs de maladies neuro-vasculaires et donc d'une population plus âgée. Il est également constaté un pourcentage plus important que pour l'ensemble de la France de sujets non prélevés (57,1% vs 51.6%) avec pour principale cause l'opposition au prélèvement. Il est relevé également une part importante en Lorraine de non prélèvement par obstacle médical, principalement des problèmes de maintien des fonctions hémodynamiques du sujet (14,3% vs 7,1%).

L'activité de prélèvement d'organes est très faible en périphérie (4 sites autorisés hors CHU).



Après une baisse relative en 2008 et 2009, le nombre de greffes réalisées a nettement baissé en 2010 avec 68 greffes, alors que 106 greffes avaient été réalisées en 2007, baisse due :

- à une diminution des prélèvements
- à un refus de greffons par la région en raison du manque de disponibilité de l'équipe de greffe. Pour inverser cette tendance, l'équipe urologique du CHU a été renforcée en 2010 et depuis novembre 2010 un seul refus de greffon a été relevé. L'équipe reste encore fragile et doit encore être renforcée.

Cependant la région Lorraine est une des régions où le taux de greffe de rein à partir de donneur vivant est le plus important. L'activité de prélèvement à partir de donneur à cœur arrêté est marginale dans la région où seul le CHU est autorisé.

Les délais d'attente ont tendance à s'allonger car les greffons disponibles (offre) sont inférieurs à la demande (nouveaux malades en attente). En France le délai moyen entre la date d'inscription sur la liste d'attente et la réalisation de la greffe est de 18,9 mois. A ce délai s'ajoute un délai de l'ordre de 15 mois avant l'inscription sur la liste. En Lorraine, en 2010, l'attente était de 16,1 mois chez les adultes et 5,9 mois chez les enfants.

#### Activité de prélèvement et greffe de rein

|                                                        | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| Sujets en attente de greffe au 1 <sup>er</sup> janvier | 183  | 171  | 220  | 258  |
| Donneurs potentiels recensés                           | 132  | 113  | 104  | 98   |
| Donneurs prélevés                                      | 59   | 38   | 41   | 42   |
| Nombre de greffe                                       | 106  | 88   | 88   | 68   |

### III. Conclusion

L'analyse des causes d'insuffisance rénale chronique terminale démontre l'enjeu en termes de prévention et des actions à mener vers les professionnels de santé et les patients en ce qui concerne particulièrement le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Les écarts constatés en termes d'incidence selon les départements peuvent évoquer des disparités dans l'accès au soin et le recours aux consultations de néphrologie.

Alors que le nombre de patients suivis en IRCT augmente de façon régulière, il est fait le constat d'une densité de néphrologues plus faible qu'au niveau national et une répartition inégale sur la région des professionnels entraînant des difficultés de fonctionnement des structures et augmentant les délais pour les consultations de néphrologie.

La comparaison avec les autres régions françaises de la répartition des modes de prise en charge indique un bon positionnement global de la Lorraine pour la dialyse médicalisée, modalité qui pourrait encore pouvoir se développer avec la télémédecine permettant l'installation d'unités télé-surveillées. Il existe un net potentiel de développement de la dialyse péritonéale en première modalité de traitement de dialyse partant d'un constat de similarité de profils des malades (âge comorbidités) en dialyse péritonéale et en hémodialyse en centre.

Il existe au sein de la région une accessibilité inégale 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 sur leur possibilité d'accès à toutes modalités de traitement y compris la greffe.



L'accessibilité repose également sur une information pré dialyse de qualité permettant un choix éclairé du mode de traitement par le patient. La région doit pouvoir s'appuyer sur le réseau NÉPHROLOR pour développer l'éducation thérapeutique en lien avec les programmes de prévention du diabète et des maladies cardio-vasculaires.

Pour offrir aux patients plus de chance d'être greffés, la greffe étant le traitement le plus favorable en quantité et qualité de vie et le plus coût-efficace, des actions doivent être entreprises pour redynamiser l'activité de prélèvement en région et conforter l'équipe régionale de greffe..

**MEDECINE****CONTEXTE**

- \* Projet de décret médecine en attente de parution
- \* T2A en médecine dans les ex HL annoncée en 2013
- \* Méthodologie : 3 réunions avec 1 groupe expert :
  - les 6 mai, 27 mai, 17 juin
  - composition du groupe experts (tous départements confondus), représentants de :
    - Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
    - Médecins : gastro entérologue, gériatre, médecine interne
    - Directeur des soins
    - Cadre infirmier
    - Directeur établissement de santé privé
    - Union Régionale des Professionnels de Santé
    - Infirmière d'une délégation territoriale lorraine
    - Service social
    - Fédération de l'Hospitalisation Privée
    - Fédération Hospitalière de France
    - Directeur structure médico sociale
    - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
    - Conseil Départemental Ordre des Infirmiers

**1. AUTORISATIONS**

(Source : STATISS 2010)

|        | Nombre<br>autorisation<br>HC | Nombre<br>autorisation<br>HDJ | Capacité<br>déclarée<br>HC<br>En lits | Capacité<br>déclarée HDJ<br>En places | Part de l'HDJ en %<br>(Places/<br>lits+places) |
|--------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| Dp54   | 18                           | 12                            | 1750                                  | 238                                   | 11.97                                          |
| Dp55   | 5                            | 2                             | 407                                   | 18                                    | 4.24                                           |
| Dp57   | 29                           | 19                            | 2386                                  | 197                                   | 7.6                                            |
| Dp88   | 16                           | 4                             | 790                                   | 35                                    | 4.24                                           |
| Région | 68                           | 37                            | 5333                                  | 488                                   | 8.4                                            |

## 2. TAUX D'EQUIPEMENT (TE)

(Source STATISS 2010)

**National** : (avec HAD) : 2,15

**Départemental** (avec HAD)

|        | TE Global | TE Lits | TE Places |
|--------|-----------|---------|-----------|
| Dp54   | 2,74      | 2,41    | 0,33      |
| Dp55   | 2,19      | 2,10    | 0,09      |
| Dp57   | 2,49      | 2,30    | 0,19      |
| Dp88   | 2,17      | 2,08    | 0,09      |
| Région | 2,49      | 2,28    | 0,21      |

Le TE global pour la région et par département est supérieur au TE national.

TE en lits le plus faible : département 88

le plus fort : département 54

TE en places le plus faible : 55 et 88

le plus fort : 54

## 3. DMS (PMSI 2010)

### DMS en jour par ES

DMS par ES : de 2 j à 27.4 j

Cette donnée est à interpréter selon :

- le statut de l'établissement
- le mode de prise en charge des patients
- la typologie de la population accueillie.

Pour les ES avec des DMS longues, travailler sur l'anticipation des sorties des services de médecine.

### DMS par territoire de santé

|         | DMS 2009 | DMS 2010 |
|---------|----------|----------|
| Dptt 54 | 6,1 j    | 6 j      |
| Dptt 55 | 7.4 j    | 7.7 j    |
| Dptt 57 | 6.8 j    | 7j       |
| Dptt 88 | 7.1 j    | 7.3j     |
| Région  | 6.7 j    | 6.8j     |

### DMS par Groupements d'Activités (GA)

De **1 jour** (endoscopie digestives M02 et génito urinaires M18) à **29.6j** (greffe de moëlle, auto greffes de cellules souches M19)

#### 4. HDJ HC

| PMSI 2010<br>Séjours > 18 ans                                             | Dp54    | Dp55   | Dp57    | Dp88   | Région  |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|--------|---------|
| Nb séjours en HDJ                                                         | 51 090  | 8 375  | 42 654  | 12 989 | 115 108 |
| Nb séjours en HC                                                          | 67 799  | 14 410 | 85 681  | 31 430 | 199 320 |
| Nb séjours HC + HDJ                                                       | 118 889 | 22 785 | 128 335 | 44 419 | 314 428 |
| Part des séjours en HDJ sur le nombre total régional de séjours en HDJ    | 44.4 %  | 7.3%   | 37%     | 11.3%  | 100%    |
| Part des séjours en HDJ sur le nombre de séjours (HC +HDJ) par territoire | 43%     | 36.8%  | 33.2%   | 29.2%  | 36.6%   |

Le département Vosgien peut développer l'HDJ en médecine.

#### 5. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

Séjours effectués en médecine ou chirurgie.

|                          | Région | Dp54   | Dp55  | Dp57   | Dp88  |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| Séjours GHM K en 2009    | 83 413 | 34 479 | 4 879 | 34 855 | 9 200 |
| Séjours en GHM K en 2010 | 86 293 | 34 837 | 4 989 | 37 221 | 9 246 |

Nécessité d'approfondir le diagnostic afin d'aboutir à une organisation efficiente de la réalisation des endoscopies en médecine et en chirurgie (mutualisation des plateaux techniques)

#### 6. SERVICES DE MEDECINE DE FAIBLE CAPACITE

Des réflexions sont à mener sur les services de médecine de faible capacité (dont les services de médecine des ex HL) dans un cadre médico économique tout en respectant l'accès aux soins des patients.

## 7. TAUX DE RECOURS

| Code groupe d'activité | Libellé groupe d'activité                                           | Taux de recours 2009 standardisés pour 10000 hab. |                       |                |                |                |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
|                        |                                                                     | Régional                                          | TS Meurthe-et-Moselle | TS Meuse       | TS Moselle     | TS Vosges      |
| M01                    | Hépto-Gastro-Entérologie                                            | 162,2                                             | 150,7                 | 193,8          | 161,3          | 170,6          |
| M02                    | Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie                      | 173,1                                             | 202,9                 | 201,1          | 155,5          | 150,0          |
| M04                    | Rhumatologie                                                        | 73,0                                              | 109,9                 | 61,7           | 51,0           | 68,3           |
| M06                    | Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels         | 69,6                                              | 78,2                  | 65,2           | 70,9           | 51,9           |
| M07                    | Cardiologie                                                         | 126,3                                             | 121,8                 | 154,3          | 120,3          | 136,8          |
| M09                    | Pneumologie                                                         | 147,3                                             | 136,8                 | 141,1          | 159,1          | 138,2          |
| M11                    | ORL et Stomato médical                                              | 35,9                                              | 31,6                  | 48,1           | 34,0           | 43,5           |
| M16                    | Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)                             | 70,6                                              | 69,3                  | 85,3           | 69,2           | 69,3           |
| M24                    | Diabète, maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) | 78,6                                              | 76,1                  | 135,1          | 67,5           | 84,8           |
| M26                    | Psychiatrie                                                         | 46,9                                              | 33,7                  | 30,3           | 58,7           | 48,8           |
| M29                    | Douleur et soins palliatifs                                         | 26,2                                              | 23,2                  | 21,5           | 34,1           | 12,6           |
| M32                    | Suivi thérap.d'affections connues                                   | 37,4                                              | 32,6                  | 48,7           | 34,6           | 48,7           |
| M33                    | Rééducation - Convalescence                                         | 18,5                                              | 22,9                  | 7,4            | 23,1           | 3,1            |
| M34                    | Autres symptômes ou motifs médicaux                                 | 77,0                                              | 66,1                  | 108,5          | 79,4           | 74,8           |
| <b>Total Médecine</b>  |                                                                     | <b>1 477,0</b>                                    | <b>1 482,2</b>        | <b>1 675,7</b> | <b>1 445,0</b> | <b>1 453,1</b> |

Tx recours significativement supérieur au Tx national

Tx recours significativement inférieur au Tx national

Un travail doit s'effectuer afin d'expliquer ces écarts au taux national en lien avec l'instance opérationnelle de dialogue.

Ces écarts doivent être interprétés dans le cadre d'une analyse globale :

- données épidémiologiques,
- offre libérale et hospitalière,
- codage PMSI
- ...

## 8. DEMOGRAPHIE MEDICALE

Certaines spécialités connaissent un déficit démographique important, c'est le cas notamment des neurologues, HGE, dermatologues. La répartition des spécialités médicales est également très hétérogène d'un territoire à un autre (en lien avec l'offre). Les départements de Meuse et des Vosges étant les plus déficitaires.

### MEDECINE INTERNE

Source : Drees Adeli au 01.01.2011

| Régions                      | Libéral         |                | Salarié hospitalier |                | Salarié non hospitalier |                | Total       | Population au 1er janvier 2008 | Densité pour 100 000 hab |
|------------------------------|-----------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------|--------------------------------|--------------------------|
|                              | moins de 60 ans | 60 ans et plus | moins de 60 ans     | 60 ans et plus | moins de 60 ans         | 60 ans et plus |             |                                |                          |
| Île-de-France                | 68              | 73             | 385                 | 117            | 28                      | 17             | 688         | 11 659 260                     | 5,9                      |
| Alsace                       | 5               | 3              | 61                  | 16             | 2                       |                | 87          | 1 837 087                      | 4,7                      |
| Auvergne                     | 4               | 1              | 29                  | 15             | 1                       |                | 50          | 1 341 863                      | 3,7                      |
| Rhône-Alpes                  | 14              | 26             | 121                 | 56             | 3                       | 6              | 226         | 6 117 229                      | 3,7                      |
| Languedoc-Roussillon         | 4               | 11             | 57                  | 18             | 1                       | 2              | 93          | 2 581 718                      | 3,6                      |
| <b>France Métropolitaine</b> | <b>171</b>      | <b>177</b>     | <b>1329</b>         | <b>471</b>     | <b>39</b>               | <b>34</b>      | <b>2221</b> | <b>62 134 866</b>              | <b>3,6</b>               |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur   | 19              | 16             | 92                  | 43             | 1                       | 2              | 173         | 4 882 913                      | 3,5                      |
| Bourgogne                    | 3               | 4              | 35                  | 13             | 1                       | 1              | 57          | 1 638 588                      | 3,5                      |
| <b>Lorraine</b>              | <b>3</b>        | <b>5</b>       | <b>50</b>           | <b>20</b>      | <b>1</b>                | <b>1</b>       | <b>79</b>   | <b>2 346 361</b>               | <b>3,4</b>               |
| Aquitaine                    | 7               | 11             | 61                  | 19             |                         | 1              | 99          | 3 177 625                      | 3,1                      |
| Poitou-Charentes             |                 |                | 40                  | 14             |                         |                | 54          | 1 752 708                      | 3,1                      |
| Limousin                     | 3               |                | 12                  | 6              |                         | 1              | 22          | 740 743                        | 3,0                      |
| Picardie                     | 2               | 6              | 36                  | 11             |                         |                | 55          | 1 906 601                      | 2,9                      |
| Centre                       | 4               | 4              | 43                  | 22             |                         |                | 73          | 2 531 588                      | 2,9                      |
| Bretagne                     | 6               | 4              | 62                  | 15             |                         | 1              | 88          | 3 149 701                      | 2,8                      |
| Pays de la Loire             | 9               | 3              | 67                  | 13             | 1                       |                | 93          | 3 510 170                      | 2,6                      |
| Midi-Pyrénées                | 4               | 2              | 48                  | 18             | 1                       | 1              | 74          | 2 838 228                      | 2,6                      |
| Haute-Normandie              | 1               | 6              | 28                  | 12             |                         |                | 47          | 1 825 667                      | 2,6                      |
| Franche-Comté                | 1               |                | 18                  | 6              |                         | 1              | 26          | 1 163 931                      | 2,2                      |
| Champagne-Ardenne            |                 |                | 18                  | 9              |                         |                | 27          | 1 338 004                      | 2,0                      |
| Nord-Pas-de-Calais           | 12              | 2              | 49                  | 18             |                         |                | 81          | 4 024 490                      | 2,0                      |
| Corse                        | 2               |                | 2                   | 2              |                         |                | 6           | 302 966                        | 2,0                      |
| Basse-Normandie              |                 |                | 15                  | 8              |                         |                | 23          | 1 467 425                      | 1,6                      |

**MEDECINE GENERALE (hors MEP)**

Source : Drees Adeli au 01.01.2011

| Régions                      | Libéral            |                   | Salarié hospitalier |                   | Salarié non hospitalier |                   | Total         | Population<br>au 1er janvier<br>2008 | Densité<br>pour 100 000 hab |
|------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------------------------------------|-----------------------------|
|                              | moins<br>de 60 ans | 60 ans et<br>plus | moins<br>de 60 ans  | 60 ans et<br>plus | moins<br>de 60 ans      | 60 ans et<br>plus |               |                                      |                             |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur   | 4 493              | 1 242             | 923                 | 150               | 652                     | 242               | 7 702         | 4 882 913                            | 157,7                       |
| Languedoc-Roussillon         | 2 261              | 656               | 359                 | 70                | 315                     | 99                | 3 760         | 2 581 718                            | 145,6                       |
| Île-de-France                | 7 828              | 2 489             | 3 003               | 424               | 2 579                   | 642               | 16 965        | 11 659 260                           | 145,5                       |
| Midi-Pyrénées                | 2 255              | 680               | 474                 | 50                | 341                     | 117               | 3 917         | 2 838 228                            | 138,0                       |
| Aquitaine                    | 2 681              | 721               | 444                 | 53                | 364                     | 94                | 4 357         | 3 177 625                            | 137,1                       |
| Franche-Comté                | 845                | 207               | 299                 | 24                | 155                     | 37                | 1 567         | 1 163 931                            | 134,6                       |
| Nord-Pas-de-Calais           | 3 291              | 673               | 715                 | 56                | 519                     | 155               | 5 409         | 4 024 490                            | 134,4                       |
| Corse                        | 224                | 78                | 53                  | 9                 | 31                      | 11                | 406           | 302 966                              | 134,0                       |
| <b>France Métropolitaine</b> | <b>45 528</b>      | <b>11 811</b>     | <b>11 114</b>       | <b>1 328</b>      | <b>9 019</b>            | <b>2 375</b>      | <b>81 175</b> | <b>62 134 866</b>                    | <b>130,6</b>                |
| Limousin                     | 596                | 104               | 127                 | 11                | 102                     | 23                | 963           | 740 743                              | 130,0                       |
| Rhône-Alpes                  | 4 466              | 960               | 1 099               | 115               | 951                     | 235               | 7 826         | 6 117 229                            | 127,9                       |
| Alsace                       | 1 386              | 301               | 289                 | 39                | 242                     | 53                | 2 310         | 1 837 087                            | 125,7                       |
| Champagne-Ardenne            | 932                | 239               | 256                 | 24                | 178                     | 39                | 1 668         | 1 338 004                            | 124,7                       |
| Poitou-Charentes             | 1 273              | 312               | 272                 | 27                | 205                     | 46                | 2 135         | 1 752 708                            | 121,8                       |
| Auvergne                     | 918                | 228               | 230                 | 37                | 158                     | 61                | 1 632         | 1 341 863                            | 121,6                       |
| Bretagne                     | 2 246              | 558               | 461                 | 45                | 395                     | 95                | 3 800         | 3 149 701                            | 120,6                       |
| <b>Lorraine</b>              | <b>1 645</b>       | <b>391</b>        | <b>307</b>          | <b>34</b>         | <b>315</b>              | <b>73</b>         | <b>2 765</b>  | <b>2 346 361</b>                     | <b>117,8</b>                |
| Bourgogne                    | 1 046              | 265               | 260                 | 18                | 192                     | 59                | 1 840         | 1 638 588                            | 112,3                       |
| Pays de la Loire             | 2 365              | 508               | 441                 | 32                | 454                     | 92                | 3 892         | 3 510 170                            | 110,9                       |
| Picardie                     | 1 187              | 304               | 292                 | 36                | 215                     | 65                | 2 099         | 1 906 601                            | 110,1                       |
| Haute-Normandie              | 1 195              | 263               | 261                 | 26                | 213                     | 43                | 2 001         | 1 825 667                            | 109,6                       |
| Basse-Normandie              | 914                | 208               | 245                 | 17                | 181                     | 26                | 1 591         | 1 467 425                            | 108,4                       |
| Centre                       | 1 481              | 424               | 304                 | 31                | 262                     | 68                | 2 570         | 2 531 588                            | 101,5                       |



## NEUROLOGIE

Source : Drees Adeli au  
01.01.2011

| Régions                       | Libéral            |                   | Salarié hospitalier |                   | Salarié non hospitalier |                   | Total        | Population<br>au 1er janvier 2008 | Densité<br>pour 100 000 hab |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------|
|                               | moins<br>de 60 ans | 60 ans et<br>plus | moins<br>de 60 ans  | 60 ans et<br>plus | moins<br>de 60 ans      | 60 ans et<br>plus |              |                                   |                             |
| Île-de-France                 | 128                | 31                | 294                 | 29                | 16                      | 5                 | 503          | 11 659 260                        | 4,3                         |
| Midi-Pyrénées                 | 34                 | 5                 | 58                  | 7                 |                         | 1                 | 105          | 2 838 228                         | 3,7                         |
| Rhône-Alpes                   | 70                 | 12                | 125                 | 17                |                         |                   | 224          | 6 117 229                         | 3,7                         |
| Limousin                      | 6                  | 2                 | 18                  | 1                 |                         |                   | 27           | 740 743                           | 3,6                         |
| Nord-Pas-de-Calais            | 38                 | 3                 | 96                  | 8                 |                         |                   | 145          | 4 024 490                         | 3,6                         |
| Languedoc-Roussillon          | 28                 | 7                 | 47                  | 7                 |                         |                   | 89           | 2 581 718                         | 3,4                         |
| Provence-Alpes-Côte<br>d'Azur | 74                 | 15                | 64                  | 12                | 2                       | 1                 | 168          | 4 882 913                         | 3,4                         |
| Alsace                        | 23                 | 2                 | 34                  | 3                 | 1                       |                   | 63           | 1 837 087                         | 3,4                         |
| <b>France Métropolitaine</b>  | <b>638</b>         | <b>108</b>        | <b>1 115</b>        | <b>130</b>        | <b>25</b>               | <b>8</b>          | <b>2 024</b> | <b>62 134 866</b>                 | <b>3,3</b>                  |
| Aquitaine                     | 42                 | 5                 | 44                  | 7                 | 1                       |                   | 99           | 3 177 625                         | 3,1                         |
| Franche-Comté                 | 11                 |                   | 24                  | 1                 |                         |                   | 36           | 1 163 931                         | 3,1                         |
| Poitou-Charentes              | 17                 | 4                 | 27                  | 3                 |                         |                   | 51           | 1 752 708                         | 2,9                         |
| Haute-Normandie               | 16                 | 1                 | 25                  | 7                 |                         |                   | 49           | 1 825 667                         | 2,7                         |
| Pays de la Loire              | 35                 | 6                 | 46                  | 6                 |                         | 1                 | 94           | 3 510 170                         | 2,7                         |
| Bretagne                      | 23                 | 2                 | 54                  | 2                 | 3                       |                   | 84           | 3 149 701                         | 2,7                         |
| Corse                         | 4                  | 2                 | 1                   | 1                 |                         |                   | 8            | 302 966                           | 2,6                         |
| Bourgogne                     | 17                 | 4                 | 19                  | 3                 |                         |                   | 43           | 1 638 588                         | 2,6                         |
| Auvergne                      | 11                 |                   | 20                  | 2                 |                         |                   | 33           | 1 341 863                         | 2,5                         |
| Picardie                      | 11                 |                   | 32                  | 1                 |                         |                   | 44           | 1 906 601                         | 2,3                         |
| Basse-Normandie               | 10                 | 1                 | 16                  | 4                 | 1                       |                   | 32           | 1 467 425                         | 2,2                         |
| Centre                        | 16                 | 3                 | 29                  | 5                 | 1                       |                   | 54           | 2 531 588                         | 2,1                         |
| <b>Lorraine</b>               | <b>16</b>          | <b>2</b>          | <b>27</b>           | <b>4</b>          |                         |                   | <b>49</b>    | <b>2 346 361</b>                  | <b>2,1</b>                  |
| Champagne-Ardenne             | 8                  | 1                 | 15                  |                   |                         |                   | 24           | 1 338 004                         | 1,8                         |

**DERMATOLOGIE**

Source : Drees Adeli au  
01.01.2011

| Régions                      | Libéral            |                   | Salarié hospitalier |                   | Salarié non hospitalier |                   | Total        | Population<br>au 1er janvier 2008 | Densité<br>pour 100 000<br>hab |
|------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|
|                              | Moins<br>de 60 ans | 60 ans et<br>plus | Moins<br>de 60 ans  | 60 ans et<br>plus | Moins<br>de 60 ans      | 60 ans et<br>plus |              |                                   |                                |
| Île-de-France                | 692                | 275               | 126                 | 25                | 40                      | 35                | 1 193        | 11 659 260                        | 10,2                           |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur   | 285                | 100               | 33                  | 9                 | 13                      | 8                 | 448          | 4 882 913                         | 9,2                            |
| Aquitaine                    | 162                | 42                | 16                  | 5                 | 1                       | 1                 | 227          | 3 177 625                         | 7,1                            |
| Midi-Pyrénées                | 135                | 39                | 16                  | 4                 | 4                       | 3                 | 201          | 2 838 228                         | 7,1                            |
| Languedoc-Roussillon         | 123                | 36                | 16                  | 1                 | 2                       | 2                 | 180          | 2 581 718                         | 7,0                            |
| Alsace                       | 85                 | 24                | 13                  | 3                 |                         | 0                 | 125          | 1 837 087                         | 6,8                            |
| <b>France Métropolitaine</b> | <b>2 670</b>       | <b>803</b>        | <b>421</b>          | <b>81</b>         | <b>78</b>               | <b>60</b>         | <b>4 113</b> | <b>62 134 866</b>                 | <b>6,6</b>                     |
| Rhône-Alpes                  | 250                | 74                | 42                  | 12                | 4                       | 4                 | 386          | 6 117 229                         | 6,3                            |
| Franche-Comté                | 35                 | 14                | 14                  | 1                 |                         | 1                 | 65           | 1 163 931                         | 5,6                            |
| Bretagne                     | 125                | 25                | 14                  | 1                 |                         | 0                 | 165          | 3 149 701                         | 5,2                            |
| <b>Lorraine</b>              | <b>73</b>          | <b>23</b>         | <b>17</b>           | <b>1</b>          | <b>4</b>                | <b>0</b>          | <b>118</b>   | <b>2 346 361</b>                  | <b>5,0</b>                     |
| Champagne-Ardenne            | 46                 | 5                 | 11                  | 2                 | 2                       | 1                 | 67           | 1 338 004                         | 5,0                            |
| Bourgogne                    | 49                 | 18                | 10                  | 1                 |                         | 2                 | 80           | 1 638 588                         | 4,9                            |
| Nord-Pas-de-Calais           | 127                | 27                | 23                  | 7                 | 4                       | 3                 | 191          | 4 024 490                         | 4,7                            |
| Centre                       | 89                 | 16                | 11                  | 0                 | 2                       | 0                 | 118          | 2 531 588                         | 4,7                            |
| Corse                        | 9                  | 5                 |                     | 0                 |                         | 0                 | 14           | 302 966                           | 4,6                            |
| Auvergne                     | 40                 | 11                | 10                  | 1                 |                         | 0                 | 62           | 1 341 863                         | 4,6                            |
| Haute-Normandie              | 52                 | 17                | 13                  | 1                 |                         | 0                 | 83           | 1 825 667                         | 4,5                            |
| Pays de la Loire             | 116                | 20                | 17                  | 4                 |                         | 0                 | 157          | 3 510 170                         | 4,5                            |
| Basse-Normandie              | 54                 | 6                 | 2                   | 1                 | 2                       | 0                 | 65           | 1 467 425                         | 4,4                            |
| Poitou-Charentes             | 58                 | 14                | 4                   | 1                 |                         | 0                 | 77           | 1 752 708                         | 4,4                            |
| Limousin                     | 20                 | 2                 | 6                   | 1                 |                         | 0                 | 29           | 740 743                           | 3,9                            |
| Picardie                     | 45                 | 10                | 7                   | 0                 |                         | 0                 | 62           | 1 906 601                         | 3,3                            |

**La part des dermatologues libéraux est importante par rapport aux hospitaliers.**

## HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGUE

Source : Drees Adeli au  
01.01.2011

| Régions                      | Libéral            |                   | Salarié hospitalier |                   | Salarié non hospitalier |                   | Total        | Population<br>au 1er janvier 2008 | Densité<br>pour 100 000<br>hab |
|------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|
|                              | Moins<br>de 60 ans | 60 ans et<br>plus | Moins<br>de 60 ans  | 60 ans et<br>plus | Moins<br>de 60 ans      | 60 ans et<br>plus |              |                                   |                                |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur   | 168                | 66                | 93                  | 15                | 3                       | 1                 | 346          | 4 882 913                         | 7,1                            |
| Île-de-France                | 352                | 113               | 284                 | 42                | 16                      | 13                | 820          | 11 659 260                        | 7,0                            |
| Corse                        | 11                 | 4                 | 4                   | 0                 | 1                       | 0                 | 20           | 302 966                           | 6,6                            |
| Languedoc-Roussillon         | 80                 | 27                | 43                  | 9                 | 2                       | 1                 | 162          | 2 581 718                         | 6,3                            |
| <b>France Métropolitaine</b> | <b>1 523</b>       | <b>464</b>        | <b>1 241</b>        | <b>170</b>        | <b>43</b>               | <b>25</b>         | <b>3 466</b> | <b>62 134 866</b>                 | <b>5,6</b>                     |
| Bretagne                     | 68                 | 22                | 73                  | 7                 | 2                       | 3                 | 175          | 3 149 701                         | 5,6                            |
| Aquitaine                    | 75                 | 24                | 63                  | 7                 | 3                       | 1                 | 173          | 3 177 625                         | 5,4                            |
| Alsace                       | 53                 | 11                | 29                  | 6                 | 1                       | 0                 | 100          | 1 837 087                         | 5,4                            |
| Franche-Comté                | 19                 | 12                | 21                  | 7                 | 2                       | 0                 | 61           | 1 163 931                         | 5,2                            |
| Champagne-Ardenne            | 35                 | 7                 | 26                  | 1                 |                         | 1                 | 70           | 1 338 004                         | 5,2                            |
| Midi-Pyrénées                | 79                 | 23                | 39                  | 7                 |                         | 0                 | 148          | 2 838 228                         | 5,2                            |
| Basse-Normandie              | 26                 | 9                 | 36                  | 3                 | 1                       | 0                 | 75           | 1 467 425                         | 5,1                            |
| Picardie                     | 33                 | 9                 | 45                  | 9                 |                         | 0                 | 96           | 1 906 601                         | 5,0                            |
| Rhône-Alpes                  | 148                | 32                | 103                 | 16                | 7                       | 0                 | 306          | 6 117 229                         | 5,0                            |
| Haute-Normandie              | 32                 | 12                | 42                  | 4                 |                         | 0                 | 90           | 1 825 667                         | 4,9                            |
| Nord-Pas-de-Calais           | 82                 | 21                | 78                  | 8                 | 1                       | 1                 | 191          | 4 024 490                         | 4,7                            |
| Poitou-Charentes             | 31                 | 12                | 36                  | 3                 |                         | 1                 | 83           | 1 752 708                         | 4,7                            |
| Limousin                     | 12                 | 3                 | 20                  | 0                 |                         | 0                 | 35           | 740 743                           | 4,7                            |
| Centre                       | 52                 | 11                | 52                  | 4                 |                         | 0                 | 119          | 2 531 588                         | 4,7                            |
| Bourgogne                    | 25                 | 13                | 30                  | 3                 | 2                       | 2                 | 75           | 1 638 588                         | 4,6                            |
| Pays de la Loire             | 74                 | 16                | 63                  | 5                 | 1                       | 0                 | 159          | 3 510 170                         | 4,5                            |
| Auvergne                     | 28                 | 6                 | 19                  | 6                 |                         | 0                 | 59           | 1 341 863                         | 4,4                            |
| <b>Lorraine</b>              | <b>40</b>          | <b>11</b>         | <b>42</b>           | <b>8</b>          | <b>1</b>                | <b>1</b>          | <b>103</b>   | <b>2 346 361</b>                  | <b>4,4</b>                     |

## 9. GRADATION DES SOINS

Afin d'optimiser le fonctionnement des services de médecine, leur organisation doit se faire dans le cadre de la gradation de soins en identifiant des services de recours (services de spécialités médicales telles que cardiologie, neurologie, diabétologie...). Le diagnostic sur l'identification de ces spécialités n'a pas été effectué sur le temps imparti à l'élaboration du volet.

Le groupe expert a amorcé des travaux sur la définition de la médecine polyvalente.

Après avoir réalisé un diagnostic précis des offres de médecine polyvalente et médecine spécialisée, le travail de gradation des soins sera effectué avec l'identification de structures de recours par thématiques et l'organisation de filière de soins.

## MEDECINE D'URGENCE ET LIENS AVEC LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

### 1 : Coopérations sanitaires transfrontalières

La coopération sanitaire transfrontalière implique des accords entre pays, puis « arrangement administratif » qui définit :

- Les autorités compétentes pour signer des conventions de coopération (avant avril 2010 : ARH, DRASS, URCAM, actuellement : ARS)
- Les conditions et modalités d'intervention des professionnels de santé
- Les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales

#### **Le cadre juridique national**

A ce jour, le cadre juridique de la coopération transfrontalière entre la Lorraine et les pays de la grande région est le suivant :

##### Avec la Belgique :

Un accord a été signé entre le gouvernement de la République Française d'une part, et le gouvernement du Royaume de Belgique, le gouvernement de la Communauté Française, le Gouvernement de la Région Wallonne et le Gouvernement Flamand, d'autre part, sur la coopération transfrontalière entre les collectivités territoriales et organismes publics locaux, à Bruxelles le 16 septembre 2002.

Cet accord a été complété, dans le domaine de la santé, par un arrangement administratif général relatif à la coopération sanitaire transfrontalière, le 30 septembre 2005.

Un arrangement administratif (qui désigne le contenu des éventuelles conventions de coopération bilatérale ainsi que les autorités compétentes pour leur contrôle) a été arrêté par les autorités des deux pays.

##### Avec l'Allemagne :

Un accord cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de république fédérale d'Allemagne relatif à la coopération sanitaire. (Signature le 2 juillet 2005, publication au JO par décret n°2007-1039 du 15/06/07 ; prise d'effet au 1<sup>er</sup> avril 2007) Il concerne les länders du Bade Wurtemberg, de Rhénanie Palatinat et de la Sarre et l'Alsace et la Lorraine.

Un arrangement administratif a été signé par les autorités des deux pays le 9 mars 2006 (prise d'effet au 1<sup>er</sup> mai 2007)

Une circulaire interne française a été prise en application le 18 juillet 2007

##### Avec le Luxembourg

Pas d'accord cadre avec le Luxembourg mais possibilité de conclure des conventions internationales > ratifiées par le Parlement

## Les déclinaisons en conventions

Les conventions dans le domaine des urgences pré hospitalières sont les suivant :

### Avec la Belgique

Signature des annexes d'application de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente entre la Lorraine et la Wallonie signée le 19 mars 2008 à Mont Saint Martin. Dans la zone frontalière concernée qui englobe la Province du Sud Luxembourg en Belgique et le nord de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle, trois SMUR sont implantés : l'un à Arlon, le deuxième à Verdun et le troisième à Mont-Saint-Martin.

Le principe retenu est celui de faire intervenir le SMUR voisin, quand le SMUR local est indisponible et à condition que le SMUR étranger permette de gagner au moins dix minutes par rapport au SMUR local mobilisable en 2ème intention.

Cette convention permet, à travers la coordination du centre 15 à Nancy ou à Verdun et du Centre 100 à Arlon, de décider de l'intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation frontalier lorsque le SMUR local est indisponible. Ainsi pour le patient, les pompiers et les professionnels de santé libéraux cette organisation est transparente.

Une convention complémentaire a été signée le 30 avril 2009 entre le DGARH et la Wallonie pour permettre la couverture en première intention par le smur de Longwy du territoire belge d'Aubange (environ 200 interventions par an)

### Avec l'Allemagne

Une convention a été signée entre la Lorraine (DARH) et la Sarre le 11 juin 2008, sur la coopération entre le centre 15 de Moselle et son équivalent sarrois pour permettre l'intervention d'un SMUR sur le territoire étranger s'il est plus proche ou en renfort.

Cependant, cette convention n'est que rarement activée, sauf intervention ponctuelle d'un SMUR sarrois sur le territoire mosellan à la demande des ressortissants sarrois résidant en France.

Barrière de la langue et absence de rencontres régulières entre équipes françaises et allemandes ne favorise pas l'application pleine de cette convention.

## 2 : Organisation interne des structures des urgences

La prise en charge des urgences engage tout l'établissement et non la seule structure des urgences. Il est donc du ressort de ce dernier d'assurer en amont de la structure des urgences un accueil et un tri débouchant sur une orientation d'aval adaptée.

L'ensemble des mesures suivantes est de nature à recentrer l'activité des urgentistes et d'éviter les problèmes d'afflux et d'engorgement des urgences.

### **Améliorer l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients se présentant aux urgences, par la mise en place d'un IAO infirmier de l'accueil et de l'orientation**

La mise en place d'un tri rapide, d'une gestion des flux de patients fondée sur le niveau de gravité des pathologies et d'une liaison plus étroite avec l'ensemble du réseau, est nécessaire.

Lorsque le niveau d'activité est important il convient d'envisager la présence d'un professionnel dédié à l'orientation des patients qui hiérarchisera les prises en charge, ré-adressera le cas échéant les patients vers la médecine générale, éventuellement une MMG, ou vers les consultations externes hospitalières de spécialité, sur la base de protocoles clairs et partagés, de façon à sécuriser ces « ré adressages ».

### Identifier une fonction de « coordinateur de l'aval »

Aux urgences, la recherche de lits doit être faite précocement, lors de la prise en charge des patients. Elle doit faire l'objet d'une organisation à l'intérieur même de la SU. Une fonction de « coordinateur de l'aval » doit au mieux être identifiée au sein de la SU ; elle peut être assurée par une IDE.

Les patients reprogrammables vers une consultation après leur sortie de la SU doivent être identifiés précocement à partir de protocoles pré-établis et actualisés.

### Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences

Dans les établissements publics de santé, les modalités d'intervention des médecins seniors des services de spécialités, ou des internes qu'ils délèguent sous leur responsabilité, doivent, en tant que de besoin, être systématiquement et préalablement organisées. La formalisation du partenariat est essentielle : c'est pourquoi des protocoles devraient au mieux être établis et référencés entre le service des urgences et tous les services de médecine polyvalente ou de spécialités. Ainsi par exemple, le service de l'urgence dispose chaque jour du nom du référent senior identifié par le service de spécialité.

### Identifier une zone d'UHCD dans chaque SU

Chaque structure des urgences doit comporter une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'un minimum de 2 lits, dont la capacité est définie en fonction de l'activité de la structure.

Ces lits n'ont pas vocation à servir de « zone tampon » pour les autres services cliniques ni à prendre en charge des patients pour lesquels une hospitalisation complète est indiquée. Elle n'a pas vocation en particulier à accueillir des patients relevant d'une unité de surveillance continue. Cette zone doit être placée sous la responsabilité du chef du service des urgences

### Organiser l'aval des urgences

Une réflexion devra être menée par les professionnels pour organiser des réseaux de prise en charge des urgences à partir des structures des urgences reconnues.

Ils veilleront à identifier, conforter et réguler les filières de soins en aval des urgences en vue d'assurer la fluidité des prises en charge.

Par ailleurs, une attention particulière sera portée aux populations vulnérables.

### Assurer une organisation territoriale adaptée aux besoins : Médecins correspondant du SAMU

Ce dispositif est à privilégier dans les zones dans lesquelles les SMUR ne peuvent intervenir, dans le cadre des urgences vitales, auprès de la victime dans un délai tendant vers 20 minutes, plus particulièrement dans les zones blanches de Meuse.

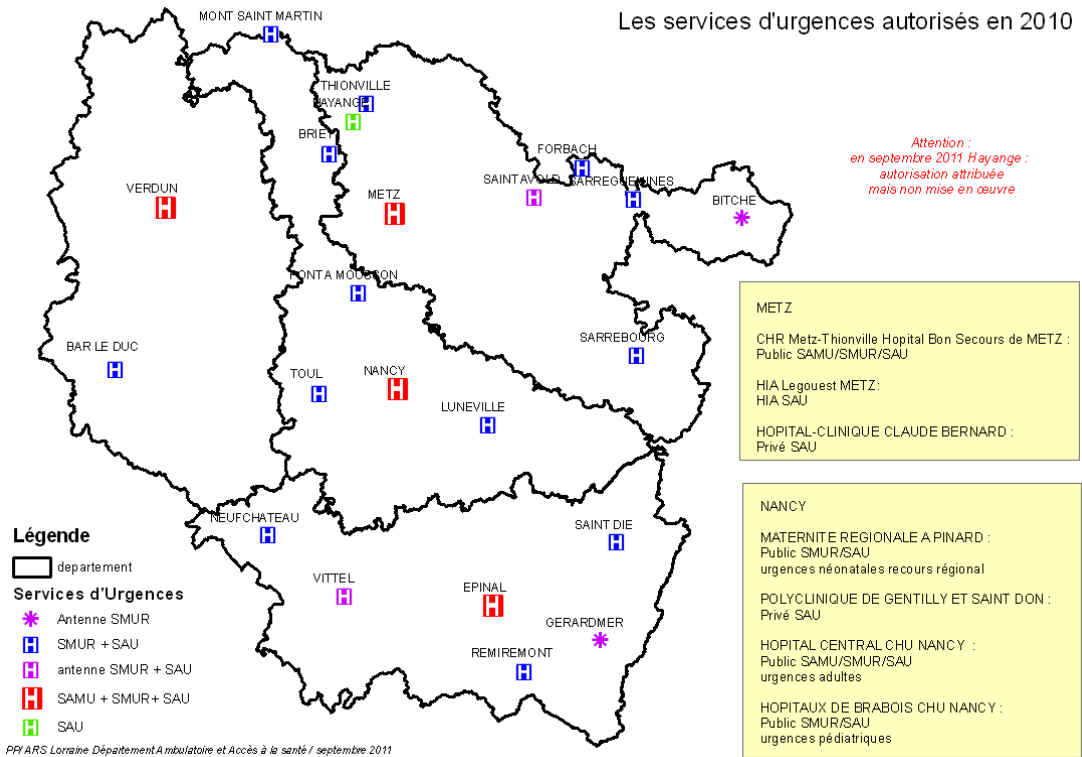
#### Les médecins correspondants du SAMU (MCS) font partie du réseau des urgences

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin formé à l'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les structures des urgences et les SMUR.

Il permet de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence vitale par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR. Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au SMUR, le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du médecin correspondant du SAMU et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), chargée de prendre en charge le patient. Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.

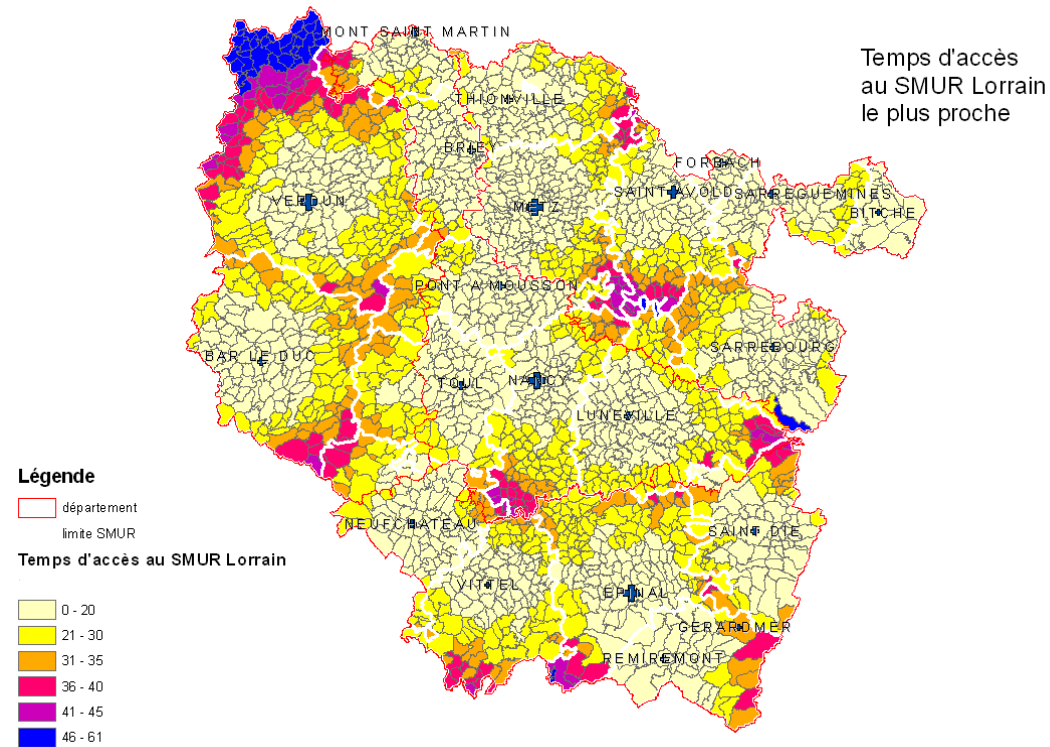
Evaluer le dispositif des médecins correspondants du SAMU rénové en application des textes réglementaires (notamment en Meuse).

3 : Les implantations des services d'urgences



**Remarques :**  
Hayange : autorisation attribuée, non mise en œuvre en septembre 2011.  
HIA Legouest METZ : ne relève pas du régime des autorisations.

4 : Les temps d'accès, délais d'intervention des services d'urgences  
**Cartes zonage et temps d'accès des SMUR terrestres**





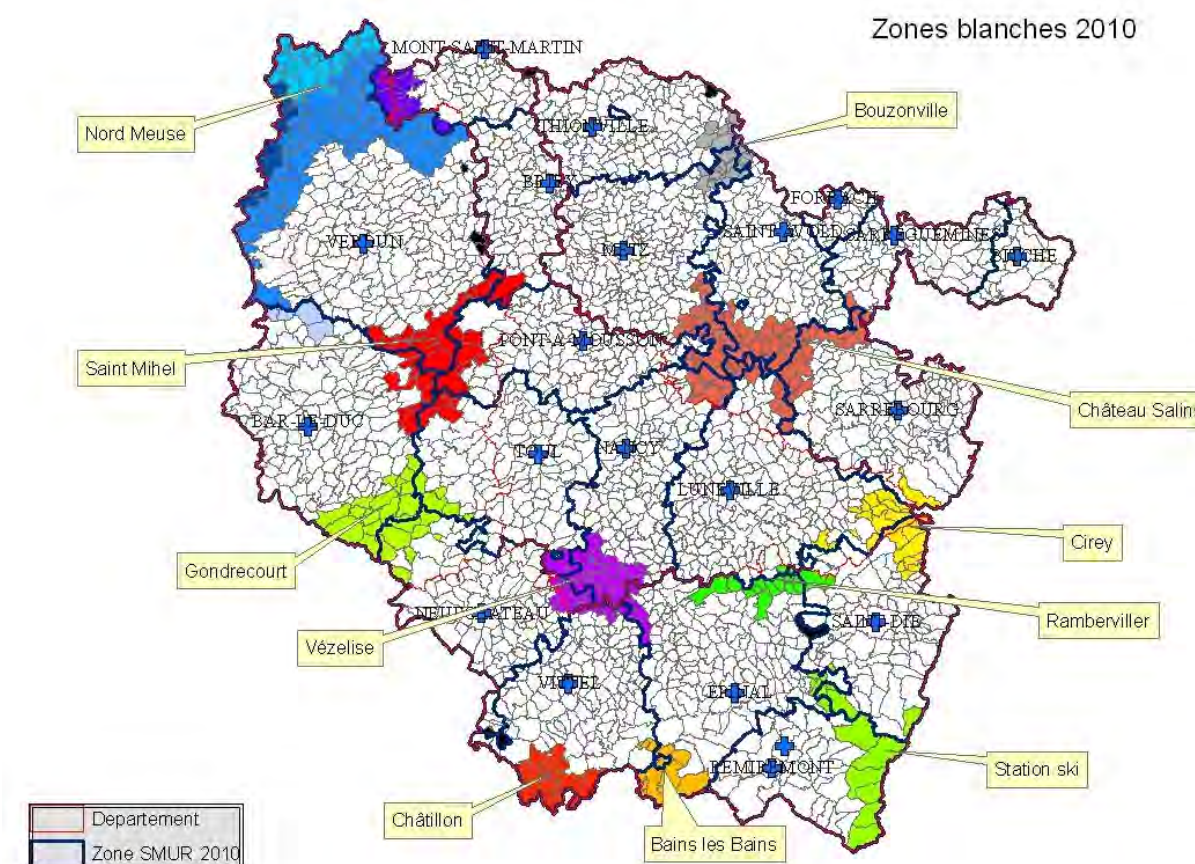
**Zones blanches :**

Ont été considérées comme communes en zones blanches, les communes éloignées de plus de 30 mn (strictement) d'une commune SMUR lorraine.

Le temps d'accès à certaines de ces zones blanches peut être réduit par l'intervention de SMUR des régions limitrophe.

L'intervention de SMUR transfrontalier ne permet pas une meilleur couverture de ses zones sauf peut être pour la zone de Bouzonville (à étudier)

| Zones blanche             | Nombre de commune | Superficie (km <sup>2</sup> ) | Nombre d'habitants | Densité (hab/km <sup>2</sup> ) | SMUR Lorrains |           |             |                            |                                                                  | SMUR Lorrain + SMUR autres régions françaises limitrophes |           |             |                            |                   |
|---------------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|---------------|-----------|-------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|
|                           |                   |                               |                    |                                | Temps Min     | Temps Max | Temps Moyen | Temps Moyen Stand. Par hab | SMUR                                                             | Temps Min                                                 | Temps Max | Temps Moyen | Temps Moyen Stand. Par hab | SMUR              |
| Bouzonville               | 23                | 147                           | 12323              | 83,74                          | 31            | 45        | 35,2        | 36,6                       | Metz, St Avold, Thionville                                       |                                                           |           |             |                            |                   |
| Château-Salins            | 92                | 648                           | 27365              | 42,19                          | 31            | 54        | 35,7        | 34,1                       | Lunéville, Nancy, PAM, Metz, St Avold, Sarrebourg, Sarreguemines |                                                           |           |             |                            |                   |
| Châtilon-sur-Saône        | 17                | 177                           | 2111               | 11,89                          | 32            | 43        | 36,5        | 36,5                       | Vittel                                                           |                                                           |           |             |                            |                   |
| Bains les Bains           | 11                | 152                           | 4259               | 27,98                          | 34            | 47        | 40,9        | 38,9                       | Epinal, Vittel                                                   | 24                                                        | 40        | 32          | 30,1                       | Luxeuil les Bains |
| Cirey                     | 23                | 245                           | 4500               | 18,30                          | 31            | 47        | 37,0        | 36,3                       | Lunéville, St-Dié, Sarrebourg                                    |                                                           |           |             |                            |                   |
| Gondrecourt-Commercy      | 28                | 414                           | 5337               | 12,87                          | 29            | 44        | 34,8        | 34,7                       | Toul, Neufchâteau, BLD                                           |                                                           |           |             |                            |                   |
| nord Meuse 0              | 68                | 766                           | 15327              | 19,99                          | 31            | 54        | 38,0        | 39,4                       | Verdun                                                           |                                                           |           |             |                            |                   |
| nord Meuse1               | 4                 | 71                            | 698                | 9,81                           | 31            | 33        | 32,5        | 32,1                       | BLD                                                              |                                                           |           |             |                            |                   |
| nord Meuse2               | 14                | 122                           | 3083               | 25,23                          | 31            | 42        | 35,4        | 34,4                       | Mt St Martin                                                     |                                                           |           |             |                            |                   |
| nord Meuse3               | 22                | 216                           | 6697               | 30,88                          | 46            | 61        | 54,7        | 52,1                       | Verdun                                                           | 24                                                        | 47        | 37,4        | 37,4                       | Sedan             |
| nord Meuse4               | 11                | 96                            | 1118               | 11,58                          | 40            | 52        | 44,0        | 45,1                       | Verdun                                                           | 29                                                        | 38        | 33          | 33,9                       | Vouziers          |
| Rambervillers             | 14                | 150                           | 2879               | 19,08                          | 31            | 37        | 33,9        | 33,7                       | Epinal, St Dié                                                   |                                                           |           |             |                            |                   |
| saint mihel - vigneuilles | 38                | 491                           | 14845              | 30,22                          | 31            | 41        | 33,4        | 34,7                       | Verdun, BLD, PAM, Toul, Briey                                    |                                                           |           |             |                            |                   |
| Stations ski-Granges      | 16                | 330                           | 27594              | 83,58                          | 31            | 38        | 34,1        | 33,9                       | Epinal, St Dié, Remiremont                                       |                                                           |           |             |                            |                   |
| Vézelize                  | 57                | 334                           | 7604               | 22,70                          | 31            | 44        | 34,7        | 34,1                       | Nancy, Toul, Epinal, Neufchâteau, Vittel                         |                                                           |           |             |                            |                   |
| <b>Lorraine</b>           | <b>438</b>        | <b>4366,86</b>                | <b>135740</b>      | <b>31,08412</b>                | <b>29</b>     | <b>61</b> | <b>35,5</b> | <b>35,1</b>                |                                                                  |                                                           |           |             |                            |                   |



## 5 : Les volumes d'activités des services d'urgences

## Nombre passage aux urgences

| Nom                                               | Activité des structures d'urgences |        |        |        | Evolution de l'activité |           |           |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|--------|--------|--------|-------------------------|-----------|-----------|
|                                                   | 2007                               | 2008   | 2009** | 2010** | 2007/2008               | 2008/2009 | 2009/2010 |
| MATERNITE REGIONALE A PINARD*                     | 250                                | 210    |        |        | -16,0%                  |           |           |
| CH St Charles de TOUL                             | 15 226                             | 15 925 | 16 729 | 16 701 | 4,6%                    | 5,0%      | -0,2%     |
| CH de LUNEVILLE                                   | 16 207                             | 17 151 | 16 014 | 16 346 | 5,8%                    | -6,6%     | 2,1%      |
| CH de PONT A MOUSSON                              | 10 135                             | 11 442 | 11 426 | 10 751 | 12,9%                   | -0,1%     | -5,9%     |
| POLYCLINIQUE DE GENTILLY ET SAINT DON             | 15 000                             | 16 197 | NR     | NR     | 8,0%                    | NR        | NR        |
| CH Maillot de BRIEY                               | 20 621                             | 25 421 | 22 121 | 22 712 | 23,3%                   | -13,0%    | 2,7%      |
| CH de MT ST MARTIN ( ALPHA SANTE )                | 19 869                             | 21 527 | 22 000 | 20 336 | 8,3%                    | 2,2%      | -7,6%     |
| HOPITAL CENTRAL CHU NANCY                         | 42 000                             | 40 923 | 41 554 | 41 476 | -2,6%                   | 1,5%      | -0,2%     |
| HOPITAUX DE BRABOIS CHU NANCY                     | 24 500                             | 23 517 | 24 547 | NR     | -4,0%                   | 4,4%      | #VALEUR!  |
| CH St Nicolas de VERDUN                           | 21 183                             | 25 518 | 25 714 | 25 355 | 20,5%                   | 0,8%      | -1,4%     |
| CH de BAR LE DUC                                  | 16 800                             | 17 081 | 16 240 | 18 153 | 1,7%                    | -4,9%     | 11,8%     |
| CH Marie Madeleine de FORBACH                     | 30 000                             | 31 017 | 32 609 | 32 155 | 3,4%                    | 5,1%      | -1,4%     |
| CH St Nicolas de SARREBOURG                       | 20 481                             | 22 587 | 21 927 | 19 772 | 10,3%                   | -2,9%     | -9,8%     |
| HOSPITALOR HOPITAL DE ST AVOLD                    | 28 253                             | 28 025 | 23 566 | 28 502 | -0,8%                   | -15,9%    | 20,9%     |
| CH d'HAYANGE ( ALPHA SANTE )                      |                                    |        | 14 790 |        |                         |           |           |
| CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE | 40 000                             | 49 311 | 50 659 | 48 150 | 23,3%                   | 2,7%      | -5,0%     |
| CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ   | 50 000                             | 51 004 | 51 097 | 46 868 | 2,0%                    | 0,2%      | -8,3%     |
| HIA Legouest METZ                                 |                                    |        | 19 919 | 21 198 |                         |           | 6,4%      |
| HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD                   | 15 148                             | 14 385 | 14 035 | 14 305 | -5,0%                   | -2,4%     | 1,9%      |
| CH Robert Pax de SARREGUEMINES                    | 23 567                             | 30 978 | 31 897 | NR     | 31,4%                   | 3,0%      | #VALEUR!  |
| CH Jean Monnet EPINAL                             | 27 901                             | 30 825 | 32 223 | 30 392 | 10,5%                   | 4,5%      | -5,7%     |
| CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES                        | 22 782                             | 22 557 | 23 550 | 21 775 | -1,0%                   | 4,4%      | -7,5%     |
| CH de NEUFCHATEAU                                 | 13 733                             | 21 849 | 14 731 | 14 696 | 59,1%                   | -32,6%    | -0,2%     |
| CH de REMIREMONT                                  | 16 872                             | 20 800 | 17 076 | 17 049 | 23,3%                   | -17,9%    | -0,2%     |
| CH de VITTEL                                      |                                    |        | 8 087  | 8 080  |                         |           | -0,1%     |

Source : Enquêtes 2008 et 2009 sur l'informatisation des structures d'urgences

\*Source : pour la Maternité Régionale Adolphe Pinard : données fournies par l'établissement lors de la visite de conformité du 20 avril 2009.

\*\* Source : Enquêtes 2010 et 2011 sur l'activité 2009 et 2010 des structures d'urgences

## Activité SMUR (en 2010) :

| SMUR                                              |             | Interventions primaires  |       | Interventions secondaires |       | Non réponses |        | Nombre d'interventions total * |
|---------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-------|---------------------------|-------|--------------|--------|--------------------------------|
| Nom                                               | Département | Nombre                   | %     | Nombre                    | %     | Nombre       | %      |                                |
| CH St Charles de TOUL                             | 54          | 491                      | 93,5% | 34                        | 6,5%  | 0            | 0,0%   | 525                            |
| CH de LUNEVILLE                                   | 54          | 579                      | 92,3% | 48                        | 7,7%  | 0            | 0,0%   | 627                            |
| CH de PONT A MOUSSON                              | 54          | 433                      | 91,7% | 39                        | 8,3%  | 0            | 0,0%   | 472                            |
| CH Maillot de BRIEY                               | 54          | 576                      | 96,3% | 22                        | 3,7%  | 0            | 0,0%   | 598                            |
| CH de MT ST MARTIN ( ALPHA SANTE )                | 54          | 890                      | 83,5% | 176                       | 16,5% | 0            | 0,0%   | 1 066                          |
| HOPITAL CENTRAL CHU NANCY                         | 54          | 2 651                    | 58,7% | 1 869                     | 41,3% | 0            | 0,0%   | 4 520                          |
| CHU NANCY - SMUR Pédiatrique                      | 54          |                          |       |                           |       |              |        |                                |
| CH St Nicolas de VERDUN                           | 55          | 956                      | 95,6% | 44                        | 4,4%  | 0            | 0,0%   | 1 000                          |
| CH de BAR LE DUC                                  | 55          |                          |       |                           |       | 677          | 100,0% | 677                            |
| CH Marie Madeleine de FORBACH                     | 57          | 1 132                    | 74,3% | 391                       | 25,7% | 0            | 0,0%   | 1 523                          |
| SMUR de SAINT AVOLD (HOSPITALOR)                  | 57          | antenne de Forbach       |       |                           |       |              |        |                                |
| CH St Nicolas de SARREBOURG                       | 57          | 430                      | 73,3% | 157                       | 26,7% | 0            | 0,0%   | 587                            |
| CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE | 57          | 1 626                    | 71,3% | 656                       | 28,7% | 0            | 0,0%   | 2 282                          |
| CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ   | 57          | 1 763                    | 85,9% | 290                       | 14,1% | 0            | 0,0%   | 2 053                          |
| CH Robert Pax de SARREGUEMINES                    | 57          | 675                      | 80,1% | 168                       | 19,9% | 0            | 0,0%   | 843                            |
| SMUR ST JOSEPH de BITCHE                          | 57          | antenne de Sarreguemines |       |                           |       |              |        |                                |
| CH Jean Monnet EPINAL                             | 88          | 921                      | 71,4% | 369                       | 28,6% | 0            | 0,0%   | 1 290                          |
| CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES                        | 88          | 516                      | 79,5% | 133                       | 20,5% | 0            | 0,0%   | 649                            |
| CH de NEUFCHATEAU                                 | 88          | 279                      | 74,6% | 95                        | 25,4% | 0            | 0,0%   | 374                            |
| CH de VITTEL                                      | 88          | 291                      | 80,8% | 69                        | 19,2% | 0            | 0,0%   | 360                            |
| CH de REMIREMONT                                  | 88          | 492                      | 75,0% | 164                       | 25,0% | 0            | 0,0%   | 656                            |
| CH de GERARDMER                                   | 88          | 119                      | 93,7% | 8                         | 6,3%  | 0            | 0,0%   | 127                            |
|                                                   |             | 14 820                   | 73,3% | 4 732                     | 23,4% | 677          | 3,3%   | 20 229                         |

## 6 : EHPAD

| Dossier de liaison d'urgence en EHPAD |                                                   | Services d'urgence en 2010 :avez-vous participé à l'élaboration de dossier de liaison d'urgence avec des EHPAD (ou en avez-vous connaissance) ? |                                                                      | Nombre d'Ehpad                           | Ehpad où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence | Ehpad où le DLU est mis en place |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                                       |                                                   | oui/non                                                                                                                                         | Précisez lesquels                                                    |                                          |                                                                              |                                  |
| Département                           | Services d'urgences                               | données ARS septembre 2010 : déclaratif Urgences                                                                                                |                                                                      | données ARS juin 2010 : déclaratif EHPAD |                                                                              |                                  |
| 54                                    | CH St Charles de TOUL                             | non                                                                                                                                             |                                                                      | 60                                       | 82%                                                                          | 52%                              |
|                                       | CH de LUNEVILLE                                   | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de PONT A MOUSSON                              | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | POLYCLINIQUE DE GENTILLY ET SAINT DON             | NR                                                                                                                                              |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH Maillot de BRIEY                               | NR                                                                                                                                              |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de MT ST MARTIN ( ALPHA SANTE )                | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | HOPITAL CENTRAL CHU NANCY                         | oui                                                                                                                                             | agglomération Nancy                                                  |                                          |                                                                              |                                  |
| 55                                    | CH St Nicolas de VERDUN                           | non                                                                                                                                             |                                                                      | 20                                       | 100%                                                                         | 100%                             |
|                                       | CH de BAR LE DUC                                  | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
| 57                                    | CH Marie Madeleine de FORBACH                     | oui                                                                                                                                             | EHPAD d'Hospitalor                                                   | 112                                      | 71%                                                                          | 71%                              |
|                                       | CH St Nicolas de SARREBOURG                       | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | HOSPITALOR HOPITAL DE ST AVOLD                    | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH d'HAYANGE ( ALPHA SANTE )                      | NR                                                                                                                                              |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE | oui                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ   | oui                                                                                                                                             | mise en place DLU                                                    |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | HIA Legouest METZ                                 | NR                                                                                                                                              |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD                   | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH Robert Pax de SARREGUEMINES                    | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
| 88                                    | CH Jean Monnet EPINAL                             | En cours                                                                                                                                        | Ensemble des EHPAD rattachés au CHJM centre hospitalier de proximité | 67                                       | 100%                                                                         | 91%                              |
|                                       | CH de GERARDMER                                   | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES                        | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de NEUFCHATEAU                                 | non                                                                                                                                             |                                                                      |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de REMIREMONT                                  | oui                                                                                                                                             | Dossier informatisé d'urgence                                        |                                          |                                                                              |                                  |
|                                       | CH de VITTEL                                      | NR                                                                                                                                              | NR                                                                   |                                          |                                                                              |                                  |

## 7 : Les indicateurs

**Passage aux urgences en moins de 4h**

Source : ORULOR 2010

| Département        | Etablissement*           | Nb passages | Nb < 4h | % < 4h |
|--------------------|--------------------------|-------------|---------|--------|
| Meurthe-et-Moselle | CH Briey                 | 2 663       | 2 442   | 91,7%  |
|                    | CH Lunéville             | 9 736       | 7 809   | 80,2%  |
|                    | CH Pont à Mousson        | 1 490       | 1 289   | 86,5%  |
|                    | CHU Nancy                | 39 465      | 21 280  | 53,9%  |
|                    | Polyclinique de Gentilly | 14 912      | 10 502  | 70,4%  |
| Meuse              | CH Verdun                | 24 389      | 19 653  | 80,6%  |
| Moselle            | CH Forbach               | 23 879      | 19 416  | 81,3%  |
|                    | CHR Metz                 | 46 514      | 32 461  | 69,8%  |
|                    | CHR Thionville           | 48 309      | 30 465  | 63,1%  |
|                    | CH Sarrebourg            | 12 008      | 10 932  | 91,0%  |
|                    | Clinique Claude Bernard  | 571         | 513     | 89,8%  |
| Vosges             | CH Epinal                | 30 075      | 20 324  | 67,6%  |
|                    | CH Neufchâteau           | 7 867       | 7 421   | 94,3%  |
|                    | CH Remiremont            | 9 050       | 6 528   | 72,1%  |
| Total              |                          | 270 928     | 191 035 | 70,5%  |

\* Etablissements connectés à ORULOR en 2010 (connections en cours d'année comprises)

**CCMU1 dans les passages aux urgences**

Source : ORULOR 2010

## Répartition par niveaux de gravité (CCMU)

|       | Nombre de passage * | % de passage |
|-------|---------------------|--------------|
| NR    | 7 835               | 2,9%         |
| CCMU1 | 25 067              | 9,2%         |
| CCMU2 | 214 944             | 79,3%        |
| CCMU3 | 19 468              | 7,2%         |
| CCMU4 | 2 430               | 0,9%         |
| CCMU5 | 724                 | 0,3%         |
| CCMUP | 123                 | 0,0%         |
| CCMUD | 566                 | 0,2%         |
| total | 271 157             | 100,0%       |

Nombre de passage des établissements connectés à ORULOR en 2010 (connections en cours d'année comprises).

CCMU1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par

le Service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ou un service d'urgences.

CCMU2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le

Smur ou un service d'urgences.

CCMU3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention Smur, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.



CCMU5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMUP : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.

CCMUD : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences

## 8 : Glossaire

ASIP : Agence des systèmes d'Information Partagés de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

MMG : Maison Médicale de Garde

ORDIGARDE :

ORU : Observatoire Régional des Urgences

ORULOR : ORU de Lorraine

PARM : Permanencier(e)s Auxiliaires de Régulation Médicale de SAMU

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RPPS :

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAMU : Structures d'Aide Médicale Urgente

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : les Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SMUR : les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SROS III. : SROS de troisième génération

SU : structure des urgences

SUP : structure des urgences pédiatriques

TIIH : Transport infirmier inter hospitalier

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé libéraux

## PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSES)

### METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

#### 1. Composition groupe expert :

Le groupe expert est composé :

- ↳ de présidents de COPS ou de CME à partir d'un panel d'établissements choisis.
- ↳ de représentants des fédérations des établissements publics, privés et ESPIC, de l'ordre des médecins, de l'URPS médecins et pharmaciens, du CLCC, du réseau Lorraine des urgences, de la conférence régionale des présidents de CME et du Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU.

2. **Etat des lieux** : une enquête régionale sur les lignes et coûts a été lancée en février 2011 pour des données 2010.
3. **Partage de la méthodologie de définition du schéma cible avec les professionnels** : 3 réunions de concertation ont été organisées (31 mars 2011, 27 avril 2011, 1er juin 2011). Une réunion spécifique sur la définition du contenu du cahier des charges dans le cadre des appels à candidature a été organisée (14 septembre 2011).
4. **Une consultation individuelle** auprès de chaque établissement potentiellement concerné par la PDSES a été réalisée (du 01 août au 15 septembre 2011). L'objectif étant de recenser les remarques et observations argumentées de chaque établissement sur leurs lignes et d'apporter à partir des arguments développés par chaque établissement les ajustements au projet de schéma cible de PDSES.
5. A l'issue de cette consultation, une réunion du groupe expert a été organisée (26 octobre 2011) pour présenter une nouvelle version du projet de schéma cible. Les objectifs étaient de repérer les lignes à mutualiser et la pertinence ou non d'intégration de certaines spécialités en PDSES (ex : dermatologie, rhumatologie), de déterminer les lignes dont la couverture est régionale et l'opérationnalité des lignes déclarées par les établissements.

### CONTEXTE

#### 1. Orientations nationales / régionales :

La loi HPST qualifie la PDS de mission de service public à laquelle tout établissement peut contribuer (article L. 6112-1 du CSP). Elle donne compétence au DG de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le SROS PRS est le cadre opérationnel dans lequel il convient d'opérer la réorganisation de la PDSES.

Un cadre national est défini et il est commun aux secteurs public et privé. De plus, le dispositif de financement sur crédits MIG est unique et fongible pour la permanence des soins en établissement de santé.

Il est utile de rappeler la définition de la permanence des soins en établissement de santé :

- ↳ La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et **la prise en charge de nouveaux patients** dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, **la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.**



➤ **La permanence des soins en établissement de santé concerne le seul champ MCO** et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence, à l'exception des lignes de permanence financées par le Forfait Annuel Urgence (ES ex-DG).

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES.

Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Le guide méthodologique de la DGOS souligne la différence entre permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et obligation de présence médicale (continuité des soins). En effet, la présence médicale est organisée au titre de la continuité des prises en charge, et elle est rémunérée (y compris les forfaits de garde et d'astreinte des médecins « salariés ») par les recettes d'activité (GHS et honoraires pour les médecins libéraux).

## 2. Les enjeux :

- **Améliorer l'accès aux soins** : Permanence d'accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés avec à l'échelon territorial le plus adapté selon les disciplines concernées,
- **Accessibilité financière** : cela implique des **tarifs de secteur 1**,
- **Améliorer la qualité de la prise en charge** : permettre la réduction des délais d'attente et orientation en aval des urgences et la sécurisation des parcours de soins non programmés,
- **Améliorer l'efficacité** : Optimisation du recours aux ressources médicales disponibles (mutualisations entre établissements, participation des praticiens libéraux) et suppression des doublons et des dépenses inutiles.

## 3. Le dispositif de financement :

L'année 2011 est une année de transition afin d'arriver à un dispositif de financement unique et fongible de la permanence des soins en établissement de santé.

Ce dispositif est harmonisé, commun aux secteurs public et privé avec une inclusion des établissements Ex-OQN et des médecins libéraux dans le dispositif de financement sur les crédits MIG. Initialement prévu à **compter du 1er juillet 2011**, cette échéance est reportée et les ARS sont en attente de directives nationales.

L'effort d'optimisation du dispositif de PDSES est à réaliser dès 2011, à hauteur de **60M€ soit 7,21%** d'effort d'économie par région.

**Pour la région Lorraine, l'enveloppe MIG PDSES 2011 s'élève en année pleine à 32 201 534 €.**

**L'effort en année pleine s'élève à - 2 501 267 €.**

#### 4. Les modalités d'attribution de la mission PDSES :

Une fois le SROS-PRS arrêté, trois procédures sont à mobiliser successivement :

- ⇒ Etablissements exerçant déjà la mission : reconnaissance prioritaire (en fonction des besoins identifiés),
- ⇒ Besoin non couvert ou partiellement couvert : appel à candidatures,
- ⇒ Echec de l'appel à candidature : désignation unilatérale (à titre exceptionnel).

Dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et l'établissement seront précisées dans le CPOM les spécialités concernées et les modalités de réalisation de la MSP (y compris les modalités d'indemnisation).

#### 5. La méthodologie retenue :

A partir du guide méthodologique DGOS, les éléments méthodologiques sont les suivants :

##### ⇒ Périmètre :

- × La PDSES concerne le seul champ MCO,
- × Elle englobe l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex OQN,
- × Les exclusions :
  - Continuité de soins,
  - Structures non liées au réseau des urgences,
  - Ex HL, SSR, USLD et Psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence),
  - Lignes des structures de médecine d'urgence des établissements ex DG,
  - Activité de greffe,
  - HAD.
- × Sont également exclues les spécialités relevant des activités réglementées non concernées par les obligations de permanence des soins :
  - Traitement du cancer,
  - Rééducation et réadaptation fonctionnelles,
  - Activités cliniques et biologiques d'AMP et ADP,
  - Examen des caractéristiques génétiques,
  - Centre anti poison (autre financement).

##### ⇒ Définition de 4 enveloppes :

- × **Enveloppe 1 dite « Obligation de permanence »** : concerne les activités **réglementées** avec une obligation de permanence médicale. Le principe retenu est une « obligation minimale » : une seule ligne de garde/astreinte est retenue sauf précision réglementaire explicite. **Les gardes/astreintes des internes sont exclues de cette enveloppe.**

**Les activités concernées sont les suivantes :**

- Urgences psychiatriques,
- Réanimation adultes,
- Obstétrique +1500 naissances,
- Néonatalogie,
- Chirurgie cardiaque,
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie,
- USI en cardiologie,
- Neurochirurgie,
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Traitement des grands brûlés,
- SAU pour les établissements privés.

**\* Enveloppe 2 dite « Possibilités de permanence médicale » :** cible les activités potentiellement concernées **avec intégration des lignes d'interne.**

- Obstétrique -1500 naissances,
- Hémodialyse, dialyse, autodialyse,
- Chirurgie/anesthésie (vasculaire, thoracique, viscérale et digestive, ortho et traumatisme, ophtalmo, urologie, chirurgie infantile, gynéco),
- Cardiologie hors USIC,
- ORL,
- Chirurgie de la Main,
- Pédiatrie,
- Neurologie,
- Gastroentérologie,
- Pneumologie,
- Hématologie,
- Médecine,
- UCSA

**\* Enveloppe 3 dite « Spécialités médico-techniques » :** les plateaux techniques sont nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie) et « ne relèvent pas à ce titre directement du schéma cible PDSES ». Mais ils peuvent s'inscrire dans une logique de rationalisation et mutualisation. De fait, les lignes pourront être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional.

**A ce titre, l'ARS de Lorraine a décidé de réserver une enveloppe à concurrence de 1.5 M€ sur la MIG PDSES pour couvrir la PDSES en radiologie dans le cadre du dispositif régionale de PDSES en téléradiologie.**

**\* Enveloppe 4 dite « Exclusions » :** se référer au paragraphe périmètre.

↪ **Enquête régionale :** une **enquête régionale** « gardes et astreintes au titre de l'activité MCO » a été lancée en février 2011. Cette enquête est une réactualisation de l'enquête réalisée en 2009.

Quatre types d'informations étaient demandés : coût de la PDSES et de la continuité médicale des soins, le détail des lignes par spécialités et le détail pour l'imagerie.

A noter que sur 45 établissements, un seul établissement<sup>11</sup> n'a pas transmis les éléments demandés dans l'enquête régionale 2011.

En parallèle, **une enquête nationale** a été adressée à l'ensemble des établissements de santé de la région pour évaluer les besoins en couverture de PDSES. **Faute d'un retour de données exhaustives, les données d'activité n'ont pas pu être exploitées.**

## **DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et concertation)**

Le schéma établi à l'issue de la concertation est la version initiale et applicable pour l'année 2012.

1. **Critères suite à l'analyse par territoire, aux consultations individuelles et du groupe experts :**
2. Au regard de la réglementation pour la périnatalité, des principes de base sont définis. Sont retenues par spécialités, les lignes suivantes :
  - Gynécologie-obstétrique -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle**
  - Gynécologie-obstétrique +1500 naissances : **1 Garde**
  - Anesthésie -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle mutualisée avec d'autres spécialités chirurgicales**
  - Anesthésie +1500 naissances : **1 Garde**
  - Pédiatre -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle**
  - Pédiatre Niv2A : **1 Astreinte opérationnelle**
  - Pédiatre Niv2B et 3 : **1 Garde**
3. D'autres principes de base sont définis :
  - Réanimation adultes : **1 Garde ou 1 Astreinte opérationnelle**
  - USIC : **1 Garde**
  - Médecine : **Au minimum 1 astreinte opérationnelle ou 1 astreinte de sécurité par établissement assurant l'accueil des urgences**
4. Certaines lignes estimées ne pas relever de la PDSES, telles que la dermatologie, la rhumatologie, ne sont pas intégrées dans le schéma cible.
5. Les lignes d'astreintes et gardes sont retenues prioritairement pour couvrir l'ensemble des structures d'urgence du territoire pour toutes les spécialités.
6. Repérage de l'opérationnalité des lignes déclarées par les établissements en mettant en regard le nombre effectif de praticiens qui les réalisent (estimation de 4 à 5 praticiens au minimum pour une garde et de 3 à 4 pour une astreinte opérationnelle). **Les lignes dont le nombre de praticiens est connu et inférieur à ces seuils, n'ont pas été, sauf exceptions, retenues dans la première version du schéma (cas des lignes fonctionnant avec un seul praticien).**
7. Suppression des doublons, propositions de mutualisation et définition de lignes qui seront soumises à appel à candidature (lignes sur le secteur de Nancy<sup>12</sup> et lignes sur le secteur de Metz<sup>13</sup>)

<sup>11</sup> Clinique Ambroise Paré à Thionville

<sup>12</sup> Anesthésie, chirurgie vasculaire, ophtalmologie, ORL, cardiologie interventionnelle

<sup>13</sup> Ophtalmologie, urologie (2), endoscopie digestive (2)

8. Certaines lignes font l'objet d'une mutualisation soit au niveau du territoire de santé, soit au niveau de la région Lorraine :
  - Ophtalmologie : 1 ligne par territoire de santé
  - Chirurgie de la main : 2 lignes pour le secteur de Nancy et 2 lignes pour le secteur de Metz
  - Chirurgie infantile dont MAIN : lignes pour le secteur de Nancy et lignes pour le secteur de Metz
  - Chirurgie cardiaque (hors obligation), chirurgie thoracique, Neurochirurgie, Neurologie (EEG) : couverture régionale.
  - Cardiologie interventionnelle défibrillateur : devant la faible activité des 2 lignes réalisant actuellement cette astreinte (2 mobilisations annuelles sur une ligne), une ligne régionale est retenue.
  - Deux lignes d'endoscopies digestives font l'objet d'un appel à candidature sur le secteur de METZ.
9. Les lignes endocrinologie/diabétologie dont les lignes « pompes à insuline » relèvent de la continuité des soins.

A noter que l'inscription actuelle des lignes de néphrologie feront l'objet d'un point spécifique de l'évaluation en 2012 sur la prise en charge PDSES de la dialyse aigüe et sur la part de ce qui relève de la continuité des soins et de la permanence des soins. Seront également soumises à évaluation les lignes de Pneumologie, Endoscopie digestives.
10. Repérage de la couverture du territoire avec identification des zones d'éloignement géographique,
11. Repérage des **doublons** / triplets ou **absence** de lignes,
12. Exclusion secondaire des « astreintes de sécurité »,
13. Figure l'offre de l'hôpital militaire de Legouest afin d'avoir une vision exhaustive des lignes PDSES au sein du territoire. Cela n'impactera pas l'enveloppe MIG PDSES.
14. L'intégration de lignes « internes » a été effectuée sur la base des déclarations des établissements et sera un point à objectiver lors de l'évaluation. A noter que ces lignes sont la variable d'ajustement du schéma de PDSES. Les lignes d'internes du CHRU sont à privilégier du fait de sa vocation universitaire.
15. Listes des établissements et des activités exclus :
  - 10 établissements sont exclus<sup>14</sup> (non liés au réseau des urgences),
  - Traitement du cancer. Les lignes de cette activité sont exclues pour plusieurs établissements et le CLCC est exclu de part son activité principale et de sa non intégration dans le réseau des urgences.

<sup>14</sup> MH Baccarat, MH St Charles Nancy, AH Joeuf, CH St Mihiel, H Sarralbe, H Boulay, H Château Salins, H Creutzwald, H Marrange-Silvange, H Moyeuvre Grande

## Estimation financière du schéma cible de PDSES

### 1. Estimation des coûts chargés de lignes Publics-Espic / Privé (hors rémunération temps de travail) :

- ↪ Garde : 150 000 € / 97 646 €
- ↪ Astreinte opérationnelle : 90 000 € / 64 050 €
- ↪ 1/2 G et 1/2 AO : 120 000 €
- ↪ Interne garde : 80 000 €
- ↪ Interne astreinte : 50 000 €
- ↪ Interne 1/2 G – 1/2 A : 65 000 €
- ↪ Astreinte sécurité : 30 000 €

### 2. Coût du projet schéma cible de PDSES :

Le coût total chargé déclaré par les établissements de santé pour la PDSES s'élève à **35 027 K €** (hors rémunération temps de travail). A noter que l'écart entre le coût total déclaré par les établissements et l'enveloppe MIG 2010 + CPP est de **+ 1 762 K €**.

L'analyse des lignes à partir des critères définis précédemment et par territoire de santé amène à la cible régionale suivante :

- ↪ Enveloppe régionale 2011 = **32 202 K€**
- ↪ Coût des obligations réglementaires de permanence médicale = **7 304 K € (66 lignes) soit 22%**
- ↪ Réserve Imagerie : **1 500 K €**
- ↪ Coût des possibilités de permanence : **24 105 K € (dont internes 3 747 K€ soit 15.5%)**
- ↪ Coût total du schéma cible : **32 909 K €**
- ↪ Solde : **- 707 K € soit 2.19% de l'enveloppe MIG**

## ORIENTATIONS DETAILLEES DE TRAVAIL

Les orientations de travail sont déclinées à partir des priorités définies dans le Plan Stratégique Régional de Santé de Lorraine et notamment pour les priorités suivantes :

### • Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente :

↪ **Disposer d'un cahier des charges** qui précise les obligations pour assurer la PDSES y compris pour les établissements exerçant déjà la mission et qui sont en situation de reconnaissance prioritaire. L'ensemble des lignes retenues le seront effectivement sous couvert du respect d'un cahier des charges **générique** (fonctionnement 365j/an, tarification secteur 1, ...) et **éventuellement spécifique à une ligne** (couverture territoriale, réponse téléphonique, recours régional, ...).

↪ **Evaluer annuellement** le schéma cible de PDSES (volume d'activité des différentes lignes, les inadéquations, les transferts inappropriés ...) et l'adapter en conséquence.

Le schéma sera soumis à une évaluation au cours de l'année 2012 afin de l'optimiser en vérifiant l'opérationnalité des lignes retenues et les manques sur certains territoires. Dès à présent et au vu des discussions avec le groupe expert, certaines disciplines posent questionnement quand à l'opérationnalité de l'ensemble des lignes retenues ou de l'organisation territoriale proposée et feront l'objet lors de cette évaluation d'une attention toute particulière (ex. : urologie, ophtalmologie, néphrologie pour dialyse aigue, ...).

L'évolution du schéma prendra aussi en compte l'évolution des organisations par filières de prise en charge (ex. : filière AVC, ...).

⇒ Renforcer la nécessaire mutualisation territoriale des équipes lorsqu'elles sont trop petites ou dispersées.

## Annexe : liste du groupe expert

| Nom           | Prénom     | Fonction                                                   | Etablissement                               |
|---------------|------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| SIEWE         | Georges    | COPS                                                       | CH Bar le Duc                               |
| JABOUR        | Michel     | COPS                                                       | CH Verdun                                   |
| ADMANT        | Philippe   | COPS                                                       | CH Epinal                                   |
|               |            | COPS                                                       | CH St Die                                   |
| GETTE         | Sébastien  | COPS                                                       | CHR                                         |
| POUSSEL       | JF         |                                                            | CHR                                         |
| LEGAGNEUR     | Michel     | COPS                                                       | CH Forbach                                  |
| NACE          | Lionel     | COPS                                                       | CHRU                                        |
| Dr ROSA       |            | COPS                                                       | CH Lunéville                                |
| PLUVINAGE     | Charles    | CME                                                        | Polyclinique du Parc BAR LE DUC             |
| BIEDERMANN    | José       | CME                                                        | Alpha Santé                                 |
| HUEBER        | Arnaud     | CME                                                        | Clinique Claude Bernard                     |
| MOREAU        | Jean Luc   | CME                                                        | Polyclinique Gentilly                       |
| BOYER         | Bruno      | Représentant FNCLCC                                        | CLCC                                        |
| SI ABDALLAH   | Mohamed    | Ordre des Médecins                                         | 54                                          |
| GIRARD        | Noël       | Représentant FEHAP                                         |                                             |
| PLAGES        |            | Représentant FHP                                           | Clinique claud Bernard                      |
| MUNIER        |            | Représentant FHP                                           |                                             |
| VIRTE         | Michel     | URPS médecins                                              |                                             |
| WILCKE        | Christophe | URPS pharmaciens                                           |                                             |
| BEAUDOUIN     | Benoit     | URPS pharmaciens                                           |                                             |
| SCHWARZENBART | Maria      | Représentante FHF                                          |                                             |
| GARRIC        | Jean       | Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU | CHRU Nancy                                  |
| MAIRE         | Bruno      | Représentant RLU                                           |                                             |
| BRETON        | Christian  | Représentant conférence régionale des présidents de CME    |                                             |
| BOULANGER     | Anne Lucie | FHF                                                        | CHRU (directeur adjoint affaires médicales) |
| CARL          | Norbert    | FHF                                                        | CHR (directeur adjoint affaires médicales)  |



## REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

### METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

#### ➤ **Composition groupe expert :**

Le groupe expert est composé :

- ↳ de responsables d'unité de réanimation, d'unité de soins intensifs et de soins continus à partir d'un panel d'établissements choisis.
- ↳ de représentants des fédérations des établissements publics, privés et ESPIC, de l'ordre des médecins, URPS médecins, CNLCC, conseil départemental de l'ordre des infirmiers, syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU.
- ↳ d'un représentant de la Direction Régionale du Service Médical.

#### ➤ **Etat des lieux :** une enquête a été réalisée en 2008/2009. Certaines données ont été réactualisées.

#### ➤ **Partage du diagnostic avec les professionnels :** 3 réunions de concertation ont été organisées (23 mars 2011, 20 avril 2011, 25 mai 2011).

### CONTEXTE

#### ➤ **Orientations nationales / régionales :**

Le Volet a été révisé par arrêté du 3 mars 2010.

A partir du Guide méthodologique de la DGOS, les orientations sont les suivantes :

- ↳ Améliorer la qualité et la sécurité des soins (lutte contre les infections nosocomiales),
- ↳ Améliorer l'accès aux soins pour les adultes (organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins) et les enfants,
- ↳ Améliorer l'efficacité (recomposition territoriale),
- ↳ Sont exclus du champ : unités de soins intensifs neurologiques et réanimation néonatale,
- ↳ Trouver les points nécessaires d'articulation avec les volets : SRR / EVP, Urgences (transports secondaires SMUR), AVC, Néonatalogie, Soins palliatifs.

### DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)

De façon générale, la recomposition hospitalière consécutive au SROS 3 a conduit à une meilleure orientation des patients les plus graves que ce soit pour les patients relevant de la Réanimation que pour la pathologie coronaire aigue admise en USC.

La capacité de la Lorraine, toute structure confondue (Réanimation/ Unités de Soins Intensifs / Unités de Soins Continus Adultes et Enfants) est de 705 lits (non compris les lits d'UNV-SI ni de Néonatalogie) répartis en 205 lits de Réanimation (dont 7.8% pédiatriques), 166 lits SI (dont 16% pédiatriques) et 334 lits d'USC (dont 3 % pédiatriques).

Un peu moins de 45 000 patients ont bénéficié de ces structures (45 749 passages dont 96,2% avec un seul passage).

La capacité globale des lits de réanimation de la région est en adéquation avec les besoins et avec la cible du SROS 3 mais il sera nécessaire d'apporter une réponse lors des situations de tension (épidémies d'infections respiratoires hivernales notamment).

Le taux d'équipement régional pour la réanimation adultes est de 1.03 lits pour 10 000 habitants. Celui de la réanimation enfant est également de 1.03 lits.

Les données d'activité (PMSI 2010) le confirment :

- **8 928 passages adultes pour 189 lits avec un TO de 87% et une DMS de 6,7j**
- **675 passages pédiatriques pour 16 lits avec un TO de 72% et une DMS de 6.2j**

Les chiffres constatés sont dans la cible de fonctionnement.

Le taux global de facturation des suppléments de "réanimation" pour les séjours de Réanimations est de 66% des séjours adultes (38% des séjours pédiatriques) avec des extrêmes de 32 et 78%.

Les capacités de Réanimation comportent en sus les 10 lits de l'hôpital militaire Legouest (*pas de données PMSI*) et l'offre transfrontalière.

Cette offre transfrontalière est plus ou moins précise selon les données disponibles. Elle s'établit de la manière suivante :

- Sud Belgique : Hôpital à ARLON (groupe VIVALIA) : lits de réanimation médicales et chirurgicales,
- Luxembourg : Centre Hospitalier Emile MAYRISCH – Site Esch Sur Alzette 18 lits de réanimation – Site de Niedercorn 9 lits de réanimation,
- Allemagne : Clinique WINTENBERG à Sarrebruck lits de réanimation.

Le taux d'hospitalisation en réanimation pour adultes en région lorraine s'élève à 0.44% :

- Meurthe et Moselle => 0,49%
- Meuse => 0,44%
- Moselle => 0,43%
- Vosges => 0,36%

sachant que les différences entre chaque département sont statistiquement significatives.

Le taux d'attractivité régional en réanimation adultes est de 5.37%.

Le taux de fuite régional vers les régions limitrophes pour la réanimation adultes (Alsace, Franche Comté et Champagne Ardenne) est de 0.03% dont 0.05 % pour la Moselle (384 séjours en Alsace), 0.05% pour la Meuse (69 séjours en Champagne Ardenne), 0.03% pour les Vosges (70 séjours en Alsace) et 0.01% pour la Meurthe et Moselle.

Ainsi le « taux d'hospitalisation corrigé » des lorrains adultes est de 0,47% (0,44+0,03) :

- Meurthe et Moselle => 0,50% (0,44+0,01)
- Meuse => 0,49% (0,44+0,05)
- Moselle => 0,48% (0,43+0,05)
- Vosges => 0,39% (0,36+0,03)

**La capacité globale des USI** (toutes unités confondues) **n'est pas en adéquation avec les besoins**. Les données d'activité (PMSI 2010) montrent un TO global de 72% (140 lits, 10 374 passages avec une DMS de 3.6 j).

Ce TO est très variable d'une unité à l'autre (23% à 99%).

**Les chiffres constatés sont en dessous de la cible de fonctionnement.**

Le TO des USIC est par contre élevé (plus de 90%) avec des DMS courtes.

Le taux d'équipement régional pour les Adultes est de 0.76 lits pour 10 000 habitants et 1.67 lits pour les enfants.

A ces capacités régionales de lits de SI, 10 lits d'USIC/UNV sont à rajouter pour l'offre transfrontalière (Luxembourg – site Esch Sur Alzette).

La démographie médicale ne permet pas de multiplier les sites d'USIC. Sur les sites où il n'y a pas de plateau technique d'angioplastie, il est envisageable de mutualiser les lits d'USIC et d'USC.

Les USC polyvalentes comme les unités de Réanimation peuvent accueillir des patients « hors filières » (exemple de filière : le SCA) porteurs de pathologies cardiaques instables qui le nécessitent.

Le volet révisé du SROS III préconisait la transformation des USIR en USC ou en REA dans le cadre d'un problème de valorisation des soins. A ce jour, seule une USIR a répondu à cette préconisation. Les 2 USIR restantes (CHU et HPM) doivent également s'engager dans cette démarche.

Une enquête prospective concernant la filière de prise en charge du SCA permettra de préciser la place des USIC existantes dans cette filière. Les résultats seront tout aussi utiles pour le schéma cible régional de PDES que pour le volet Réa/Usic/USC du SROS-PRS.

La capacité et le fonctionnement des USC doit être réexaminés :

- Le dimensionnement (soit 50%) par rapport à la Réanimation contigüe doit correspondre au décret,
- Il n'est pas souhaitable de spécialiser les USC hors les USC pédiatriques, même si certaines USC peuvent avoir un type de recrutement prédominant,
- Les critères d'admission doivent être explicites à l'intérieur des établissements,
- La responsabilité médicale doit être unique. Ce responsable anesthésiste réanimateur organise la coordination et la permanence des soins et l'intervention des différents spécialistes d'organe ou d'autres spécialistes,
- Quand elle est associée à une réanimation, le responsable fait partie de l'équipe de Réanimation,
- Toutes les unités isolées (non contigües à une Réanimation) doivent être liées par une convention avec une Réanimation (une seule unité est dans ce cas en Lorraine)
- Ces conventions doivent être évaluées annuellement.

Toute USC doit répondre au cahier des charges élaboré en région lorraine d'après les recommandations d'un collège régional d'experts et celles de la SFAR. Ce cahier des charges doit être réactualisé.

Les données globales d'activité (PMSI 2010) sont les suivantes : 24 945 passages dans 324 lits (adultes) avec un TO de 72% (auxquels il faut ajouter 4 lits de l'hôpital militaire Legouest et 4 lits pour l'offre transfrontalière au Luxembourg sur le site d'Esch sur Alzette) et une DMS de 3,4j.

Ce TO global doit être interprété avec prudence : grande hétérogénéité des TO (de 6% à 166%), des tailles de structures (4 à 61 lits par établissement), de type d'activité (ex : USC de la Maternité régionale).

Le taux d'équipement régional pour les adultes est de 1.77% pour 10 000 habitants et de 0.064% pour les enfants.

Le taux global de facturation des suppléments de "soins continus" pour les USC est faible : 49% des séjours adultes (74% pour les séjours pédiatriques) avec de grandes disparités (de 11% à 85% des séjours).

De façon générale, ces capacités de Réanimation, Soins intensifs et Soins continus seraient d'autant plus opérationnelles qu'une articulation optimale avec les structures d'aval (court séjour, SSR, médico-social) était assurée.

Pour de multiples raisons, il est nécessaire d'avoir une mesure continue des « non admissions » en REA/USI/USC. La « non admission » dans une telle unité est une décision lourde (elle engage le pronostic vital ou fonctionnel), complexe (appréciation faite parfois à distance) prise souvent dans un contexte d'urgence (difficulté d'avis collégial).

Ces raisons sont :

- assurer une équité dans l'accès aux soins de Réanimation,
- connaître précisément les périodes de tension,
- connaître les motifs de la « non admission »,
- s'assurer que dans le cas d'une « non admission », l'éventualité d'un prélèvement d'organe a été évoquée si le contexte s'y prête.

Ce processus de non admission doit être vu de façon simple mais complet : niveau de responsabilité de celui qui prend la décision, traçabilité, motif selon une nomenclature limitée (absence de place avec ou sans possibilité de place « libérable », refus technique, refus éthique). Sans préjuger d'un outil, un « registre régional des refus » est un objectif de ce SROS-PRS.

La région Lorraine accuse un déficit de recensement et de prélèvement d'organes depuis 2007. Les unités de REA/USI/USC doivent être mobilisées sur ce sujet.

Il existe des périodes de l'année, notamment hivernales, où des tensions apparaissent. Ces périodes rendent nécessaires une adaptation capacitaire qui doit être anticipée (procédure d'« hôpital sous-tension ») au niveau des établissements (lits supplémentaires de Réanimation, transformation de lits d'USC en lits de Réanimation).

Cette adaptation est aussi fonctionnelle (priorité donnée aux sorties de Réanimation à l'intérieur du court séjour de l'établissement).

L'ARS a une place dans le pilotage régional :

- le projet de ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) permettra dans sa configuration lorraine de connaître en temps réel la disponibilité des lits dans les « unités critiques » (REA/SI/USC/UNV/Neurochirurgie).
- ces périodes de tension nécessitent encore plus une bonne articulation avec les filières d'aval : court séjour, SSR, secteur médico-social.

Lors des périodes de tension, la fermeture de lits de Réanimation, quels qu'en soient les motifs, est un acte dont le bénéfice potentiel doit être mis en balance avec le risque immédiat pour les patients (risque vital ou fonctionnel grave).

Enfin, la région lorraine rencontre des difficultés avérées de démographie médicale mais à ce jour non quantifiée précisément (19% des services de Réa avaient recours à l'interim (médical) fin 2008)

Une enquête en cours de la SRLF doit pouvoir améliorer la connaissance de ces difficultés et avoir une meilleure prospective des besoins.

## **ORIENTATIONS DETAILLEES DE TRAVAIL**

Les orientations de travail sont déclinées à partir des priorités définies dans le Plan Stratégique Régional de Santé de Lorraine et notamment pour les priorités suivantes :

- Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente.

↗ Disposer de procédures d 'HST (« hôpital sous tension ») avec un volet spécifique pour les Réa/USC/USI :

- ✓ établissement
- ✓ région
- ✓ Inter régional et transfrontalier (« ressource francophone » au Kirchberg-Luxembourg et CHL Luxembourg)

↗ Connaître la disponibilité des lits, en temps réel, dans les unités « critiques ». Le projet ROR (répertoire opérationnel des ressources) intégrera dans des développements futurs cette fonctionnalité.

↗ Améliorer les filières d'aval :

- ✓ en situation habituelle : EVP et de façon générale « cérébro-lésés »
- ✓ en situation de tension ou de crise (priorisation)

↗ Améliorer les filières d'amont :

- ✓ Réduire les délais d'acheminement en réanimation
- ✓ Renforcer l'articulation entre les réanimations ou les unités soins continus avec les services d'urgence.

↗ Améliorer le fonctionnement des USC :

- ✓ dimensionnement, responsabilité médicale, critères d'admission, conventions, facturation...

↗ Evaluer annuellement les conventions de transfert.

↗ Evaluer régulièrement les « non admissions » (« registre des refus »).

↗ S'assurer de l'existence de revues de morbidité/ mortalité pour toutes les réanimations.

↗ Intégrer les préoccupations concernant le prélèvement d'organe.

↗ Fédérer les professionnels: « mutualisation » avec le Réseau Lorraine des Urgences.

• Réduire les inégalités d'accès à la santé :

- ↗ Créer une USC pédiatrique en Moselle
  - Améliorer la connaissance prospective des besoins en professionnels pour les unités de Réanimation/USC

Trois groupes de travail ad' hoc peuvent être envisagés et porteront sur les thématiques :

- ↗ Hôpital sous tension
- ↗ Suivi des conventions de transferts
- ↗ Organisation et fonctionnement des unités de soins continus.

## Annexe : liste du groupe expert

| Nom        | Prénom         | Fonction                                                                             | Représentation                                                    | Service                                          |
|------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| GARRIC     | JEAN           | Anesthésiste-réanimateur                                                             | Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU        | CHU de Nancy - Hôpital central                   |
| MEISTELMAN | CLAUDE         | Professeur d'anesthésie-réanimation                                                  | Coordonnateur régional du DES d'anesthésie-réanimation            | CHU de Nancy - Hôpital de Brabois                |
| NEIMANN    | JEAN-LOUIS     | Cardiologue et Président conférence médicale d'établissement privé (Clinique privée) | Conférences médicales d'établissements privés (cliniques privées) | Clinique Claude Bernard                          |
| BEMER      | MICHEL         | Anesthésiste-réanimateur hospitalier public                                          | Responsable d'unité de réanimation                                | CHR de Metz-Thionville - Hôpital Bel air         |
| VAUTHEROT  | JACQUES        | Anesthésiste-réanimateur hospitalier public                                          | Responsable d'unité de surveillance continue                      | Centre Hospitalier de Remiremont                 |
| BOLLAERT   | PIERRE-EDOUARD | Professeur de réanimation médicale                                                   | Réanimation médicale                                              | CHU de Nancy - Hôpital central                   |
| HENNEQUIN  | ROLAND         | Anesthésiste-réanimateur libéral                                                     | Responsable d'unité de réanimation                                | Clinique Claude Bernard                          |
| LALOT      | JEAN-MARC      | Anesthésiste-réanimateur hospitalier public                                          | Responsable d'unité de réanimation                                | Centre Hospitalier d'Epinal                      |
| LELARGE    | PHILIPPE       | Anesthésiste-réanimateur libéral                                                     | Responsable d'unité de réanimation                                | Polyclinique Pasteur ESSEY                       |
| MARIOT     | JACQUES        | Anesthésiste-réanimateur hospitalier privé                                           | Responsable d'unité de réanimation                                | Hôpitaux privés de Metz - Hôpital Saint-André    |
| ROSANT     | ALAIN          | Anesthésiste-réanimateur hospitalier privé                                           | Responsable d'unité de surveillance continue                      | Alpha Santé                                      |
| ZINGRAFF   | Nathalie       | Anesthésiste-réanimateur ESPIC                                                       | Responsable d'USC                                                 | HOSPITALOR St Avold                              |
| PLUVINAGE  | Charles        |                                                                                      | Responsable USC                                                   | Polyclinique du Parc BAR LE DUC et CH BAR LE DUC |
| MONIN      | Pierre         |                                                                                      | Responsable unité de réanimation pédiatrique                      | HÔPITAL BRABOIS                                  |
| MOULIN     | Frédéric       | Cardiologue                                                                          | USC                                                               | C.H.U BRABOIS - CARDIOLOGIE                      |
| BAILLE     | Noël           |                                                                                      | USC                                                               | HPM ste Blandine                                 |
| KIRTZ      | Daniel         | Anesthésiste-réanimateur hospitalier public                                          | Responsable d'unité de réanimation                                | CH Verdun                                        |
| LANG       | Dominique      | Conseil départemental de l'ordre ds infirmiers                                       |                                                                   |                                                  |
| TOURRAND   | Philippe       | FHP                                                                                  |                                                                   |                                                  |
| PARANT     | Jean Marc      | DRSM                                                                                 |                                                                   |                                                  |
| RIONDE     | Jacques        | FEHAP                                                                                |                                                                   |                                                  |
| SALM       |                | CNLCC                                                                                |                                                                   |                                                  |
| JACQUES    | Thierry        | FHP                                                                                  |                                                                   |                                                  |
| POTTI      | Charles        | URPS médecins                                                                        |                                                                   |                                                  |
| LAPREVOTE  | Marie Claude   | Ordre des médecins (54)                                                              |                                                                   |                                                  |
| LALOT      | Jean Marc      | FHF                                                                                  |                                                                   | CH Epinal                                        |

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### Méthodologie d'élaboration du volet :

La mise en place d'un groupe expert s'est effectuée dans la continuité de celui mis en place dans le cadre de la révision du volet SSR du SROS III. Des représentants des fédérations, des ordres, des URPS, des usagers et des professionnels de santé composent ce groupe qui s'est réuni à 2 reprises.

Le 31 mars 2011, le groupe s'est réuni avec présentation de l'état des lieux, approche des besoins (taux de recours), bilan du SROS III et axes de travail.

Les axes de travail ont alimenté les réflexions lors de la 2<sup>ème</sup> réunion du groupe expert le 25 mai 2011, qui a validé le diagnostic et les orientations / objectifs du schéma.

### Eléments de contexte :

- Textes réglementaires :
  - Décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR
  - Circulaire DHOS du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité SSR :
- Une modalité unique d'autorisation : SSR adulte non spécialisé.
- Possibilité de mentions complémentaires :
  - Mention transversale pour la prise en charge des enfants et/ou adolescents
  - Mentions spécialisées pour 9 catégories d'affection :
    - De l'appareil locomoteur
    - Du système nerveux
    - Cardio vasculaires
    - Respiratoires
    - Des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
    - Onco hématologiques
    - Des brûlés
    - Liées aux conduites addictives
    - Des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.
- Principe de gradation des soins :

Courrier de Mme Podeur du 27 avril 2009 faisant un point sur la réforme de l'activité SSR :

« Ne pas calquer les mentions de prise en charge spécialisée sur les disciplines médicales développées en SSR. »

« C'est **le niveau de prise en charge** qui justifie la mention spécialisée et non la discipline médicale. »



« Le tronc commun de l'autorisation SSR s'applique aux structures qui se verront reconnaître une ou plusieurs mentions spécialisées. Cette construction de l'activité de soins a pour objet de garantir la mission d'accessibilité et de proximité des structures SSR sur le territoire, même si leur niveau de spécialisation en fait aussi des structures de recours. »

- Tarification à l'activité :
  - Modèle IVA depuis 2009 (modulation du financement de l'activité à 5% en 2011)
  - En 2012 : Introduction des compartiments des MIG / MERRI et des molécules onéreuses à la tarification des SSR
  - En 2013 : Le compartiment des plateaux techniques hautement spécialisés sera ajouté et enfin la tarification à l'activité proprement dite.
- Orientations nationales :
  - Améliorer l'accès aux soins
  - Améliorer la qualité et la sécurité des soins
  - Améliorer l'efficacité
  - Points d'articulation avec la prévention et le médico-social :

#### **Diagnostic régional et territorial (état des lieux, étude de besoins) :**

- Taux d'équipement et de couverture :
  - Evolution des capacités entre 2008 et 2011-Taux équipement

|                                                       | Lorraine 2008 | Lorraine 2011 | France 2008    | Evolution Lorraine en % |
|-------------------------------------------------------|---------------|---------------|----------------|-------------------------|
| <b>Nombre de lits et places</b>                       | <b>3 615</b>  | <b>3 679</b>  | <b>114 497</b> | <b>+ 1,8 %</b>          |
| <b>Nombre de lits et places pour 100000 habitants</b> | <b>156</b>    | <b>157</b>    | <b>170</b>     |                         |

Source ARS Lorraine 2011



- Taux d'équipement régional et territorial en HC pour les adultes

| HOSPITALISATION COMPLETE | Nb lits 2011 | Population 2011 | Tx Equipement |
|--------------------------|--------------|-----------------|---------------|
| MTHE MOSELLE             | 1 012        | 579 641         | 1,75          |
| MEUSE                    | 189          | 152 697         | 1,24          |
| MOSELLE                  | 1 255        | 827 698         | 1,52          |
| VOSGES                   | 641          | 299 216         | 2,14          |
| CAPACITES SSR ADULTES    | 3 097        | 1 859 252       | 1,67          |

Source ARS Lorraine 2011

En HOSPITALISATION COMPLETE, des écarts entre territoires de santé sont importants (1.24 pour la Meuse contre 2,14 pour les Vosges) avec un taux moyen de 1,67 pour la Lorraine.

- Taux d'équipement régional et territorial en HDJ pour les adultes

| HOSPITALISATION DE JOUR | Nb places 2011 | Population 2011 | Tx Equipement |
|-------------------------|----------------|-----------------|---------------|
| MTHE MOSELLE            | 118            | 579 641         | 0,20          |
| MEUSE                   | 34             | 152 697         | 0,22          |
| MOSELLE                 | 217            | 827 698         | 0,26          |
| VOSGES                  | 22             | 299 216         | 0,07          |
| CAPACITES SSR ADULTES   | 391            | 1 859 252       | 0,21          |

Source ARS Lorraine 2011

En HOSPITALISATION DE JOUR, les VOSGES se démarquent à nouveau, mais par l'insuffisance de développement de places (0,07), au regard des 3 autres départements et du taux moyen régional (0,21).

- Taux d'équipement régional et territorial en HC ET HDJ pour les enfants

| LORRAINE                                | Nb lits 2011 | Nb places 2011 | Capacités totales 2011 | Population 2011 | Tx Equipement |
|-----------------------------------------|--------------|----------------|------------------------|-----------------|---------------|
|                                         |              |                |                        |                 |               |
| <b>CAPACITES SSR ENF-ADOS GLOBALES</b>  | 152          | 39             | 191                    | 490 338         | 0,39          |
| <b>CAPACITES SSR ENF-ADOS en LITS</b>   | 152          |                |                        | 490 338         | 0,31          |
| <b>CAPACITES SSR ENF-ADOS EN PLACES</b> |              | 39             |                        | 490 338         | 0,08          |

Source ARS Lorraine 2011

Les 5 SSR prenant en charge les enfants en HC se localisent dans le sud de la région, des relais par des alternatives à l'HC se développent dans le Nord de la Lorraine.

- Taux de couverture

Taux de couverture = rapport volume d'activité totale / population générale.

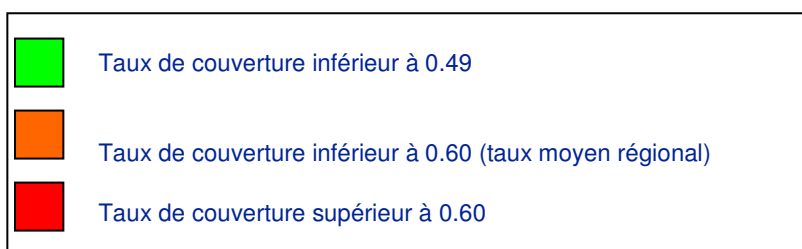
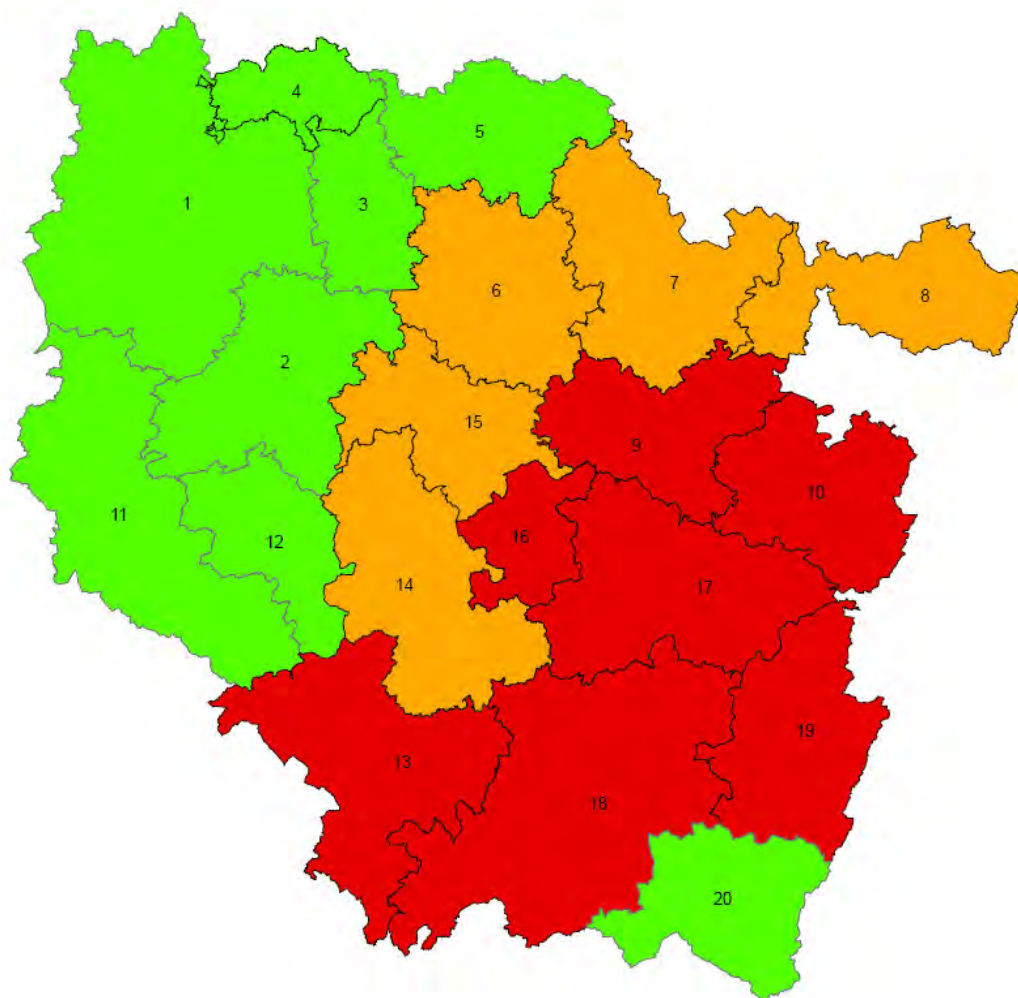
|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| Taux de couverture régional global 2011 | 0,49 |
| Taux de couverture régional adulte      | 0,60 |
| Taux de couverture régional enfant      | 0,10 |

Source ARS Lorraine 2011

Les tendances notées sur le TE HC et HJ adultes se confirment :

- Retard important dans la Meuse en HC (0.38 pour 0.52 au niveau régional)
- Retard important dans les Vosges en HDJ (0.03 pour 0.07 au niveau régional)

| LORRAINE                                  | Taux couverture |
|-------------------------------------------|-----------------|
| Taux de couverture / TSP                  |                 |
| <b>SSR ADULTES (HC + HJ)</b>              |                 |
|                                           |                 |
| <b>TSP 4 LONGWY</b>                       | 0,17            |
| <b>TSP 3 PAYS de BRIEY</b>                | 0,33            |
| <b>TSP 1 et 2 VERDUN / St Mihiel</b>      | 0,39            |
| <b>TSP 20 REMIREMONT</b>                  | 0,40            |
| <b>TSP 5 THIONVILLE</b>                   | 0,46            |
| <b>TSP 11 et 12 BARROIS / Val Meuse</b>   | 0,49            |
| <b>TSP 7 BASSIN HOULLER</b>               | 0,51            |
| <b>TSP 14 SUD OUEST MTHE MOSELLE</b>      | 0,51            |
| <b>TSP 6 METZ</b>                         | 0,55            |
| <b>TSP 8 PAYS de SARREGUEMINES</b>        | 0,56            |
| <b>TSP 15 VAL de LORRAINE</b>             | 0,58            |
| <b>Taux moyen régional</b>                | 0,60            |
| <b>TSP 17 LUNEVILLOIS</b>                 | 0,67            |
| <b>TSP 18 VOSGES CENTRALES</b>            | 0,78            |
| <b>TSP 19 DEODATIE</b>                    | 0,79            |
| <b>TSP 16 NANCY</b>                       | 0,82            |
| <b>TSP 9 et 10 SAULNOIS et SARREBOURG</b> | 0,97            |
| <b>TSP 13 OUEST VOSGIEN</b>               | 1,14            |



- Taux de recours :

Ils rendent compte du recours en SSR de la population, quelque soit le lieu d'hospitalisation (dans la région ou hors région).

- Taux de recours bruts :  $10\,000 \times \text{nombre de séjours} / \text{nombre d'habitants}$
- Taux de recours standardisés sur l'âge et le sexe (comparaison avec les taux de recours nationaux)

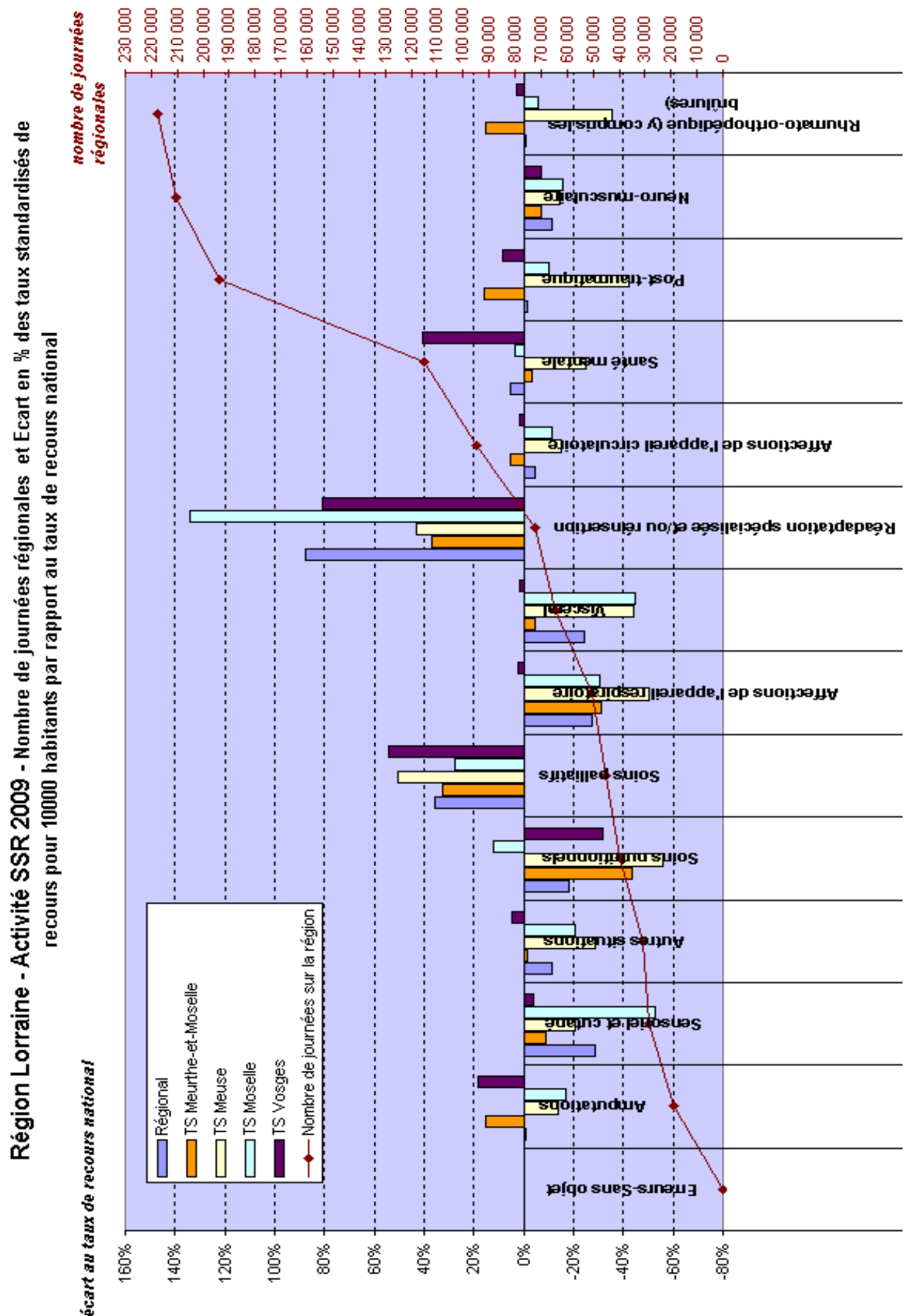
| Taux de recours 2009 standardisés pour 10000 hab. |                       |          |            |           | Statistiques nationales : taux de recours France Métropolitaine |                      |                      |                |                      |                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------|------------|-----------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| Régional                                          | TS Meurthe-et-Moselle | TS Meuse | TS Moselle | TS Vosges | Taux de recours national                                        | 10ème centile des TS | 25ème centile des TS | médiane des TS | 75ème centile des TS | 90ème centile de TS |
| 5 065,5                                           | 5 383,5               | 3 886,1  | 4 842,1    | 5 670,4   | 5 278,9                                                         | 4 141,1              | 4 472,8              | 5 002,8        | 5 725,8              | 6 531,0             |

Taux de recours régional inférieur au taux de recours national.

Taux de recours dans le département de la Meuse nettement inférieur au taux régional.

- Taux de recours par CMC :

Les taux de recours sont pour la plupart inférieurs au taux de recours national, exceptés pour les soins palliatifs, la réadaptation spécialisée et/ou réinsertion.



- Durée moyenne de séjour en SSR :

| LORRAINE             |      |      |           |           |
|----------------------|------|------|-----------|-----------|
| DMS SSR ADULTES (HC) | 2008 | 2009 | 2010 (M9) | Evolution |
| MTHE et MOSELLE      | 30,7 | 31,1 | 30,3      | -1,3%     |
| MEUSE                | 29,8 | 29,5 | 26,3      | -11,7%    |
| MOSELLE              | 27,9 | 27,3 | 28,7      | 2,9%      |
| VOSGES               | 30,9 | 30,4 | 29,6      | -4,2%     |
| LORRAINE             | 29,8 | 29,6 | 28,7      | -3,7%     |

- Implantations (au 1er mars 2011) :
  - SSR non spécialisés :

|                                            |               | TN      | TS      |
|--------------------------------------------|---------------|---------|---------|
| Nombre d'implantations SSR non spécialisés | OQOS SROS III | 36 à 39 | 44 à 47 |
|                                            | Autorisations | 38      | 44      |

- Mentions spécialisées :

| Nombre de mentions spécialisées adultes  |               | Territoire Nord | Territoire Sud                |
|------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------|
| Appareil locomoteur                      | OQOS          | 7 à 8           | 5                             |
|                                          | Autorisations | 8               | 5                             |
| Système nerveux                          | OQOS          | 6 à 7           | 5                             |
|                                          | Autorisations | 7               | 5                             |
| Cardiovasculaires                        | OQOS          | 2               | 1                             |
|                                          | Autorisations | 2               | 1                             |
| PA polypathologiques                     | OQOS          | 8               | 6                             |
|                                          | Autorisations | 7               | 6                             |
| Respiratoires                            | OQOS          | 1               | 1                             |
|                                          | Autorisations | 1               | 1                             |
| Système métabolique et endocrinien       | OQOS          | 1 à 2           | 1 à 2                         |
|                                          | Autorisations | 1               | 2                             |
| Système digestif métabolique et digestif | OQOS          | 1 à 2           |                               |
|                                          | Autorisations | Cf au           | dessus                        |
| Onco hématologiques                      | OQOS          | 1               |                               |
|                                          | Autorisations | 1               |                               |
| Brûlés                                   | OQOS          | 1               |                               |
|                                          | Autorisations | 1               |                               |
| Conduites addictives                     | OQOS          | 1               | 1                             |
|                                          | Autorisations | 1               | 1 (en cours de mise en œuvre) |

- Mention prise en charge des enfants/adolescents :

| Filière infantile                        |              | TN    | TS |
|------------------------------------------|--------------|-------|----|
| Hospitalisation complète et alternatives | OQOS         |       | 5  |
|                                          | Autorisation |       | 5  |
| Alternatives exclusives                  | OQOS         | 6 à 7 | 1  |
|                                          | Autorisation | 4     | 0  |

| Mention spécialisées des SSR de la filière infantile |               | TN | TS |
|------------------------------------------------------|---------------|----|----|
| Appareil locomoteur                                  | OQOS          |    | 1  |
|                                                      | Autorisations |    | 1  |
| Système nerveux                                      | OQOS          |    | 1  |
|                                                      | Autorisations |    | 1  |
| Système métabolique et endocrinien                   | OQOS          |    | 1  |
|                                                      | Autorisations |    | 1  |
| Brûlés                                               | OQOS          |    | 1  |
|                                                      | Autorisations |    | 1  |

- Coupe un jour donné en SSR :

Les SSR font face à des difficultés d'aval qui provoquent un engorgement important de leurs services : une photographie un jour donné (réalisée entre décembre 2008 et janvier 2009) en Lorraine dans les SSR montre que 22 % des patients présents en SSR dans le territoire Nord étaient médicalement sortants (= en attente d'une solution d'aval) et 17 % dans le territoire Sud.

La majorité des patients médicalement sortants étaient en attente d'une place en :

|                                                      | TERRITOIRE NORD | TERRITOIRE SUD |
|------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| <b>EHPAD</b>                                         | 39 %            | 36,4 %         |
| <b>ULSD</b>                                          | 23,3 %          | 13,6 %         |
| <b>Mise en place d'aides/aménagement du domicile</b> | 14,4 %          | 20,5 %         |
| <b>SSIAD</b>                                         | 9 %             | 4 %            |

- Prise en charge des patients en état végétatif chronique ou état pauci relationnel  
En Lorraine, 46 lits (au sein de 6 unités) sont dédiés à la prise en charge de ces patients :

Vosges : 14 lits (1 unité de 6 lits et 1 unité de 8 lits)  
Meuse : 8 lits  
Meurthe et Moselle : 12 lits  
Moselle : 12 lits (2 unités de 6 lits)

- Taille critique  
Problématique des tailles critiques dans le cadre de la T2A :

13 entités juridiques autorisées en SSR (dont 5 ex HL) de moins de 20 lits sur 66 entités juridiques autorisées en SSR.

- Les effectifs médicaux et paramédicaux :  
En SSR, la problématique des effectifs concerne en particulier
  - les masseurs kinésithérapeutes qui sont en majorité en libéral
  - les médecins de médecine physique et de réadaptation dont 57% ont plus de 55 ans (ADELI au 1<sup>er</sup> mai 2011).
- Bilan des objectifs du volet SSR du SROS III :
  - Objectifs : Lisibilité et coordination territoriale :

| <i>Action du SROS III</i> | <i>Réalisation</i>                                                                                      |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Annuaire régional         | ROR (opérationnalité courant 1 <sup>er</sup> semestre 2011)- Interface avec plateforme régionale prévue |
| Fiche d'admission commune | Outil plateforme régionale (expérimentation en cours, déploiement régional en 2012)                     |



- Objectifs : Coordination au sein des SSR :

| Action du SROS III                   | Réalisation                      |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Informatisation dossier patient      | ?<br>(pas d'indicateur de suivi) |
| Réunion de synthèse                  | ?<br>(pas d'indicateur de suivi) |
| Fiche de poste médecin coordonnateur | ?<br>(pas d'indicateur de suivi) |

- Objectifs : Coordination entre SSR, entre SSR et court séjour, entre SSR et l'aval :

| Action du SROS III                                               | Réalisation                                  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Binômes référents en court séjour                                | Lien avec le volet médecine et chirurgie     |
| Temps Assistante sociale dans chaque SSR                         | Financé dans chaque SSR                      |
| Partenariat avec les conseils généraux                           | Réunions en cours avec les conseils généraux |
| Convention avec SSR proposant de la réadaptation professionnelle | ?<br>(pas d'indicateur de suivi)             |
| Visite à domicile avec équipe pluridisciplinaire                 | ?<br>(pas d'indicateur de suivi)             |

- Objectifs : Fluidité

| Action du SROS III                                               | Réalisation                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Développement des alternatives à l'HC                            | En cours.                        |
| Pertinence des indications d'admission                           | ?<br>(pas d'indicateur de suivi) |
| Entrée en SSR tous les jours de la semaine                       | Facilitée par l'outil régional   |
| Recours à l'HAD dans les cas lourds et complexes type paraplégie | ?<br>(pas d'indicateur de suivi) |

## **Orientations de travail**

1. Problème de fluidité :
  - De l'amont vers les SSR
  - Difficultés d'aval des SSR (coupe effectuée en 2009)
  - Coordination entre SSR au sein d'un territoire, entre SSR spécialisé et non spécialisé
  - Développer les alternatives à HC en priorité par redéploiement des activités en HC.
2. Accès aux SSR :
  - sur certains territoires : la Meuse notamment
  - sur des populations ciblées telles que les patients nécessitant des traitements lourds et/ou des transports itératifs posant des problématiques de financement dans le cadre de la tarification globale.
3. Problème de lisibilité de l'offre de soins :
4. Améliorer la qualité de PEC des patients au sein des SSR en travaillant notamment sur le projet individuel.
5. Services de taille critique : anticiper l'arrivée de la tarification à l'activité en SSR pour ces services de taille critique.

Composition du groupe expert :

### **Chefs de projet :**

Mr Gauer, ARS Lorraine

Dr Gamel, ARS Lorraine

Dr Poupon Lemarquis – médecin conseil

Dr Guyot – Chef de projet SROS médico social

Dr Guillaume – MPR SIREV Golbey

Dr Régent – gériatre SSR Bainville sur Madon

Dr Malo – Gériatre SSR CH Verdun

Pr Paysant – MPR SSR Centre Louis Pierquin- UGECAM

Dr Valance – Médecin généraliste – SSR CH Boulay

Dr George – Présidente réseau Cuny (54)

Dr Carayon – Directrice Réseau Autrement

Mme Bury - CISS

Mme Guillaume – Directrice Hôpital local Châtel sur Moselle

Dr Goloubtsoff – MPR Hospitalor Forbach

Mme Pineiro – Cadre de santé kinésithérapeute Hospitalor Forbach

Dr Dumay – Chef de pôle gériatrie du CHR Metz Thionville

Mr Raymond - Ordre des MK

Mme Billat – Ordre des MK

Mr Noltet – URPS Pharmacien

Dr Jonveaux- représentant FHF

Mr Puvilland – représentant FEHAP

Mr Pressager – représentant FHP

Mme Staub – représentant FHP

Mme LARGERON – représentant CLCC

Dr Guillaume Marie – Anne, représentante ordre des médecins 54

Mme Polo Laure, chef de projet HAD

Mr Bello, Représentant FEHAP

Mr Vianney Noël, directeur technique GCS télésanté

## TRAITEMENT DU CANCER

### A) Le contexte réglementaire

Les activités relatives au traitement du cancer sont encadrées, au niveau national, par les directives de l'INCa et bénéficient de la régulation mise en œuvre dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013. Dans le cadre de cette régulation, une attention particulière est portée sur :

- l'atteinte de seuils d'activité comme étant l'un des éléments de conformité exigés
- l'organisation en réseau régional (ONCOLOR en Lorraine)
- l'installation et l'évolution de centres de coordination en cancérologie (3C)
- la généralisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- l'existence d'un dossier communicant en cancérologie
- la généralisation de projets personnalisés de soins.

L'INCa par l'intermédiaire d'appels d'offres, accompagnés de financements permet l'implantation d'équipements ou de services innovants pouvant favoriser les objectifs du Plan Cancer.

#### Textes réglementaires

- Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Dans ce cadre, **les visites de conformité** de tous les sites autorisés ont été effectuées en Lorraine durant l'été 2011, ce qui a permis d'établir un état des lieux complet des activités de traitement du cancer.

Les principaux motifs de non conformité qui ont été répertoriés, lors des visites, sont :

- le non respect des seuils,
- l'absence d'autorisation de l'ASN,
- le non respect des critères spécifiques de l'Inca,
- l'absence de la qualification médicale requise.

### B) La répartition des autorisations

La répartition par départements des autorisations de traitement du cancer était la suivante :

|               | <i>Chirurgie</i> | <i>Chimiothérapie</i> | <i>Radiothérapie</i> | <i>Curiethérapie</i> | <i>Autres</i> |
|---------------|------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| Départ 54 :   | 29               | 8                     | 2                    | 1                    | 1             |
| Départ 55 :   | 7                | 2                     | 0                    | 0                    | 0             |
| Départ 57 :   | 39               | 12                    | 3                    | 1                    | 2             |
| Départ 88 :   | 13               | 3                     | 1                    | 0                    | 0             |
| Région Lorr : | 88               | 25                    | 6                    | 2                    | 3             |

Des recompositions de services et des transferts ayant été réalisés ou étant en cours de réalisation,

La répartition par type d'autorisation des sites autorisés est la suivante :

|                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <i>Radiothérapie</i> : 5 sites dont un mixte enfants-adultes | (6 pour le SROS III)       |
| <i>Curiethérapie</i> : 2 sites                               | (2 pour le SROS III)       |
| <i>Radioéléments en sources non scellées</i> : 2 sites       | (6 pour le SROS III)       |
| <i>Chimiothérapie enfants</i> : 1 site                       | (1 pour le SROS III)       |
| <i>Chimiothérapie adultes</i> : 16 à 22 sites                | (20 à 25 pour le SROS III) |
| <i>Chirurgie enfants</i> : 1 site                            | (1 pour le SROS III)       |
| <i>Chirurgie adultes</i> : 66 à 79 autorisations             | (74 à 98 pour le SROS III) |

Répartis sur :

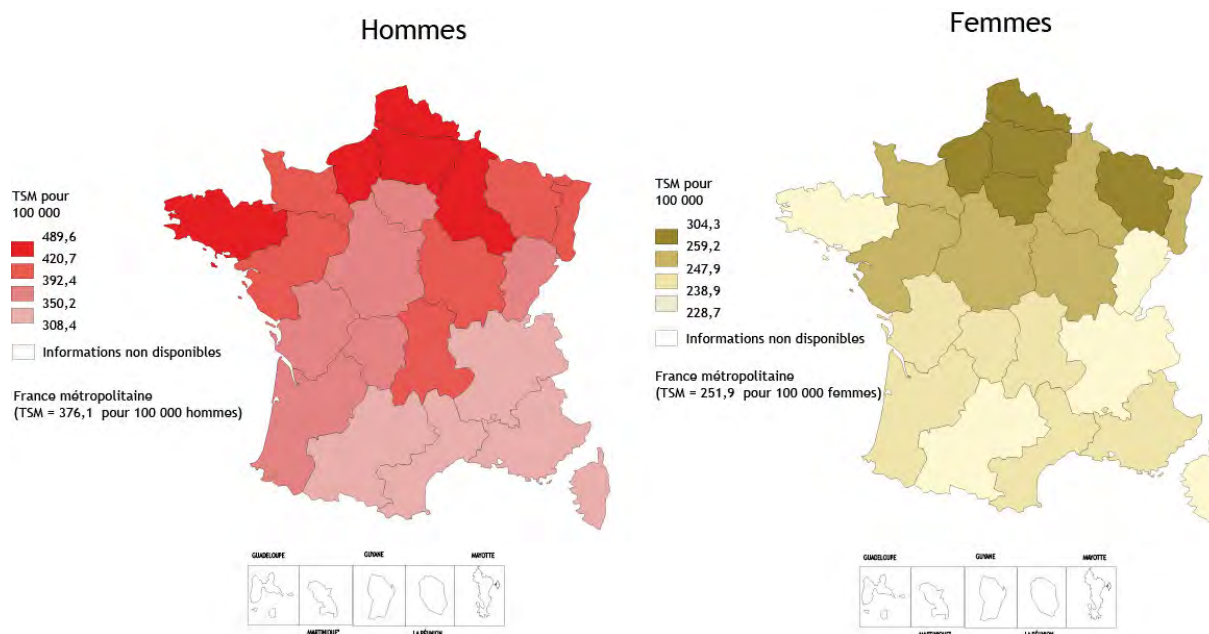
11 sites en Meurthe et Moselle, 2 sites en Meuse, 12 en Moselle, 5 à 6 dans les Vosges.

## C) L'épidémiologie

### 1) L'incidence du cancer en région Lorraine.

En France, en matière d'incidence des cancers il existe un gradient Nord-Sud, les régions du Nord de la France présentant en 2005 les taux d'incidence les plus élevés ; ceci est observé aussi bien chez l'homme que chez la femme. Par contre, chez les femmes, la Lorraine fait partie des régions les plus touchées, après le Nord Pas de Calais, la Picardie, la Haute- Normandie et l'Île de France.

#### Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence tous cancers à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM\* en 2005



\* Pour les DOM, seules des données d'incidence observée, sur la période 1998-2002, sont disponibles et uniquement pour la Martinique.

Source : HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm

Infographie : INCa 2011

En Lorraine, les écarts les plus importants avec les moyennes nationales sont présentés par le taux d'incidence standardisés à la population mondiale (TSM) en 2005 :

- du **cancer du côlon-rectum chez l'homme** qui est le troisième le plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace, avec un taux de **13% supérieur à la moyenne française**,
- des **cancers du poumon chez l'homme** qui est le deuxième le plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais, avec un taux de **26% supérieur à la moyenne française**,
- des **cancers du poumon chez la femme** qui est le plus élevé en France, avec un taux de **33% supérieur à la moyenne française**

## 2) La mortalité par cancer observée en région Lorraine.

En Lorraine, le cancer constitue la première cause de mortalité en Lorraine, soit 30% des décès et le taux comparatif de mortalité observé est significativement supérieur au taux de la France métropolitaine .

Chez l'homme, le cancer broncho-pulmonaire est la première cause de décès par cancer, suivi par le cancer colo-rectal, le cancer de la prostate et les cancers des voies aérodigestives supérieures, ces 4 localisations représentant 55% des décès par cancer. Chez la femme, le cancer du sein vient en tête, suivi par le cancer bronchopulmonaire et le cancer colorectal.

### A) Pour les cancers dont l'incidence est élevée en Lorraine :

→ Chez *les hommes*, la mortalité par **cancer du côlon-rectum** en Lorraine est conforme à l'incidence relevée et place la région en troisième position. Le constat est plus étonnant chez *les femmes*, pour lesquelles la mortalité est élevée avec une incidence moyenne.

→ Pour **les cancers du poumon**, le taux de mortalité est conforme à l'incidence calculée, à savoir : chez *les hommes*, 2<sup>ème</sup> plus mauvais taux avec un écart de 22% à la moyenne et chez *les femmes* 1<sup>er</sup> plus mauvais taux avec un écart de 24% à la moyenne.

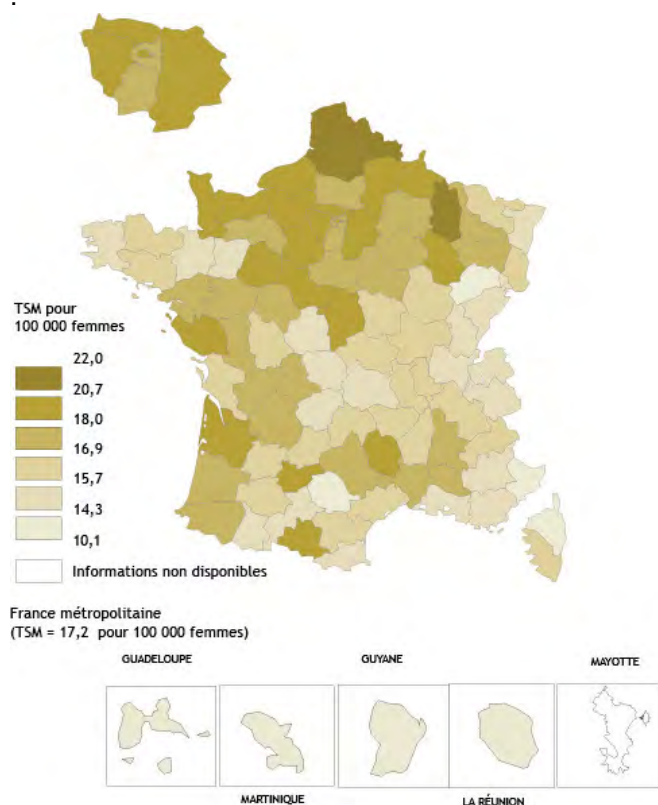
### B) Pour les cancers dont l'incidence est moyenne en Lorraine :

→. Pour **les cancers de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx**, la Lorraine est en 7<sup>ème</sup> position avec un taux de 13% supérieur à la moyenne chez *les hommes* et en 2<sup>ème</sup> position avec un écart de 33% à la moyenne chez *les femmes*.

→ Pour **les cancers du col de l'utérus**, le taux de mortalité est le 4<sup>ème</sup> plus mauvais en France.

→ Pour **le cancer du sein**, la Lorraine connaît une incidence et une mortalité moyenne, avec cependant une exception notable : le département de la Meuse qui figure parmi les quatre premiers départements français connaissant la plus forte mortalité.

### Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer du sein chez les femmes à l'échelle départementale en France métropolitaine et dans les DOM (2004-2008)



Source : InVS, CépiDc Inserm Infographie : INCa 2011

### 3) Une grande disparité au sein des territoires de santé et suivant les sexes.

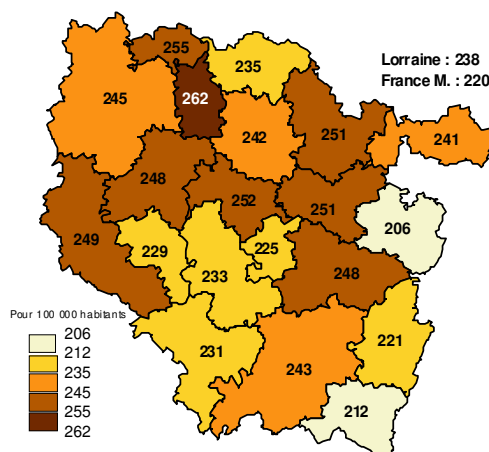
L'écart maximum de mortalité par tumeurs entre deux territoires de santé de proximité lorrains en 2007 atteint 30 % du taux pour 100 000 habitants : de 206 à 262. Les baisses de mortalité les plus importantes dans la décennie 1997-2007 concernent des secteurs dont les taux étaient déjà inférieurs à la moyenne :

### Ensemble des cancers

Taux comparatifs de mortalité par tumeurs 2005-2007

✿ Cancer = 1<sup>ère</sup> cause de mortalité en Lorraine  
femmes 24%,  
hommes 33%

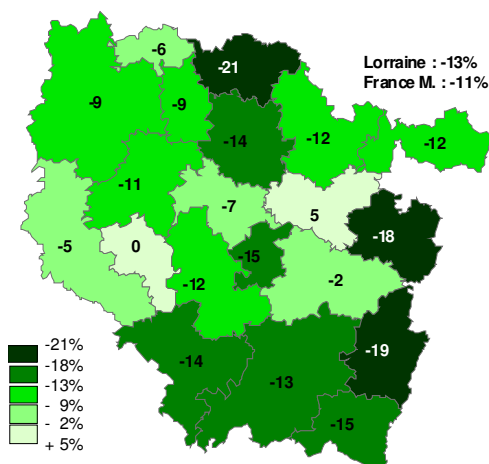
✿ disparités de santé : autour de 20% entre les territoires de santé de proximité !



Source : INSERM (CépiDc), Exploitation : ORSAS - Lorraine

## Ensemble des cancers

Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs entre 1995-1997 et 2005-2007



En dix ans, la mortalité par cancer a baissé en Lorraine - tout en restant supérieure de 10% à la moyenne française.

Source : INSERM (CépiDc), Exploitation : ORSAS – Lorraine



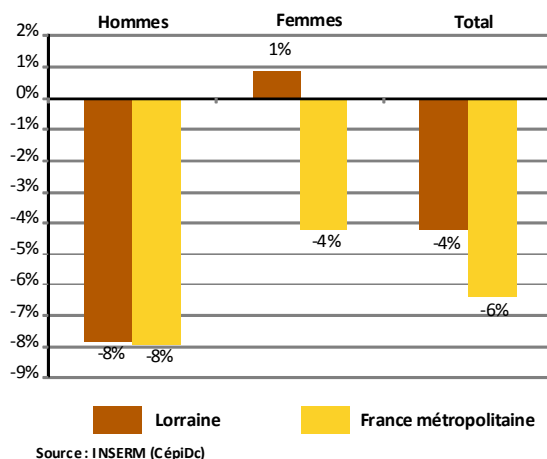
ARS Lorraine – préparation du SROS Cancer, 3 mai 2011

13

Si la baisse des taux de mortalité par tumeurs entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007 est sensiblement la même en Lorraine et en France métropolitaine (-8%) pour les hommes, chez les femmes on note un accroissement de 1% en Lorraine, quand le taux pour la France métropolitaine baisse de 4%.

## Ensemble des cancers

Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007



cette baisse bénéficie surtout aux hommes, les femmes accusant un différentiel de 5% avec la moyenne nationale.

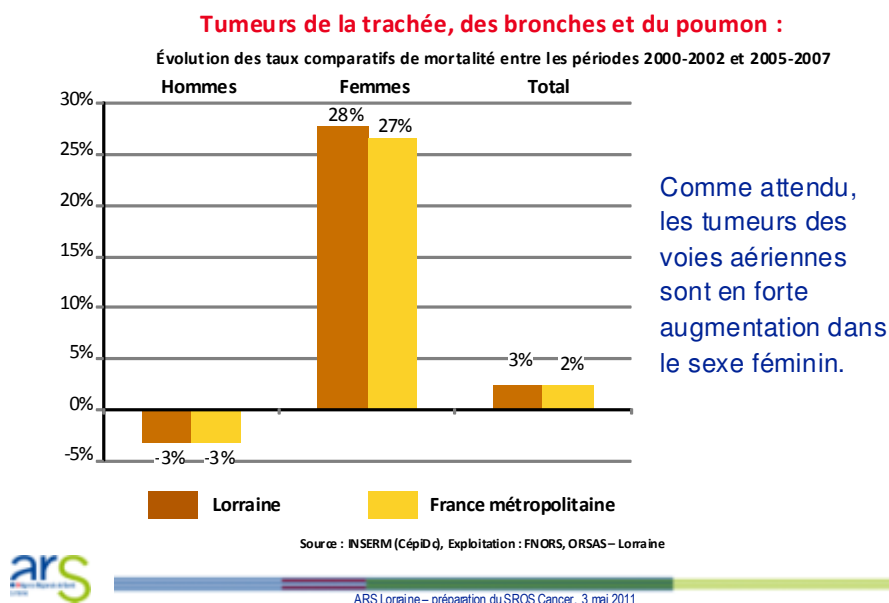
Source : INSERM (CépiDc)



ARS Lorraine – préparation du SROS Cancer, 3 mai 2011

14

L'un des facteurs explicatifs de cette tendance réside dans la très forte augmentation du taux de mortalité des Lorraines par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon. Le phénomène est d'ampleur nationale, mais plus accentué encore en Lorraine.



## D) La démographie médicale

**La situation des oncologues médicaux** en Lorraine est préoccupante, en effet on ne dénombre qu'un effectif de 17,7 ETP pour 2 350 000 habitants soit 1 oncologue pour 129 000 habitants quand la moyenne nationale s'élève à 1 oncologue pour 100 000 habitants.

Une situation semblable affecte **les oncologues radiothérapeutes** avec une proportion de 0,75 E.T.P. pour 100 000 habitants en Lorraine à comparer avec la moyenne de 1,15 E.T.P. pour 100 000 habitants au plan national.

Le nombre moyen **des pathologistes** peut être évalué en Lorraine entre 1,78 et 2,31 E.T.P. pour 100 000 habitants, à mettre en regard des 2,36 E .T.P. de la moyenne nationale.

Des tendances nouvelles apparaissent en région Lorraine, comme le désir :

- d'attirer de nouvelles vocations, entre autres par l'ouverture de postes d'internat,
- d'utiliser différemment les personnels existants en explorant les possibilités de transferts de tâches, tout en maintenant un haut niveau de formation.



# Répartition des oncologues médicaux en Lorraine au 15 septembre 2011



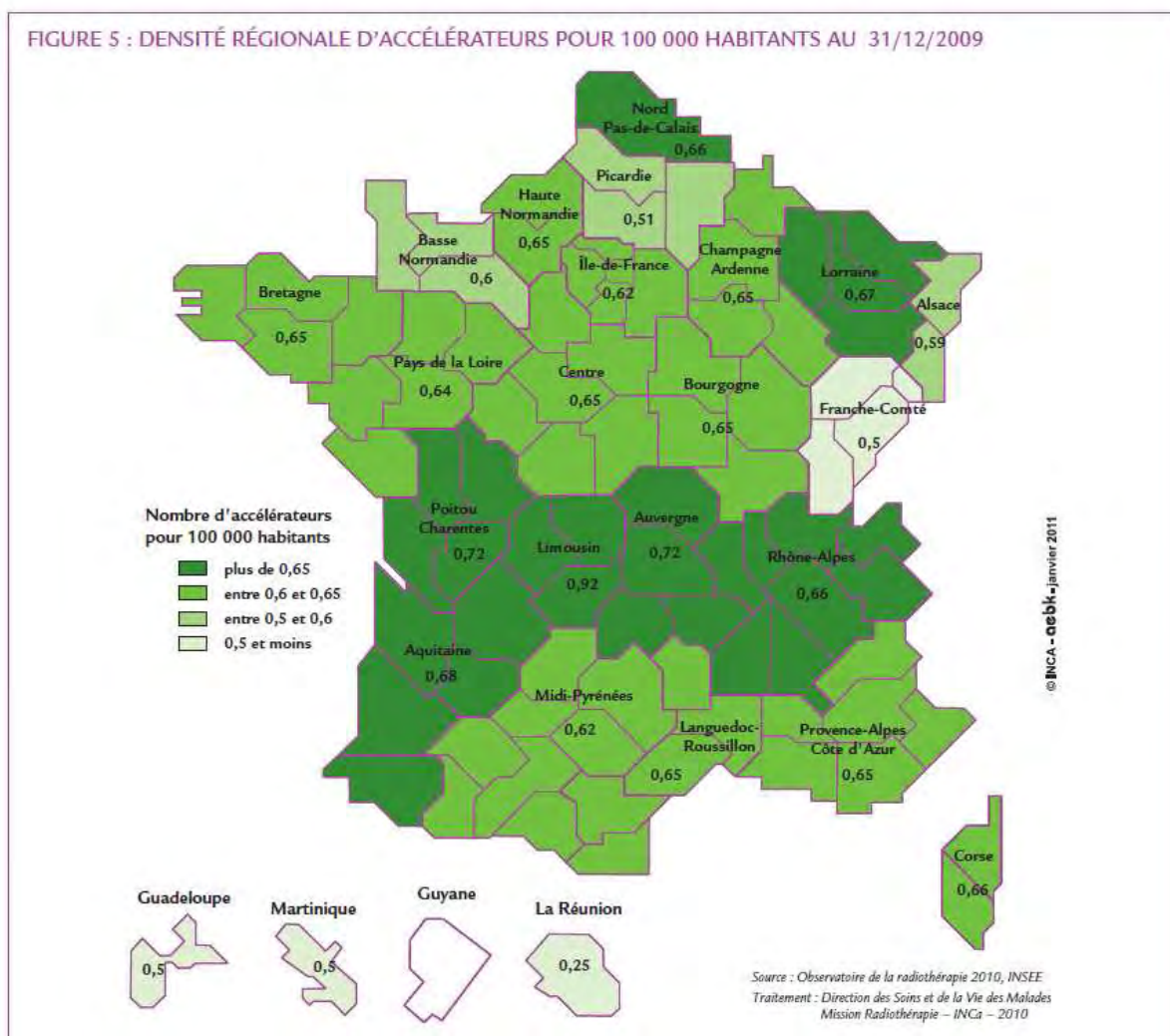
Post-internat : un poste d'ASM au CAV obtenu en 2005 (plan Cancer) un poste d'assistant spécialiste (CAV-CHR de Metz) obtenu en novembre 2009 ;

Oncologues médicaux en poste : 17,7 ETP pour 2.348.384 habitants (recensement 2009), soit un oncologue pour 129.000 habitants.

## E) La radiothérapie

La région Lorraine est encore impactée par l'accident de radiothérapie du centre hospitalier d'Epinal. Les conséquences les plus visibles en sont une nouvelle répartition des patients entre secteur public et privé et un accroissement de la vigilance dans l'application des procédures.

La densité d'accélérateurs pour 100 000 habitants varie dans les régions françaises entre 0,50 et 0,72, la densité moyenne s'élève à 0,64 en France et à 0,67 en Lorraine.



Actuellement 15 accélérateurs sont installés en Lorraine et bénéficient d'une autorisation :

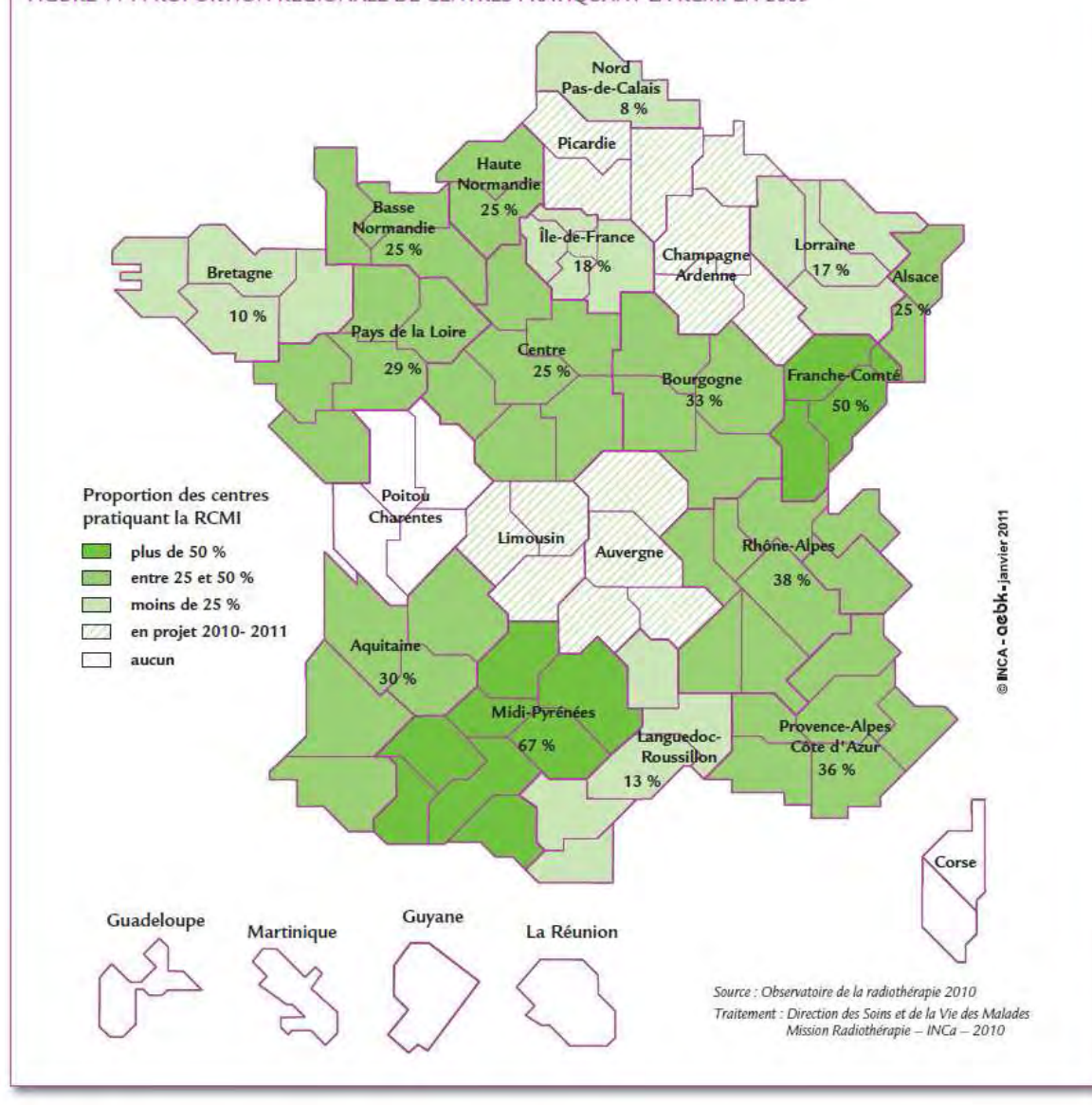
Dans le secteur public ou les ESPIC : 3 au CHR Metz Bon Secours, 5 au Centre Alexis Vautrin de Vandoeuvre, 2 au Centre Hospitalier d'Epinal.

Dans le secteur privé : 3 à la Clinique Claude Bernard à Metz et 2 à la Clinique de Gentilly à Nancy.

Il faut cependant également noter la proximité d'installations limitrophes à la région : à Esch-sur-Alzette au Luxembourg, à Strasbourg et Colmar en Alsace, à Chaumont en Champagne-Ardenne.

La région Lorraine bénéficie également de l'accès aux nouvelles techniques de radiothérapie telles la modulation d'intensité (RCMI) et la stéréotaxie (SBRT).

FIGURE 11 : PROPORTION RÉGIONALE DE CENTRES PRATIQUANT LA RCMI EN 2009



Le niveau d'équipement en Lorraine ainsi que l'accès aux techniques innovantes sont donc satisfaisants.

Les professionnels continuent à pouvoir être recrutés en région Lorraine en raison d'un haut niveau de formation des D.E.S. et des radiophysiciens, ce qui maintient l'attractivité de ces disciplines.

## **F) Les atouts, les pistes d'amélioration et les perspectives de la région**

### **1) Les atouts de la région Lorraine :**

- Un réseau régional en cancérologie « ONCOLOR » identifié par l'INCa (coordination, bonnes pratiques et référentiels, RCP, formation, expertise et audits...), créé en 1998 parmi les trois premiers en France (avec la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon),
- Un équipement satisfaisant des centres de radiothérapie,
- Une couverture du territoire par l'ensemble des modalités de traitement,
- Une organisation du dispositif d'annonce.

## **2) Les pistes d'amélioration :**

- La démographie des professionnels de santé, notamment des oncologues et des spécialistes avec compétence ordinale (difficultés de primo-prescription des traitements spécifiques), des chirurgiens thoraciques...
- Le P.R.C.
- La structuration des R.C.P. de recours,
- La recherche clinique régionale,
- La mise à niveau des unités centralisées de préparation des chimiothérapies anticancéreuses (U.C.P.C.) : audit qualité ONCOLOR,
- La coordination des soins et l'interface ville-hôpital.

## **3) Les perspectives :**

- La mise en adéquation de l'offre de traitement du cancer avec les résultats des visites de conformité et les besoins de la population,
- La généralisation de l'ensemble des mesures du plan cancer 2,
- L'installation et l'évaluation des 3C,
- Le renforcement du dépistage et de la recherche,
- La mise en place du P.P.S. dans les sites autorisés,
- La mise en place de la phase pilote du dossier commun de cancérologie,
- L'ouverture d'une banque de sang placentaire au C.H.U. pour le traitement des hémopathies malignes ou non malignes.

## **G) Les principales orientations identifiées**

Il est retenu 3 objectifs opérationnels :

- a) Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge
- b) Développer la coordination des acteurs
- c) Soutenir la démographie médicale

a) Le diagnostic précoce optimise la prise en charge et améliore l'efficacité des thérapeutiques. Il est centré sur 2 actions : la détection précoce et le dépistage pour lequel les médecins traitants sont des acteurs clés. Le parcours de soins du patient rapidement établi et formalisé est également un axe majeur de la prise en charge.

b) La qualité des pratiques et les recommandations professionnelles sont des axes essentiels autour desquels tous les professionnels de santé, y compris le médecin traitant doivent adhérer. Les référentiels de l'Inca et d'ONCOLOR sont des supports régulièrement travaillés et diffusés.

c) Il est à prévoir une réorganisation de l'offre de soins, notamment pour les primo prescriptions de chimiothérapie, compte tenu des résultats des conformités et des besoins de la population lorraine. Enfin il est nécessaire d'établir une coordination entre tous les acteurs et surtout une lisibilité des informations et modalités d'organisation des soins pour les patients.

## HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

### **I. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET**

#### **Compositions groupes expert.**

Le groupe expert associe différents professionnels de santé de la Région. La composition du groupe est ainsi représentative de l'ensemble des professions concernées étant amenées à intervenir dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation à domicile et ce pour l'ensemble des 4 départements :

Directeurs d'établissement sanitaire siège d'HAD  
Médecins coordonnateurs, Cadres de santé ou Infirmiers coordonnateurs d'HAD  
Directeurs d'établissement et service médicaux sociaux (EHPAD et SSIAD)  
Représentants des fédérations des établissements de santé,  
- Représentants des URPS et ordre des professionnels de santé  
Représentants d'EHPAD et de SSIAD  
Représentants de réseau soins palliatifs  
Représentants des associations d'usager

#### **Dates de réunion :**

##### **14 avril 2011 : Groupe expert HAD**

- Présentation du contexte réglementaire et des premiers éléments de cadrage nationaux (guide DGS sur l'élaboration du Projet Régional de Santé) et régionaux
- Bilan de situation des HAD en Région Lorraine
- Identification avec le groupe expert des points forts et des points faibles (principales difficultés rencontrées au développement des HAD)
- Identification des réflexions à mener sur la base d'un diagnostic partagé afin d'établir les premières grandes orientations de travail.

Dans l'intervalle :

Travail de concertation des chefs de projets avec des représentants des structures et avec les autres chefs de projet des volets SROS PRS pour coordination et articulation dans l'organisation des filières de soins et de prise en charge.

##### **- 17 juin 2011 : Groupe expert**

Perspectives de systèmes d'information communs et de télémédecine en HAD  
Intervention de Jean Louis Fuchs, chef de projet systèmes d'information à l'ARS  
Présentation de l'expérimentation HADAN sur l'enregistrement du sommeil à domicile par l'HADAN

### **II. CONTEXTE**

#### **Rappel de la Définition et de la finalité de l' HAD**

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.



Sa finalité est de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux, continus et nécessairement coordonnés. Elle doit permettre au patient qui le désire et/ou l'accepte un retour et /ou un maintien à domicile dans des conditions de soins optimales, et de sécurité maximale.

**Références Réglementaires :**

2 Les textes et cadre réglementaire existants:

- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (et son complément) relative à l'HAD
- Circulaire DHOS/O/N°44 du 4 février 2004 relative à l'HAD
- Circulaire N° DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'HAD

HAD en Etablissement pour personnes âgées (EHPA(D)) :

- Décret N°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les EHPA(D)
- Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPA(D) modifié par les arrêtés du 25 avril 2007 et du 24 mars 2009
- Décret N° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD dans des EHPA(D)
- Circulaire N° DHOS/03/DGSA/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'HAD dans les EHPA(D)
- Réforme tarifaire : financement de l'HAD en tarification à l'activité à 100 % en janvier 2006
- Volet HAD du SROS 3 arrêté en mars 2006

Principal objectif : organiser le maillage territorial de la Région Lorraine dans le cadre du développement d'HAD Polyvalente.

L'évolution du cadre réglementaire:

- Publication de la loi HPST le 21 juillet 2009
- Publication du Décret du 18 mai 2010 sur l'élaboration du PRS - Programme Régional de santé (2011-2016) avant fin 2011

Le PRS est constitué de 3 éléments déclinés en 3 étapes :

- le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) publié en avril 2011: il fixe les priorités et les objectifs régionaux,
- Les schémas régionaux en matière de : prévention, d'organisation des soins SROS PRS (hospitalier et ambulatoire), d'organisation médico-sociale,
- Les programmes : PRGDR, PRAPS, programme télémédecine, PRIAC, programmes territoriaux de santé.
- Arrêté N° 2010-391 du 25 novembre 2010 de l'ARS de Lorraine portant des nouveaux territoires de santé aux 4 départements

Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sanitaires ( IGAS) sur le fonctionnement des HAD est également paru en novembre 2010.

**DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL****Etat des lieux Régional et Territorial :**

En 2011 : 17 structures d'HAD ont été autorisées en Région Lorraine dont 16 sont actuellement en fonctionnement.

Bien que le nombre de structures ait été multiplié par deux en 6 ans : 16 en 2011 contre 8 en 2005 et 4 en 2001, des zones blanches persistent néanmoins sur l'ensemble du territoire en particulier en rural en raison des difficultés d'intervention sur des secteurs géographiques les plus éloignées du lieu d'implantation des HAD.

**Bilan des implantations :**

L'annexe opposable du SROS III déclinait le nombre d'implantations pour les territoires de santé Nord et SUD constitués chacun de 10 territoires de santé de proximité.

Pour le Nord de la région (les territoires de proximités N° 1 à 10), toutes les implantations prévues ont été autorisées dans le cadre d'HAD polyvalente.

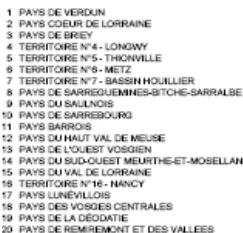
Quelques évolutions concernent les autorisations d'implantation prévues sur le territoire SUD. (les territoires de proximité N°11 à 20) : une structure a été autorisée sur le territoire de Lunéville mais n'est pas à ce jour installée. Cette installation fait l'objet d'une évolution actuellement en cours de discussion.

Concernant les territoires de Remiremont et ses Vallée et de la Déodatie : l'HAD de Gérardmer, initialement exclusivement obstétricale s'est développée en HAD polyvalente et a vocation à desservir ces deux territoires.

| Territoire de sante de proximité | Implantation inscrite au SROS 3 | Implantation autorisée en 2011 | Structures autorisées                       | Implantation installée en 2011 |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| 1 Pays de Verdun                 | X                               | 1                              | CH de Verdun                                | 1                              |
| 3 Pays de Briey                  | X                               | 1                              | Association Hospitalière de Joëuf           | 1                              |
| 4 Longwy                         | X                               | 1                              | Association Alpha Santé                     | 1                              |
| 5 Thionville                     | X                               | 1                              | CHR de Metz Thionville                      | 1                              |
| 6 Metz                           | X                               | 1                              | HAD METZ (HPM) (avec une antenne à Remilly) | 1                              |
|                                  | X                               | 1                              | Gorze                                       | 1                              |
| 7 Bassin Houiller                | X                               | 2                              | CH de Boulay Freyming-Merlebach             | 2                              |
| 8 Sarreguemines                  | X                               | 1                              | CH de Sarreguemines                         | 1                              |
| 10 Sarrebourg                    | X                               | 1                              | CH de Sarrebourg                            | 1                              |
| <b>NORD</b>                      | <b>8 à 10</b>                   | <b>10</b>                      |                                             | <b>10</b>                      |

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| SUD | 8 | 7 | 6 |
|-----|---|---|---|

## HOSPITALISATION A DOMICILE LOCALISATION DES PLACES



-  HAD POLYVALENTE
-  GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
-  REEDUCATION FONCTIONNELLE



**Taux d'équipement :**

Le taux cible national fixé pour 2005 s'élevait à 13.3 places / 100 000 habitants.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SROS III, le taux d'équipement correspondant aux nombres de places prévues dans les demandes d'autorisation) en région Lorraine a pratiquement doublé en 5 ans :

2001 : 1.21 places/100 000 habitants

2004 : 2.16 places /100 000 habitants

2006 : 6.2 places /100 000 habitants

2010 : 11.75 places 100 000 habitants

Ce taux significatif d'une nette amélioration de l'accès à une prise en charge en HAD en région Lorraine reste néanmoins inférieur à la moyenne nationale.

|                    |    | Nb places<br>autorisées 2010 | Population * | Tx Equipement 2010<br>100 000 /habitants |
|--------------------|----|------------------------------|--------------|------------------------------------------|
| MEURTHE<br>MOSELLE | et | 84                           | 731 053      | 11,49                                    |
| MEUSE              |    | 35                           | 195 460      | 17,91                                    |
| MOSELLE            |    | 92                           | 1 043 336    | 8,82                                     |
| VOSGES             |    | 65                           | 379 740      | 17,12                                    |
| LORRAINE           |    | 276                          | 2 349 590    | 11,75                                    |

**Taux de recours :**

Il permet d'évaluer le nombre de journée pour 10 000 habitants et constitue un indicateur de suivi. Ce taux vise à rendre compte du niveau de « consommation » de journées d'HAD.

|                    |    | Nb places autorisées<br>2010 | Population * | Tx Equipement 2010<br>100 000 /habitants |
|--------------------|----|------------------------------|--------------|------------------------------------------|
| MEURTHE<br>MOSELLE | et | 27 229                       | 731 053      | 372,46                                   |
| MEUSE              |    | 8 348                        | 195 460      | 427,09                                   |
| MOSELLE            |    | 27 842                       | 1 043 336    | 266,86                                   |
| VOSGES             |    | 8 571                        | 379 740      | 225,71                                   |
| LORRAINE           |    | 71 990                       | 2 349 590    | 306,40                                   |

Les 71 990 journées réalisées en Lorraine correspondent à une occupation annuelle de 197 places.

## Activités Polyvalentes des HAD

Le SROS III fixait comme objectif principal le développement d'HAD Polyvalente sur l'ensemble de la région. C'est le cas pour toutes les nouvelles autorisations d'implantation qui ont été délivrées depuis 2006 mais également la majorité des structures d'HAD précédemment avec une autorisation d'activité spécifique (obstétrique ou soins palliatifs) qui ont évoluées vers une activité polyvalente ou sont en cours d'évolution.

Historiquement et suite à des restructurations hospitalières, des HAD spécifiques ont été développées sur certains territoires de proximité notamment suite à des fermetures de maternité où une prise en charge spécifique en obstétrique et néonatalogie a été organisée souvent adossée à des centres périnataux de proximité. Ce fut le cas pour le secteur de Bitche (territoire de proximité de Sarreguemines), le secteur de Gérardmer (territoire de proximité de Remiremont et de ses Vallées).

L'HAD de l'OHS du Centre Louis PIERQUIN effectue toujours une prise en charge exclusive en SSR principalement gériatrique et n'a pas évolué vers une prise en charge polyvalente.

Pour le CHR à Thionville, l'HAD soins palliatifs a été regroupée avec l'HAD obstétricale pour assurer une prise en charge polyvalente tout en maintenant ses précédentes activités.

### Quelques indicateurs d'activités des HAD en Région Lorraine (source ePMSI 2009 -2010)

#### - sexe et âge de la population accueillie :

L'analyse du profil des patients met en évidence que les prises en charge en HAD concernent actuellement majoritairement les femmes à hauteur de 63 % , en particulier en raison du nombre de structures ayant une activité obstétricale.

La répartition par âge met en exergue que près de 32 % des prises en charge concerne la tranche d'âge des 18 -40 ans, 21 % les plus de 60 ans et 24 % les plus de 75 ans.

Moins de 2 % des séjours concernent des enfants et adolescents.

#### - Principaux de mode de prise en charge :

59 % des journées en HAD correspondent à 3 modes principaux de prise en charge (MPC) :

23 % pour des pansements complexes

20 % pour des soins palliatifs

16 % pour des traitements intra veineux hors chimiothérapie

|                             | Territoire Nord | Territoire Sud | Lorraine | France    |
|-----------------------------|-----------------|----------------|----------|-----------|
| Nb journées                 | 39 834          | 32 156         | 71 990   | 3 625 924 |
| %                           | 55,3%           | 44,7%          |          |           |
| Libellé en %                |                 |                |          |           |
| MPC 09 pansements complexes | 26%             | 19%            | 23%      | 20,1%     |
| MPC 04 soins palliatifs     | 23%             | 16%            | 20%      | 25,8%     |
| MPC 03 Traitement IV        | 16%             | 16%            | 16%      | 3,5%      |
| MPC 14 soins de nursing     | /               | /              | /        | 9,5%      |

**Mode d'entrée**

En moyenne, 2/3 des admissions en HAD en Lorraine proviennent d'une suite d'hospitalisation en court séjour. Seul 25 % relève d'une prise en charge immédiate depuis le domicile.  
La prise en charge en EHPAD est très faible (2.3 %).

|                       | Territoire Nord | Territoire Sud | Lorraine | France  |
|-----------------------|-----------------|----------------|----------|---------|
| Nb séjours            | 2 268           | 1 607          | 3 877    | 142 795 |
| %                     | 58,5%           | 41,5%          |          |         |
| Provenance en %       |                 |                |          |         |
| Court séjour          | 62,5%           | 66,9%          | 65,8%    | 67,4%   |
| Domicile (hors EHPAD) | 26,9%           | 22,0%          | 24,9%    | 28,4%   |
| Moyen séjour          | 1,4%            | 9,9%           | 5,0%     | 2,5%    |
| EHPAD                 | 3,4%            | 0,7%           | 2,3%     | 0,7%    |

**Mode de sortie :**

Les données mettent principalement en exergue un repli de près d'un tiers des prises en charge en HAD sur une structure hospitalière et un taux de décès de plus de 10% en HAD en relation avec l'activité de soins palliatifs.

|                                | Territoire Nord | Territoire Sud | Lorraine | France  |
|--------------------------------|-----------------|----------------|----------|---------|
| Nb séjours                     | 2 268           | 1 607          | 3 877    | 142 795 |
| %                              | 58,5%           | 41,5%          |          |         |
| Destination en %               |                 |                |          |         |
| Court séjour                   | 27,8%           | 35,5%          | 31,0%    | 28,8%   |
| Domicile (hors EHPAD et SSIAD) | 55,7%           | 49,%           | 53,0%    | 59,4%   |
| Décès                          | 10,6%           | 10,4%          | 10,5%    | 8,6%    |
| EHPAD                          | 3,0%            | 0,5%           | 2,0%     | 0,5%    |
| Domicile + SSIAD               | 1,0%            | 3,3%           | 2,0%     | 0,9%    |
| Moyen séjour                   | 0,7%            | 0,4%           | 0,5%     | 1,2%    |

**Points forts et points faibles :****Points forts :**

Le développement en Région Lorraine d'HAD polyvalente avec sur certains territoires l'installation d'antenne.

L'évolution des HAD spécifiques en HAD en polyvalente (Obstétrique) et réorientation des HAD obstétricale sur les prises en charges pathologiques

**Points faibles :**

Une couverture des territoires inégale.

Le manque de connaissance des HAD tant par la population que par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers avec en corollaire des difficultés de montée en charge des HAD.

Un taux d'intervention en EHPAD très faible.

De faible densité de professionnels de santé médicaux (médecins généralistes et spécialistes, sages femmes) et paramédicaux (notamment Infirmier, sage-femme et masseur kinésithérapeute) principalement dans le département de la Meuse et des Vosges ce qui constitue un frein au développement des interventions en l'HAD à distance de leur site d'implantation.

Difficultés de recrutement d'aides soignantes.

L'organisation de la continuité des soins médicaux qui repose sur le médecin traitant.

**Estimation des besoins :**

La région Lorraine reste sous équipée au regard du taux cible national malgré une amélioration significative ces 6 dernières années. Le département de la Moselle reste aujourd'hui au regard de la densité de sa population, le département le moins équipé.

La couverture du territoire Lorrain est actuellement imparfaite et en raison de persistance de zones blanches et de périmètres géographiques d'intervention méritant d'être révisés dans le cadre d'un partenariat entre structures pour permettre une optimisation du maillage du territoire.

Les besoins en termes de professionnels de santé sur certains territoires doivent conduire à la mise en place de dispositifs adaptés dans le cadre de partenariats effectifs et formalisés entre les structures existantes et les professionnels de santé (médicaux et para médicaux) d'activités spécialisées portées par des structures polyvalentes ...

### **III : PREMIERES ORIENTATIONS DE TRAVAIL :**

#### **Objectif général : Améliorer l'accès aux soins**

##### **Objectifs opérationnels :**

- Optimiser le maillage territorial (zone urbaine/zone rurale) :
  - en formalisant des partenariats entre structures d'HAD existantes mais aussi avec les professionnels de santé médicaux et para médicaux libéraux
  - en révisant certaines zones géographiques d'intervention
- Organiser des campagnes d'information et de communications par les structures d'HAD :
  - auprès des professionnels de santé
  - auprès des structures et services d'aide au maintien à domicile (SSIAD...)
- Actions d'informations animées par l'ARS auprès des EHPAD pour promouvoir le développement de l'HAD en EHPAD
- Développer le périmètre d'intervention des HAD avec des prises en charge plus spécialisées nécessitant le recours à des compétences spécifiques (à articuler avec les autres volets du SROS PRS)
  - En pédiatrie : travail en lien avec les services de pédiatrie et pédiatres de ville pour permettre les prises en charge de certaines pathologie et maladies chroniques
  - En obstétrique et néonatalogie : pour les besoins en prise en charge ante et post partum pathologique
  - En soins de suite et de réadaptation auprès des personnes présentant des handicaps lourds en sortie d'hospitalisation complète en réadaptation fonctionnelle
  - En cancérologie : chimiothérapies au domicile

#### **Objectif général : Améliorer la qualité et la sécurité des soins**

##### **Objectifs opérationnels :**

- Mutualiser la continuité des soins médicale (médecin coordonnateur) entre les HAD
- Développer des systèmes d'informations partagés et outil de télé-médecine
  - Dossier informatisé permettant l'accès de différents acteurs (HAD, hospitalier, libéraux, EHPAD, SSIAD...)
  - Accès à un répertoire partagé apportant des informations sur la prise en charge en HAD
  - Création d'un outil commun de demande d'admission
  - Promouvoir l'utilisation des outils de télé-médecine (à décliner dans le programme régional de télé-médecine)

**Objectif général : Améliorer l'efficience**

**Objectifs opérationnels :**

- Favoriser la coordination des HAD avec les soins et services ambulatoires dans un objectif d'organisation des filières de soins et de prise en charge afin notamment de développer l'accès direct à une prise en charge HAD ( depuis le domicile et établissements médico sociaux) et dans le cadre d'un objectif de prévention afin d'éviter le cas échéant les replis en structures hospitalières
- Inscrire les HAD dans l'organisation des filières de soins :
  - clarifier les missions de l' HAD par rapport aux soins ambulatoires et aux SSIAD
  - fluidifier le parcours de soins
- Anticipation du relais lors des séjours en hospitalisation complète à organiser

## TRANSFUSION SANGUINE

### I. CONTEXTE :

#### a. Contexte réglementaire :

- ☐ Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV "conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, la néonatalogie et à la réanimation néonatale" du code de la santé publique (livre VII, titre 1er, chapitre II, section III, troisième partie : Décrets)
- Arrêté du 24 avril 2002 portant homologation du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produit et échantillons issus du sang humains
- Arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale
- Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du code de la santé publique
- Décret n°2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'EFS et à l'hémovigilance et modifiant le CSP
- Circulaire DHOS/P2 no 2007-239 du 14 juin 2007 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n°2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang et modifiant le CSP.
- Arrêté du 30 octobre 2007 relatif aux conditions d'autorisations des dépôts de sang pris en application des articles R.1221-20-1 et R.1221-20-3
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant le modèle type de convention entre un établissement de santé et l'établissement de transfusion sanguine référent pour l'établissement d'un dépôt de sang;
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant la liste des matériels des dépôts de sang prévue à l'article R.1221-20-4;
- Arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang.
- Recommandations et préconisations du groupe de travail EFS DGS DGOS n°2 du 5 janvier 2011

#### b. SROS PRS :

- thématique structurant l'offre de soins (obstétrique, chirurgie, service des urgences)
- partie non opposable du SROS
- précède l'élaboration du SOTS

c. Les PSL :

| PSL        | Lieu de stockage | Conditions de stockage                 | Durée de vie |
|------------|------------------|----------------------------------------|--------------|
| CGR        | EFS ou ES        | +4°                                    | 41 jours     |
| Plaquettes | EFS uniquement   | +20° ( <i>en agitation constante</i> ) | 5 jours      |
| Plasma     | EFS ou ES        | -25°                                   | 1 an         |

PSL = Produit Sanguin Labile, produit d'origine humaine provenant d'un don, à respecter.

d. Les dépôts de sang :

| Type d'ES 2009    | ES Transfuseurs | Nbre de dépôts | Delivrance | Urgence +/- Relais |
|-------------------|-----------------|----------------|------------|--------------------|
| ES publics        | 24              | 16             | 8          | 6                  |
| ES PSPH           | 16              | 5              | 1          | 3                  |
| ES privés         | 13              | 5              |            | 6                  |
| Hôpital militaire | 1               | 1              |            | 1                  |
| <b>TOTAUX</b>     | <b>54</b>       | <b>25</b>      | <b>9</b>   | <b>16</b>          |

## • 3 critères pour avoir un dépôt au sein d'un ES :

- ✓ Eloignement géographique d'un site transfusionnel de 30 minutes

Et / ou

- ✓ Activités MCO potentiellement hémorragiques (fonction du volume et du type de PSL consommés)
- ✓ Notification dans le projet d'établissement

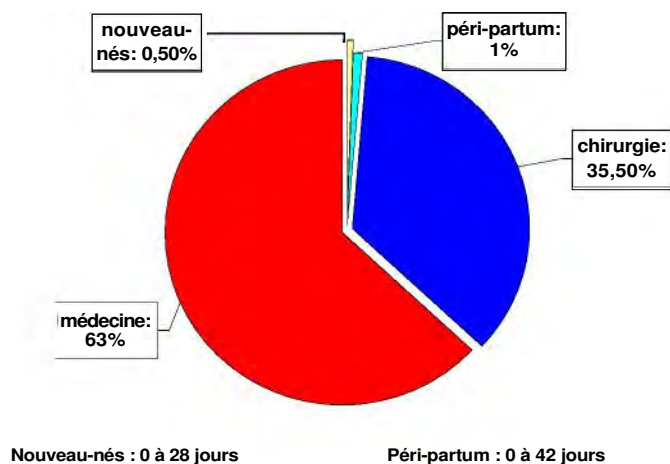
PSL  
Lorraine - année 2010

TRANSFUSES

PAR

SECTEUR

D'ACTIVITE

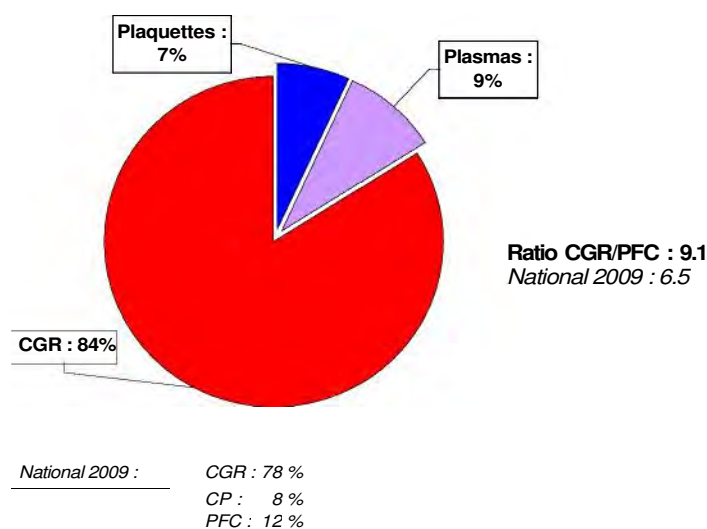


Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

### PSL TRANSFUSES PAR CATEGORIE DE PSL

Lorraine - Année 2010 (PSL transfusés : 106 438)



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

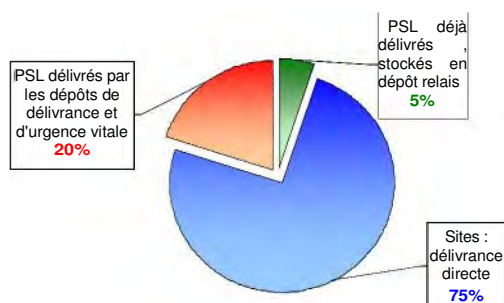
9 mai 2011

- 3 types de dépôts de sang :
  - ✓ Dépôt de délivrance :
    - Avoir **sur le site** au sein de l'établissement de santé un laboratoire pouvant réaliser les IHR (le DD d'un ES ne délivre que pour son ES)
    - Groupes A/B/O et AB
    - Personnel : responsable (médecin ou pharmacien) doit avoir la formation D3T ou DUTS ou capacité transfusionnelle et chaque technicien doit avoir eu la formation de 35 h par un organisme agréé
    - Informatisation en lien par Format Pivot avec EFS



- ✓ Dépôt d'urgence :
  - Groupes O
  - Personnel : responsable (médecin ou pharmacien) doit avoir bénéficié la formation de 35 h par un organisme agréé.
- ✓ Dépôt urgence et relais :
  - CGR déjà délivré nominativement par l'EFS (délai 3 jours, durée de validité des RAI : Recherche des Agglutinines irrégulières)
  - Personnel : formation de 35 h des responsables (médecin ou pharmacien)
  - Informatisation en lien avec l'EFS (Format Pivot)

### REPARTITION DE LA DELIVRANCE PAR LES SITES ET 25 DEPOTS LORRAINE 2010



Un site ou un dépôt toujours à 10 minutes d'un ES avec maternité, service de chirurgie ou d'urgence

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

## II. ETAT DES LIEUX au 31 DECEMBRE 2010 :

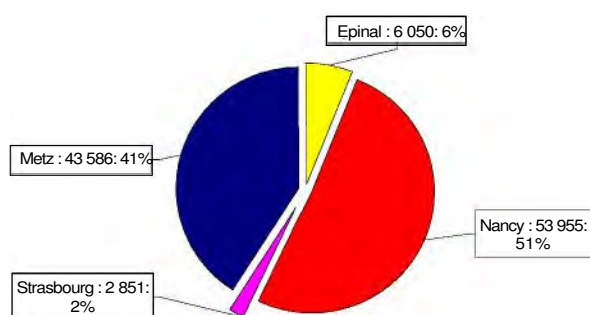
- a. 4 sites transfusionnels EFS : délivrance et distribution  
Dont 3 avec IHR

DISTRIBUTION  
PAR SITE TRANSFUSIONNEL - Année 2010

et  
DELIVRANCE

DES

PSL



La distribution / délivrance ne correspond pas forcément aux territoires de santé (ex : Brie / site de Metz)

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

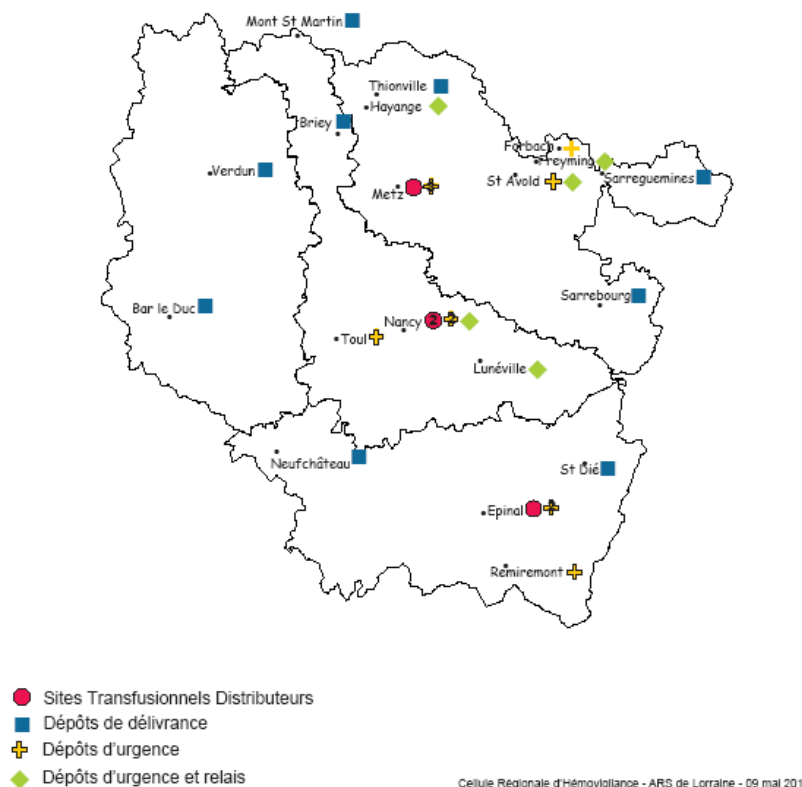
- b. 25 dépôts de sang en Lorraine dont un dépendant du service des armées :
- 9 DD
  - 11 DU
  - 5 DR

CARTE 2

**SROS  
Région Lorraine**

**Volet transfusion sanguine**

**Distribution et délivrance des P.S.L.  
en région Lorraine  
(Etat 2010)**



- c. Consommation / besoins :

- 54 ES transfuseurs
  - C'est en médecine que l'on transfuse le plus (63%)
  - Concentration de la consommation sur le sillon Epinal Nancy Metz Thionville
  - Tous les dépôts devant être informatisés le sont
  - Le personnel est formé selon les décrets et arrêtés sus-cités
- NB : un responsable de dépôt de Délivrance n'est pas inscrit à l'Ordre des Médecins*
- Tous les ES en Lorraine ont la possibilité d'avoir un PSL dans les 10 minutes

## REPARTITION DES PATIENTS TRANSFUSES Lorraine Année 2010

19 467 Patients  
5,46 PSL / patient



Péri-partum : 0 à 42 jours

Nouveau-nés : 0 à 28 jours

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

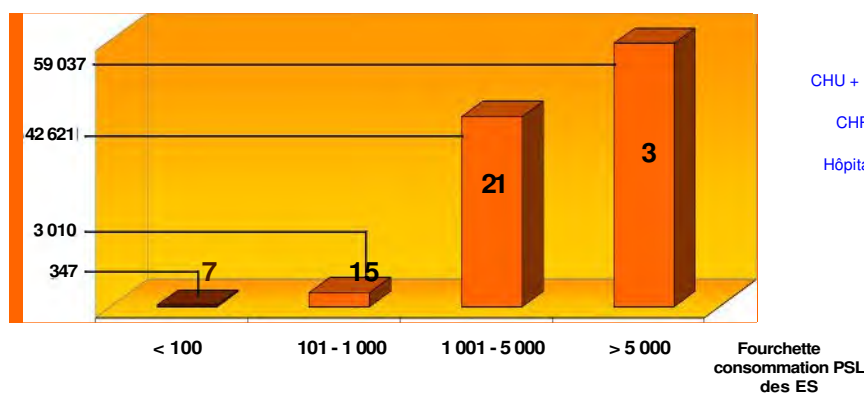
9 mai 2011

## NOMBRE D'ES PAR VOLUME DE CONSOMMATION

46 Entités juridiques (54 ES transfuseurs) en Lorraine

Total PSL commandés

Nombre d'ES



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

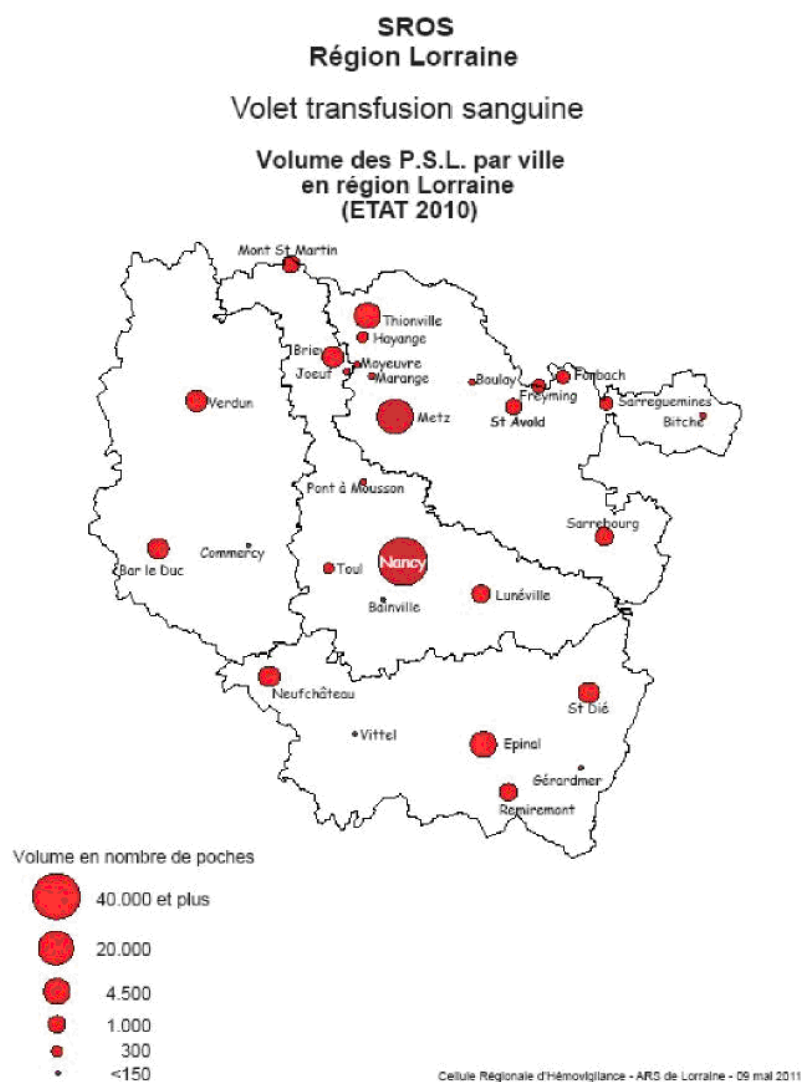
## INFORMATISATION DES DEPOTS

| Type de dépôt    | Nbre | Informatisation Format-Pivot |
|------------------|------|------------------------------|
| Dépôt Délivrance | 9    | 9                            |
| DU et Relais     | 5    | 5                            |
| (DU)             | 11   | 9                            |
| Tous dépôts      | 25   | 23                           |

Rappel : l'informatisation des dépôts d'urgence n'est pas obligatoire

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

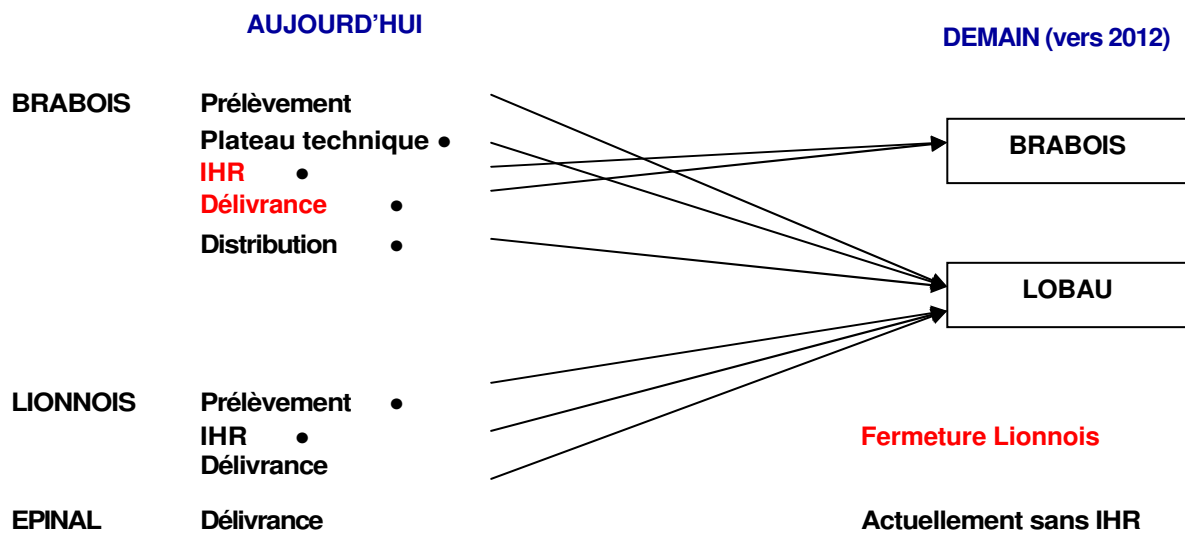


### III. Les problématiques liées :

- aux restructurations de l'offre (bassin houiller)
- aux regroupements de laboratoires suite à l'ordonnance de la biologie médicale
- au déménagement d'un site de l'EFS (de Lionnois à Lobau)

## EVOLUTION SROS SOTS

### Les sites transfusionnels



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F . Viry-Babel - 9 mai 2011

# OBJECTIFS OPERATIONNELS DES SCHEMAS ET NIVEAUX DE PRIORITE

## THEMATIQUES TRANSVERSALES dont Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

| Code                                                                                                                                                              | Enoncé de l'objectif opérationnel                                                                                                                                                                                                                                                     | Niveau de priorité |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Addictologie</b>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>Axe n° 1 : prévention des addictions</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Développer le repérage précoce des conduites addictives                                                                                                                                                                                                                               | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Favoriser la non consommation et retarder la primo consommation en développant les actions ciblées sur les populations à risques.                                                                                                                                                     | 1 bis              |
| O3                                                                                                                                                                | Poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès et à des prises de risques, situation de vulnérabilité ...) | 7                  |
| O4                                                                                                                                                                | Assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention conduites                                                                                                                                                                                                                | 8                  |
| <b>Axe n° 2 : structuration de l'offre de santé de premier recours (ambulatoire) en addictologie</b>                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O5                                                                                                                                                                | Améliorer la couverture territoriale et la complémentarité de l'offre ambulatoire en addictologie, afin d'assurer un maillage territorial fonctionnel de l'offre de premiers recours spécialisé                                                                                       | 3                  |
| O6                                                                                                                                                                | Renforcer la place des professionnels de ville dans l'offre de 1er recours en addictologie en soutenant leur implication et en les inscrivant au sein d'une trajectoire de prise en charge                                                                                            | 4                  |
| <b>Axe n° 3 : trajectoire de prise en charge</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O7                                                                                                                                                                | Améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs                                                                                                                                                                                                 | 6                  |
| O8                                                                                                                                                                | Finaliser la mise en place des filières hospitalières graduées                                                                                                                                                                                                                        | 2                  |
| O9                                                                                                                                                                | Développer les collaborations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social, ces coordinations devant être facilitées dans le cadre des réseaux                                                                                                                       | 5                  |
| <b>AVC</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge                                                                                                                                                                                          | 2                  |
| O2                                                                                                                                                                | Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC                                                                                                                                                                                                                        | 1                  |
| O3                                                                                                                                                                | Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation                                                                                                                                                                                                                                  | 4                  |
| O4                                                                                                                                                                | Améliorer la connaissance de l'AVC en Lorraine                                                                                                                                                                                                                                        | 6                  |
| O5                                                                                                                                                                | Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine                                                                                                                                                                                                                          | 5                  |
| O6                                                                                                                                                                | Amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels                                                                                                                                                                                | 3                  |
| <b>Chirurgie dentaire</b>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées                                                                                                                                                                             | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité                                                                                                                                                                                                              | 2                  |
| O3                                                                                                                                                                | Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer                                                                                                                                                                              | 3                  |
| O4                                                                                                                                                                | Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins                                                                                                                                                        | 4                  |
| <b>Prise en charge des enfants et adolescents</b>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Mieux connaître les besoins de l'enfant                                                                                                                                                                                                                                               | 5                  |
| O2                                                                                                                                                                | Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner en transversal et en proximité l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé.                                                                            | 8                  |
| O3                                                                                                                                                                | Développer l'accès à des compétences pédiatriques, dans des secteurs caractérisés par une pénurie médicale                                                                                                                                                                            | 4                  |
| O4                                                                                                                                                                | Améliorer l'organisation de la filière des urgences                                                                                                                                                                                                                                   | 1                  |
| O5                                                                                                                                                                | Améliorer l'organisation de la filière médicale                                                                                                                                                                                                                                       | 2                  |
| O6                                                                                                                                                                | Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant                                                                                                                                                                                                                       | 3                  |
| O7                                                                                                                                                                | Renforcer la lisibilité des dispositifs existants dédiés à la santé des adolescents                                                                                                                                                                                                   | 6                  |
| O8                                                                                                                                                                | Renforcer la prévention des grossesses non désirées, notamment chez les mineurs et les jeunes adultes par une contraception adaptée                                                                                                                                                   | 7                  |
| <b>Maladies chroniques</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Eclairer le patient pour le rendre acteur dans la gestion de sa maladie                                                                                                                                                                                                               | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique un plan d'accompagnement personnalisé                                                                                                                                                                                       | 2                  |
| O3                                                                                                                                                                | Eviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire                                                                                                                                                                                | 3                  |
| O4                                                                                                                                                                | Adapter les actions de prévention aux besoins                                                                                                                                                                                                                                         | 4                  |
| <b>Prise en charge des Personnes âgées/Personnes handicapées</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>Axe n° 1 : prévention</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>Orientation n°1.1 - Prévenir le handicap évitable et le vieillissement pathologique (prévention primaire)</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Prévenir les anomalies neuro développementales évitables du jeune enfant                                                                                                                                                                                                              | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Prévenir les accidents domestiques pour le jeune enfant et les conduites à risque chez les adolescents                                                                                                                                                                                | 4                  |
| O3                                                                                                                                                                | Prévenir les troubles de la conduite et du comportement surajoutés chez les adolescents accueillis en ESMS                                                                                                                                                                            | 3                  |
| O4                                                                                                                                                                | Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention en ESMS et à domicile                                                                                                                                                                                                  | 2                  |
| O5                                                                                                                                                                | Soutenir la prévention des accidents du travail, de la route et des accidents de la vie quotidienne                                                                                                                                                                                   | 5                  |
| O6                                                                                                                                                                | Soutenir des actions de prévention ciblées vers les personnes âgées pour éviter le vieillissement pathologique                                                                                                                                                                        | 1 bis              |
| <b>Orientation n°1.2 - Dépister précocement et évaluer précisément les déficiences (PH), et les pathologies propres au vieillissement (prévention secondaire)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Faciliter le dépistage le plus précoce possible des déficiences                                                                                                                                                                                                                       | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Garantir l'évaluation multidisciplinaire globale, précoce et précise de la situation de tout enfant handicapé (déficiences et capacités)                                                                                                                                              | 3                  |
| O3                                                                                                                                                                | Accompagner l'enfant et sa famille dans le dépistage, l'évaluation et le suivi                                                                                                                                                                                                        | 4                  |
| O4                                                                                                                                                                | Prévenir l'iatrogénie chez les sujets âgés                                                                                                                                                                                                                                            | 2                  |
| <b>Orientation n°1.3 - Prévention des complications des déficiences et des pathologies du vieillissement (prévention tertiaire)</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Améliorer l'état de santé des personnes en situation de handicap tout au long de la vie                                                                                                                                                                                               | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Prévenir le sur handicap psychique et les troubles des traumatismes crâniens                                                                                                                                                                                                          | 3                  |
| O3                                                                                                                                                                | Améliorer le dépistage des pathologies bucco dentaires et des déficiences sensorielles (personnes âgées et handicapées)                                                                                                                                                               | 2                  |
| <b>Orientation n°1.4 - Favoriser le lien social et lutter contre l'isolement</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Développer l'aide aux aidants                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées                                                                                                                                                                                                            | 1 bis              |
| <b>Axe n° 2 : offre de services</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>Orientation n°2.1 - Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Evaluer le nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état                                                                                                                                                                                        | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Garantir une information au public et aux professionnels sur l'offre existante                                                                                                                                                                                                        | 2                  |
| <b>Orientation n°2.2 - Adapter les réponses à la spécificité de chaque handicap</b>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| O1                                                                                                                                                                | Organiser une offre graduée adaptée à chaque situation de handicap, en favorisant une réponse de droit commun                                                                                                                                                                         | 1                  |
| O2                                                                                                                                                                | Prendre en compte les spécificités de chaque handicap (TSL, dyspraxies et déficiences sensorielles)                                                                                                                                                                                   | 2                  |
| O3                                                                                                                                                                | Offrir un accompagnement adapté et spécialisé au handicap psychique et introduire une souplesse dans les prises en charge                                                                                                                                                             | 4                  |
| O4                                                                                                                                                                | Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (enfants)                                                                                                                                                                                                                 | 4 bis              |
| O5                                                                                                                                                                | Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (adultes)                                                                                                                                                                                                                 | 4 ter              |
| O6                                                                                                                                                                | Accompagner les besoins spécifiques des enfants polyhandicapés et plurihandicapés                                                                                                                                                                                                     | 5                  |
| O7                                                                                                                                                                | Construire une filière de prise charge adaptée pour les personnes traumatisées crâniens et cérébrolésées                                                                                                                                                                              | 3                  |
| O8                                                                                                                                                                | Construire une filière de prise charge adaptée pour personnes atteintes d'AVC                                                                                                                                                                                                         | 4 quater           |
| <b>Orientation n°2.3 - Améliorer l'offre de service à destination de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |

## OBJECTIFS OPERATIONNELS DES SCHEMAS ET NIVEAUX DE PRIORITE

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| O1                                                                                                                         | Faciliter la lisibilité et l'accès à l'offre en matière de handicap chez le petit enfant                                                              | 2     |
| O2                                                                                                                         | Permettre à chaque enfant et adolescent en situation de handicap de réaliser son projet de vie                                                        | 2 bis |
| O3                                                                                                                         | Développer des réponses adaptées pour les adolescents à fort troubles de la conduite et du comportement                                               | 1     |
| O4                                                                                                                         | Rendre au dispositif Creton son caractère transitoire                                                                                                 | 1 bis |
| <b>Orientation n°2.4 - Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap</b>                    |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Accompagner les entrées, prises en charge et sorties d'ESAT                                                                                           | 2     |
| O2                                                                                                                         | Offrir un accompagnement social et médico-social aux travailleurs handicapés et à leurs familles, en milieu ordinaire et en milieu protégé            | 1     |
| O3                                                                                                                         | Faciliter l'accès en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap (sortant d'IMPro ou de l'Education Nationale)                          | 3     |
| <b>Orientation n°2.5 - Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile</b>                                            |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Optimiser et développer le dispositif des SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de handicap                                             | 1     |
| O2                                                                                                                         | Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile à l'âge adulte dans le respect du projet de vie                                                  | 3     |
| O3                                                                                                                         | Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge dans le respect du projet de vie                                        | 2     |
| O4                                                                                                                         | Développer l'habitat alternatif et les structures intermédiaires                                                                                      | 4     |
| <b>Orientation n°2.6 - Accompagner les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes</b>                    |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes                                                                                  | 1     |
| O2                                                                                                                         | Adapter les établissements pour prendre en charge l'évolution de la dépendance des personnes handicapées                                              | 2     |
| O3                                                                                                                         | Disposer d'une palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée et introduire une souplesse dans les prises en charge | 1 bis |
| <b>Orientation n°2.7 - Favoriser la diversité des accompagnements des personnes âgées</b>                                  |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation                                                                                | 1     |
| O2                                                                                                                         | Préparer l'EHPAD de demain                                                                                                                            | 2     |
| O3                                                                                                                         | Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées                                                                                           | 2 bis |
| <b>Orientation n°2.8 - Favoriser l'accès aux soins</b>                                                                     |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès aux soins                                                                                               | 2     |
| O2                                                                                                                         | Favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées                                          | 1     |
| O3                                                                                                                         | Développer la télémédecine dans le champ médico-social                                                                                                | 3     |
| <b>Axe n° 3 : coordination</b>                                                                                             |                                                                                                                                                       |       |
| <b>Orientation n°3.1 - Organiser la coordination autour de la personne adulte handicapée, âgée ou en perte d'autonomie</b> |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Développer la coordination territoriale des acteurs autour de la personne                                                                             | 1     |
| O2                                                                                                                         | Développer sur l'ensemble de la région des organisations en réseaux permettant le maintien à domicile                                                 | 2     |
| <b>Orientation n°3.2 - Organiser la coordination autour de l'enfant et de l'adolescent handicapé</b>                       |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Organiser la coordination territoriale entre les acteurs (C.A.M.S.P./ Crèches/ C.M.P.P./ C.M.P./I.M.E./Education Nationale.)                          | 1     |
| O2                                                                                                                         | Faciliter les orientations des enfants de plus de 6 ans                                                                                               | 2     |
| O3                                                                                                                         | Assurer la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services du secteur médico-social                                  | 2 bis |
| O4                                                                                                                         | Passer d'une « logique d'orientation à une logique de formation », en lien avec les plans de formation de l'éducation nationale                       | 3     |
| <b>Orientation n°3.3 - Décloisonner les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social</b>                               |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation                                                                                   | 1     |
| O2                                                                                                                         | Développer les interfaces entre les dispositifs                                                                                                       | 2     |
| O3                                                                                                                         | Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie                                                               | 1 bis |
| <b>Axe n°4 : qualité</b>                                                                                                   |                                                                                                                                                       |       |
| <b>Orientation n°4.1 - Améliorer la connaissance des acteurs et professionnaliser les intervenants à domicile</b>          |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Améliorer le niveau de connaissance des spécificités du handicap et du vieillissement de tous les professionnels de santé et éducatifs                | 2     |
| O2                                                                                                                         | Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées                                                                          | 1     |
| O3                                                                                                                         | Anticiper les besoins en professionnels sur le champ médicosocial                                                                                     | 2 bis |
| <b>Orientation n°4.2 - Promouvoir une démarche qualité en ESMS</b>                                                         |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Diffuser des référentiels de bon usage et de bonnes pratiques                                                                                         | 2     |
| O2                                                                                                                         | Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services                                                                                       | 1     |
| O3                                                                                                                         | Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur                                                      | 2 bis |
| <b>Orientation n°4.3 - Veiller au respect des droits des usagers</b>                                                       |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Conforter la place de l'usager dans la vie institutionnelle                                                                                           | 1     |
| <b>Psychiatrie</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                       |       |
| O1                                                                                                                         | Améliorer l'accès aux soins en renforçant le rôle des CMP et leur accessibilité                                                                       | 2     |
| O2                                                                                                                         | Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge                                                              | 4     |
| O3                                                                                                                         | Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents                                                                                           | 3     |
| O4                                                                                                                         | Améliorer la prise en charge des personnes âgées avant des troubles du comportement en EHPAD                                                          | 5     |
| O5                                                                                                                         | Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les usagers et les autres professionnels de santé                                               | 7     |
| O6                                                                                                                         | Améliorer la pertinence du découpage des secteurs et les coopérations au sein de ceux-ci                                                              | 1     |
| O7                                                                                                                         | Développer des actions ciblées de prévention et de dépistage (suicides, addictions, mal être, souffrances psychiques)                                 | 6     |
| O8                                                                                                                         | Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière.                                               | 2 bis |
| O9                                                                                                                         | Réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie                                                             | 4 bis |

## SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

| Code                                       | Enoncé de l'objectif opérationnel                                                                                                                                               | Niveau de priorité |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE</b>          |                                                                                                                                                                                 |                    |
| <b>Partenariat</b>                         |                                                                                                                                                                                 |                    |
| O1                                         | Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé                                                                                                  | 1                  |
| O2                                         | Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie | 2                  |
| <b>Accès</b>                               |                                                                                                                                                                                 |                    |
| O1                                         | Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires                                                               | 1                  |
| O2                                         | Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les territoires déficitaires                                                                | 2                  |
| O3                                         | Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire                                                                                                           | 3                  |
| O4                                         | Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant                                                                                       | 4                  |
| <b>Qualité et prévention</b>               |                                                                                                                                                                                 |                    |
| O1                                         | Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques                     | 1                  |
| O2                                         | Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire                                                                                                         | 2                  |
| <b>Coordination</b>                        |                                                                                                                                                                                 |                    |
| O1                                         | Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital                                                                | 1                  |
| <b>Biologie médicale</b>                   |                                                                                                                                                                                 |                    |
| O1                                         | Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains                                                                                                                | 1                  |
| O2                                         | Veiller à la poursuite de la démarche qualité                                                                                                                                   | 2                  |
| <b>OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE</b>         |                                                                                                                                                                                 |                    |
| <b>Mission de service public</b>           |                                                                                                                                                                                 |                    |
| Projet Régional de Santé - ARS de Lorraine |                                                                                                                                                                                 |                    |

## OBJECTIFS OPERATIONNELS DES SCHEMAS ET NIVEAUX DE PRIORITE

### Lutte contre l'exclusion

|    |                                                                                                                                                                                                                                                      |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, un accès effectif à une PASS assurant l'accueil, le soutien, l'accompagnement en coordination avec les acteurs locaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social | 1 |
| O2 | Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics en précarité                                                                                                                                                                                       | 2 |
| O3 | Conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie, en coordination avec les associations, les médecins généralistes, ...                                                                    | 3 |

### PDSSES (missions de service public)

|    |                                       |   |
|----|---------------------------------------|---|
| O1 | Faire vivre le schéma cible de PDSSES | 1 |
|----|---------------------------------------|---|

### Soins palliatifs

|    |                                                                                                                                   |   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer l'offre de proximité et sa qualité                                                                                      | 1 |
| O2 | Favoriser l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes | 2 |
| O3 | Optimiser l'organisation de la prise en charge palliative                                                                         | 3 |

### Santé des personnes détenues

|    |                                                             |   |
|----|-------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques | 1 |
| O2 | Adapter l'organisation des soins psychiatriques             | 1 |
| O3 | Améliorer la prévention et la promotion de la santé         | 2 |
| O4 | Améliorer l'accès aux droits                                | 3 |
| O5 | Améliorer la formation des professionnels de santé          | 4 |

### Activités de soins autorisés et EML

### Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

|    |                                                                                                                                                                                                               |       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| O1 | Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine                                                                                                                                                 | 1     |
| O2 | Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP                                                                                                                                                        | 1 bis |
| O3 | Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences                                             | 2     |
| O4 | Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour                                                                                                                 | 3     |
| O5 | Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité | 4     |

### Diagnostic Prénatal (DPN)

|    |                                                                                                                                             |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011) | 1 |
| O2 | Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN                                                                  | 2 |
| O3 | Réaffirmer la nécessité de l'examen fœtopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la fœtopathologie                          | 3 |

### Cardiologie interventionnelle

|    |                                                              |   |
|----|--------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer la prise en charge des SCA ST + en pré hospitalier | 2 |
| O2 | Conforter la qualité et la sécurité des soins                | 3 |
| O3 | Optimiser la permanence des soins pour l'activité de type 3  | 1 |
| O4 | Améliorer la prise en charge des patients ayant un SCA ST -  | 4 |

### Chirurgie

|    |                                                                                                                                                    |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète | 1 |
| O2 | Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré                | 3 |
| O3 | Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués                                                | 2 |
| O4 | Renforcer l'efficacité des plateaux de chirurgie                                                                                                   | 4 |

### Génétique

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région | 1 |
| O2 | Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 |
| O3 | Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité                                                                                                                                                                                                                                                   | 4 |
| O4 | Améliorer l'acheminement des prélèvements (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité                                                                                                                                                                   | 5 |
| O5 | Améliorer l'information concernant l'offre génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers                                                                                                                                                                                                               | 3 |

### Périnatalité

|    |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| O1 | Mieux connaître les besoins de la mère et du très jeune enfant                                                                                                                                                             | 5     |
| O2 | Poursuivre la sécurisation de la prise en charge et disposer de temps de spécialistes suffisants (gynécobstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, ...) pour assurer la permanence des soins dans les maternités | 1     |
| O3 | Soutenir la dynamique engendrée par le réseau périnatal, notamment dans la coordination des transferts entre les maternités                                                                                                | 2     |
| O4 | Structurer le dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4ème mois pour la période prénatale                                                                                                                      | 4     |
| O5 | Organiser les sorties selon un accompagnement adapté                                                                                                                                                                       | 6     |
| O6 | Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé                | 7     |
| O7 | Favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant                                                                                                                                                          | 5 bis |
| O8 | Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial                                                                                                                                                          | 3     |

### Imagerie médicale

|    |                                                                                                                                                                      |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer l'accès à l'IRM notamment pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, cardio-neurovasculaires, pédiatriques, obstétricales et rhumatismales. | 2 |
| O2 | Améliorer la qualité et la sécurité des soins en imagerie                                                                                                            | 3 |
| O3 | Conforter l'offre de soins en imagerie                                                                                                                               | 1 |

### Insuffisance rénale chronique

|    |                                                                           |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Développer les alternatives à la dialyse en centre                        | 1 |
| O2 | Améliorer la prévention et le dépistage                                   | 2 |
| O3 | Optimiser l'accès à l'offre de dialyse et la démographie des néphrologues | 3 |
| O4 | Renforcer l'activité de prélèvement et de greffe                          | 4 |

### Médecine

|    |                                                                    |   |
|----|--------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer la connaissance de l'activité de médecine                | 1 |
| O2 | Améliorer l'efficacité des services de médecine                    | 2 |
| O3 | Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins | 3 |

### Médecine d'urgence et liens avec la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

|    |                                                                                                                                                                                                |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Optimiser l'organisation des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                                     | 1 |
| O2 | Optimiser la qualité de prise en charge des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence                                                                                                      | 2 |
| O3 | Améliorer l'articulation des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins ambulatoires (médecins généralistes, transporteurs, pharmaciens, etc.) | 3 |

### Réanimation, soins intensifs et soins continus

|    |                                                                                              |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer la prise en charge des patients en réa, USC et USI en période normale ou de crise. | 1 |
| O2 | Améliorer le fonctionnement des USC                                                          | 2 |
| O3 | Sensibiliser les professionnels aux procédures de prélèvement d'organe                       | 3 |

### Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

|    |                                                                                        |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|---|
| O1 | Améliorer l'accès des patients aux SSR                                                 | 1 |
| O2 | Fluidifier les filières par thématique                                                 | 5 |
| O3 | Améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire | 2 |
| O4 | Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR                                   | 3 |
| O5 | Restructurer l'offre en SSR                                                            | 4 |

### Traitement du cancer

|    |                                                      |     |
|----|------------------------------------------------------|-----|
| O1 | Permettre l'accès et la qualité des prises en charge | 3/4 |
|----|------------------------------------------------------|-----|



## OBJECTIFS OPERATIONNELS DES SCHEMAS ET NIVEAUX DE PRIORITE

|                                                      |                                                                                                                                 |       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| O2                                                   | Développer la coordination des acteurs                                                                                          | 3     |
| O3                                                   | Soutenir la démographie médicale                                                                                                | 2     |
| <b>Thématiques structurantes de l'offre de soins</b> |                                                                                                                                 |       |
| <b>Hospitalisation A Domicile (HAD)</b>              |                                                                                                                                 |       |
| O1                                                   | Optimiser le maillage territorial pour assurer une couverture de l'ensemble de la région                                        | 1     |
| O2                                                   | Améliorer la qualité et la sécurité des soins                                                                                   | 2     |
| O3                                                   | Améliorer le recours à l'HAD                                                                                                    | 3     |
| O4                                                   | Inscrire les HAD dans les filières de soins                                                                                     | 4     |
| <b>Transfusion sanguine</b>                          |                                                                                                                                 |       |
| O1                                                   | Améliorer la qualité et la sécurité des délivrances des PSL en Lorraine                                                         | 2     |
| O2                                                   | Prendre en compte les restructurations de l'offre sanitaire et l'organisation de la délivrance dans les implantations de dépôts | 1     |
| O3                                                   | Sécuriser la prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et/ou groupes sanguins rares                          | 2 bis |
| <b>Qualité de prise en charge</b>                    |                                                                                                                                 |       |
| <b>Douleur</b>                                       |                                                                                                                                 |       |
| O1                                                   | Refuser la douleur comme une fatalité                                                                                           | 1     |
| O2                                                   | Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique et identifier leurs compétences spécifiques         | 2     |
| <b>Soins de support</b>                              |                                                                                                                                 |       |
| O1                                                   | Assurer la meilleure qualité de vie à toute personne atteinte de maladies chroniques                                            | 1     |

## SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

| Code                                                                                                   | Enoncé de l'objectif opérationnel                                                                                                                                   | Niveau de priorité        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE</b>                                                             |                                                                                                                                                                     |                           |
| <b>BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)</b>                                                |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Prévenir la survenue de la BPCO                                                                                                                                     | 2                         |
| O2                                                                                                     | Diagnostiquer précocement la BPCO                                                                                                                                   | 1                         |
| O3                                                                                                     | Permettre l'accès des patients atteints de BPCO à l'éducation thérapeutique                                                                                         | 3                         |
| <b>Cancers</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Promouvoir des milieux et modes de vie favorables à la santé                                                                                                        | 2                         |
| O2                                                                                                     | Encourager le dépistage de certains cancers                                                                                                                         | 1                         |
| <b>Education Thérapeutique du Patient (ETP)</b>                                                        |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Améliorer l'accès des patients à l'éducation thérapeutique                                                                                                          | 1                         |
| O2                                                                                                     | Développer une formation en ETP de qualité                                                                                                                          | 2                         |
| O3                                                                                                     | Intégrer les associations de patients vivant avec une maladie chronique dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'ETP                                 | 3                         |
| <b>Maladies cardio-neuro-vasculaires</b>                                                               |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé                                                                                                        | 2                         |
| O2                                                                                                     | Promouvoir le dépistage des personnes présentant un risque cardiovasculaire majoré                                                                                  | 1                         |
| O3                                                                                                     | Permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique des personnes à risque cardiovasculaire ou ayant fait un accident cardio ou neurovasculaire              | 3                         |
| <b>Surpoids et obésité</b>                                                                             |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé                                                                                                        | 2                         |
| O2                                                                                                     | Dépister précocement le surpoids et l'obésité chez l'enfant                                                                                                         | 1                         |
| O3                                                                                                     | Faciliter la prise en charge des personnes obèses ou en surpoids                                                                                                    | 3                         |
| <b>Santé mentale et suicide</b>                                                                        |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Développer la prévention du suicide                                                                                                                                 | 3                         |
| O2                                                                                                     | Améliorer la prise en charge des personnes en risque suicidaire                                                                                                     | 1                         |
| O3                                                                                                     | Informier et communiquer autour de la prévention du suicide                                                                                                         | 2                         |
| <b>Vaccinations</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Améliorer la connaissance de la couverture vaccinale de la population                                                                                               | 2                         |
| O2                                                                                                     | Promouvoir la vaccination, notamment contre rougeole-oreillons-rubéole                                                                                              | 1                         |
| <b>VIH/SIDA/IST</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST | 2                         |
| O2                                                                                                     | Améliorer la détection précoce du VIH et des IST                                                                                                                    | 1                         |
| O3                                                                                                     | Développer l'offre d'éducation thérapeutique                                                                                                                        | 2 bis                     |
| <b>Santé environnementale</b>                                                                          |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Réduire les expositions environnementales responsables de pathologies à fort impact sur la santé                                                                    | Objectifs issus du PRSE 2 |
| O2                                                                                                     | Réduire les risques pour la santé liés aux transports en Lorraine                                                                                                   |                           |
| O3                                                                                                     | Informier et former aux risques santé - environnement                                                                                                               |                           |
| O4                                                                                                     | Réaliser un état des lieux des points noirs environnementaux                                                                                                        |                           |
| O5                                                                                                     | Diminuer la proportion d'UDI alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements de limites de qualité              | 1                         |
| O6                                                                                                     | Augmenter le nombre de captages AEP avec DUP                                                                                                                        | 1 bis                     |
| O7                                                                                                     | Augmenter le nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité                                                                                          | 2                         |
| <b>VEILLE ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)</b>                                      |                                                                                                                                                                     |                           |
| <b>Développer la communication sur les urgences sanitaires</b>                                         |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Organiser et développer la communication institutionnelle au cours des gestions des urgences sanitaires                                                             | 1                         |
| <b>Gestion de crise : Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires</b> |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Assurer un dispositif d'alerte opérationnel en partenariat                                                                                                          | 1                         |
| O2                                                                                                     | Mettre en place une cartographie concertée de gestion de crise                                                                                                      | 1                         |
| <b>Traitement (réception, analyse et gestion) des signaux et des alertes sanitaires en Lorraine</b>    |                                                                                                                                                                     |                           |
| O1                                                                                                     | Promouvoir le signalement d'événements à potentiel sanitaire ou susceptibles d'évoluer en alertes                                                                   | 1                         |
| O2                                                                                                     | Améliorer la qualité (rapidité, précision et complétude) des signalements effectués en région Lorraine.                                                             | 2                         |
| O3                                                                                                     | Disposer de données contribuant au diagnostic de l'état de santé de la population en région Lorraine                                                                | 3                         |

# GLOSSAIRE

## A

|           |                                                                                                                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAH :     | Allocation aux Adultes Handicapés                                                                                        |
| AASQA :   | Association Agréée de Surveillance de la Qualité de l’Air                                                                |
| ABM :     | Agence de BioMédecine                                                                                                    |
| AcBUS :   | Accord de Bon Usage des Soins                                                                                            |
| ACOSS :   | Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale                                                                       |
| ACSE :    | Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l’Egalité des chances                                                       |
| ACT :     | Appartement de Coordination Thérapeutique                                                                                |
| ACTP :    | Allocation Compensatrice Tierce Personne                                                                                 |
| ADELI :   | Automatisation DEs Llistes Système d’information national sur les professionnels de santé, du social et les psychologues |
| ADEME :   | Agence De l’Environnement et de la Maîtrise de l’Energie                                                                 |
| ADIL:     | Association Départementale d’Information sur le Logement                                                                 |
| AEEH :    | Allocation d’Education de l’Enfant Handicapé                                                                             |
| AES :     | Allocation d’Education Spéciale                                                                                          |
| AFS :     | Agence Française du Sang                                                                                                 |
| AFSSAPS : | Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé                                                             |
| AGEFIPH : | Association de Gestion du Fonds pour l’Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées                               |
| AGGIR :   | Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (évaluation de la dépendance des personnes âgées)                         |
| AIL :     | Accord d’Initiative Locale                                                                                               |
| AJ :      | Accueil de Jour                                                                                                          |
| ALD :     | Affection de Longue Durée                                                                                                |
| AMC :     | Assurance Maladie Complémentaire                                                                                         |

|          |                                                                                           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| AME :    | Aide Médicale de l'Etat                                                                   |
| AMELI :  | Assurance Maladie en Ligne                                                                |
| AMG :    | Aide Médicale Gratuite                                                                    |
| AMO :    | Assurance Maladie Obligatoire                                                             |
| AMP :    | Assistance Médicale à la Procréation                                                      |
| AMU :    | Aide Médicale d'Urgence                                                                   |
| ANAES :  | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (devenue HAS)                   |
| ANAH :   | Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat                                         |
| ANAP :   | l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux |
| ANESM :  | Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale                                   |
| ANIL :   | Agence Nationale pour l'Information sur le Logement                                       |
| ANITEA : | Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie                     |
| ANPAA :  | Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie                         |
| ANR :    | Agence Nationale de la Recherche                                                          |
| APA :    | Activité Physique Adaptée                                                                 |
| APA :    | Allocation Personnalisée d'Autonomie                                                      |
| APAJH :  | Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés                                             |
| APF :    | Association des Paralysés de France                                                       |
| AP-HP :  | Assistance Publique – Hôpitaux de Paris                                                   |
| ARS :    | Agence Régionale de Santé                                                                 |
| ASE :    | Aide Sociale à l'Enfance                                                                  |
| ASIP :   | Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés                                      |
| ASS :    | Action Sanitaire et Sociale                                                               |
| ASV :    | Ateliers Santé Ville                                                                      |
| AT :     | Accident du Travail                                                                       |
| ATIH :   | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation                                   |
| AT-MP :  | Accidents du Travail - Maladies Professionnelles                                          |

|         |                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATR :   | Appartement Thérapeutique Relais                                                               |
| AUDIT : | acronyme de Alcohol Use Disorder Test : questionnaire d'évaluation de la dépendance à l'alcool |
| AVC :   | Accident Vasculaire Cérébral                                                                   |
| AVSEA : | Association Vosgienne pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes         |

## B

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| BDSP : | Banque de Données en Santé Publique          |
| BPCO : | Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive   |
| BUM :  | Bon Usage du Médicament                      |
| BRGM : | Bureau de Recherches Géologiques et Minières |

## C

|          |                                                                                             |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| CA :     | Conseil d'Administration                                                                    |
| CAARUD : | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour les Usagers de Drogues |
| CAF :    | Caisse d'Allocations Familiales                                                             |
| CAMPS :  | Centre d'Aide Médico Psychologique                                                          |
| CAMSP :  | Centre d'Allocation Médico-Sociale Précoce                                                  |
| CAPSSA : | Caisse de prévoyance des agents de la Sécurité Sociale                                      |
| CAPT :   | Centre Anti-Poisons et de Toxicovigilance                                                   |
| CARSAT : | Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail                                       |
| CASF :   | Code de l'Action Sociale et des Familles                                                    |
| CBP :    | Contrat de Bonnes Pratiques                                                                 |
| CBUMPP : | Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations                         |
| CBUS :   | Contrat de Bon Usage des Soins                                                              |

|          |                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CCAA :   | Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie                                                      |
| CCAM :   | Classification Commune des Actes Médicaux                                                     |
| CCAS :   | Centre Communal d'Action Sociale                                                              |
| CCLIN :  | Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales                         |
| CCMSA :  | Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole                                                 |
| CCMU :   | Classification Clinique des Malades des Urgences                                              |
| CDAG :   | Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit                                                        |
| CDAPH :  | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées                             |
| CDPA :   | Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme                                            |
| CDS :    | Centre de Santé                                                                               |
| CES :    | Conseil Economique et Social                                                                  |
| CESU :   | Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence                                                     |
| CGSS :   | Caisse Générale de Sécurité Sociale                                                           |
| CH :     | Centre Hospitalier                                                                            |
| CHRS :   | Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale                                                |
| CHS :    | Centre Hospitalier Spécialisé                                                                 |
| CHSCT :  | Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail                                     |
| CHU :    | Centre Hospitalier Universitaire                                                              |
| CIDIST : | Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles |
| CIRDD :  | Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances                      |
| CIRE :   | Cellule de l'InVS en REgion                                                                   |
| CISS :   | Collectif Inter associatif sur la Santé                                                       |
| CLAN :   | Comité de Liaison Alimentation Nutrition                                                      |
| CLAT :   | Centre de Lutte Anti-Tuberculeux                                                              |
| CLCC :   | Centre de Lutte Contre le Cancer                                                              |
| CLIC :   | Centre Local d'Information et de Coordination                                                 |
| CLIN :   | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales                                            |

|            |                                                                                                          |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CLIS :     | Classe d'Inclusion Scolaire                                                                              |
| CLIS :     | Commission Locale d'Information et de Surveillance                                                       |
| CMA(S) :   | Complications ou Co Morbidités Associées (Sévères)- Cf. T2A.                                             |
| CMC :      | Centre Médico-Chirurgical ou Catégorie Majeure Clinique                                                  |
| CMD :      | Comité Médical Départemental                                                                             |
| CME :      | Commission Médicale d'Etablissement                                                                      |
| CMP :      | Centre Médico Psychologique                                                                              |
| CMPP :     | Centre Médico-Psycho-Pédagogique                                                                         |
| CMRR :     | Centre Mémoire de Ressources et de Recherche                                                             |
| CMSEA :    | Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adulte                                                |
| CMU :      | Couverture Médicale Universelle                                                                          |
| CMU-C :    | Couverture Maladie Universelle – Complémentaire                                                          |
| CMV :      | CytoMégaloVirus                                                                                          |
| CNAMTS :   | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés                                           |
| CNG :      | Centre National de Gestion                                                                               |
| CNIL :     | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés                                                   |
| CNOM :     | Conseil National de l'Ordre des Médecins                                                                 |
| CNOP :     | Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens                                                              |
| CNOSF :    | Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes                                                             |
| CNP :      | Comité National de Pilotage                                                                              |
| CNQCS :    | Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins                                           |
| CNRS :     | Centre National de la Recherche Scientifique                                                             |
| CNS :      | Conférence Nationale de Santé                                                                            |
| CNSA :     | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie                                                          |
| CNTS :     | Centre National de Transfusion Sanguine                                                                  |
| CODAMUPS : | Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires |
| CODES :    | Comité Départemental d'Education pour la Santé                                                           |

|           |                                                                                                                                  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COG :     | Contrat d'Objectifs et de Gestion                                                                                                |
| COGIR :   | Contrat d'Objectifs et de Gestion Inter-Régimes                                                                                  |
| COPIL :   | Comité de Pilotage                                                                                                               |
| COPS :    | Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins                                                                          |
| COTOREP : | Commission Technique d'orientation et de Reclassement Professionnel                                                              |
| COTRIM :  | COMité Technique Régional de l'Information Médicale                                                                              |
| CPAM :    | Caisse Primaire d'Assurance Maladie                                                                                              |
| CPDPN :   | Centre pluridisciplinaire du diagnostic prénatal                                                                                 |
| CPG :     | Contrat Pluriannuel de Gestion                                                                                                   |
| CPOM :    | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens                                                                                     |
| CPP :     | Contrat de Pratiques Professionnelles                                                                                            |
| CPR :     | Commission Paritaire Régionale                                                                                                   |
| CQEPP :   | Conseil de la Qualité et de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles                                                          |
| CRA :     | Commission de Recours Amiable                                                                                                    |
| CRAGSUS : | Cellule Régionale d'Appui à la Gestion des Situations d'Urgences Sanitaires                                                      |
| CRAM :    | Caisse Régionale d'Assurance Maladie                                                                                             |
| CRCI :    | Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux, Affections Iatrogènes et Infections Nosocomiales |
| CRCSM :   | Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale                                                                            |
| CREP :    | Constat des Risques d'Exposition au Plomb                                                                                        |
| CROSMS :  | Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale                                                                    |
| CROSS :   | Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale                                                                           |
| CRPV :    | Centre Régional de Pharmacovigilance                                                                                             |
| CRQCS :   | Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins                                                                   |
| CRRA :    | Centre de Réception et de Régulation des Appels                                                                                  |
| CRS :     | Conférence Régionale de Santé                                                                                                    |
| CRSA :    | Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie                                                                                     |
| CRTS :    | Centre Régional de Transfusion Sanguine                                                                                          |

|         |                                                                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CS :    | Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié |
| CS :    | Conseil de Surveillance                                                                                    |
| CSAPA : | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie                                         |
| CSHPF : | Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (devenu le HCSP: Haut Conseil en Santé Publique)            |
| CSP :   | Contrat de Santé Publique                                                                                  |
| CSPR :  | Commission Socio Professionnelle Régionale                                                                 |
| CSS :   | Code de la Sécurité Sociale                                                                                |
| CSST :  | Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes                                                                |
| CTE :   | Comité Technique d'Etablissement                                                                           |
| CTIN :  | Comité Technique des Infections Nosocomiales                                                               |
| CTP :   | Comité Technique Paritaire                                                                                 |
| CTR :   | Centre Thérapeutique Résidentiel                                                                           |
| CTRA :  | Comité Technique Régional sur l'Autisme                                                                    |
| CTRDC : | Comité Technique Régional de Dépistages des Cancers                                                        |
| CTRSI : | Conseiller Technique Régional en Soins Infirmiers                                                          |
| CTS :   | Centre de Transfusion Sanguine                                                                             |
| CUCS :  | Contrat Urbain de Cohésion Sociale                                                                         |

## D

|           |                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| DCGDR :   | Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque                                         |
| DCI :     | Défibrillateur Cardiaque Implantable                                                    |
| DDASS :   | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales                            |
| DDT :     | Directions Départementales des Territoires                                              |
| DECRIRE : | Dispositif d'Exploitation et de Consultation des Résultats Inter-Régimes des Enveloppes |
| DGOS :    | Direction Générale de l'Offre de Soins                                                  |



|            |                                                                                                       |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DGS :      | Direction Générale de la Santé                                                                        |
| DHOS :     | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins                                         |
| DI :       | Déficient Intellectuel                                                                                |
| DIRECCTE : | Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi |
| DMP :      | Dossier Médical Personnel                                                                             |
| DMS :      | Durée Moyenne de Séjour                                                                               |
| DPN :      | Diagnostic prénatal                                                                                   |
| DPSE :     | Direction de la Protection Sanitaire et Environnementale                                              |
| DRASS :    | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                                               |
| DREAL :    | Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement                                |
| DREES :    | Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques                             |
| DRIRE :    | Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement                             |
| DRJSCS :   | Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale                            |
| DRSM :     | Direction Régionale du Service Médical                                                                |
| DRTEFP :   | Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle                        |
| DSS :      | Direction de la Sécurité Sociale                                                                      |
| DT :       | Délégation Territoriale de l'ARS                                                                      |

## E

|         |                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------|
| EFS :   | Etablissement Français du Sang                               |
| EGOS :  | Etats Généraux de l'Organisation de la Santé                 |
| EHESP : | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique                    |
| EHLAM : | Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie de Metz       |
| EHPA :  | Etablissement Hébergeant des Personnes Agées                 |
| EHPAD : | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ELSA :  | Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie               |

|          |                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ELSM :   | Echelon Local du Service Médical                                                    |
| EMG :    | Equipe Mobile de Gériatrie                                                          |
| EML :    | Equipement Matériel Lourd                                                           |
| EMSP :   | Equipe Mobile de Soins Palliatifs                                                   |
| EN :     | Education Nationale                                                                 |
| ENMR :   | Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération pour les professionnels de santé |
| EP :     | Entente Préalable                                                                   |
| EPP :    | Evaluation des Pratiques Professionnelles                                           |
| EPS :    | Etablissement Public de Santé                                                       |
| ERASME : | Extraction, Recherche et Analyse pour un Suivi Médico-Economique                    |
| ERSEI :  | Étude des risques sanitaires dans les études d'impact                               |
| ESA :    | Equipe Spécialisée Alzheimer                                                        |
| ESAT :   | Etablissements et Services d'Aide par le Travail                                    |
| ETP :    | Education Thérapeutique du Patient                                                  |
| ETP :    | Equivalent Temps Plein                                                              |

## F

|         |                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FA :    | Famille d'Accueil                                                                                                                          |
| FACE :  | acronyme de Fast Alcohol Consumption Evaluation : questionnaire de repérage des consommations d'alcool problématiques en médecine générale |
| FAM :   | Foyer d'Accueil Médicalisé                                                                                                                 |
| FAS :   | Foyer d'Accueil Spécialisé                                                                                                                 |
| FEHAP : | Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs                                                    |
| FFA :   | Fédération Française d'Addictologie                                                                                                        |
| FHF :   | Fédération Hospitalière de France                                                                                                          |
| FHP :   | Fédération de l'Hospitalisation Privée                                                                                                     |

|          |                                                                                             |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| FINESS : | Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux                                   |
| FIQCS :  | Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins                           |
| FIV :    | Fécondation In Vitro                                                                        |
| FMESPP : | Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (loi 20 déc 2002) |
| FMS :    | Fédération Médico-Sociale des Vosges                                                        |
| FNATH :  | Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés                            |
| FNARS :  | Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale                   |
| FNEHAD : | Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile                        |
| FNES :   | Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé                                  |
| FNORS :  | Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé                                |
| FNPEIS : | Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires                        |
| FNPS :   | Fichier National des Professionnels de Santé                                                |
| FO :     | Foyer Occupationnel                                                                         |

## G

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| GEA :  | Gastro Entérite Aigüe               |
| GCS :  | Groupement de Coopération Sanitaire |
| GDR :  | Gestion Du Risque                   |
| GIP :  | Groupement d'Intérêt Public         |
| GIR :  | Groupe Iso Ressources               |
| GMP :  | Gir Moyen Pondéré                   |
| GRSP : | Groupe Régional de Santé Publique   |

# H

|         |                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| HAS :   | Haute Autorité de Santé                                                  |
| HAD :   | Hospitalisation A Domicile                                               |
| HC :    | Hospitalisation Complète                                                 |
| HCAAM : | Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie                        |
| HCSP :  | Haut Conseil de la Santé Publique                                        |
| HDJ :   | Hospitalisation De Jour                                                  |
| HDT :   | Hospitalisation à la Demande d'un Tiers                                  |
| HID :   | Handicap-Incapacité-Dépendance (enquête INSEE)                           |
| HO :    | Hospitalisation d'Office                                                 |
| HPST :  | Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/7/2009) |
| HT :    | Hébergement Temporaire                                                   |
| HTA :   | Hypertension Artérielle                                                  |

# I

|        |                                           |
|--------|-------------------------------------------|
| IDE :  | Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat            |
| IEM :  | Institut d'Education Motrice              |
| IFSI : | Institut de Formation en Soins Infirmiers |
| IESF : | Institut d'Economie Sociale et Familiale  |
| IGAS : | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| IJ :   | Indemnités Journalières                   |
| IJA :  | Institution des Jeunes Aveugles           |
| IJS :  | Institut des Jeunes Sourds                |
| IMC :  | Indice de Masse Corporelle                |
| IME :  | Institut Médico-Educatif                  |

|          |                                                                    |
|----------|--------------------------------------------------------------------|
| IMP :    | Institut Médico-Pédagogique                                        |
| IMPRO :  | Institut Médico Professionnel                                      |
| INCA :   | Institut National du Cancer                                        |
| INJS :   | Institut National des Jeunes Sourds                                |
| INPES :  | Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé |
| INS :    | Identifiant National de Santé                                      |
| INSEE :  | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques      |
| INSERM : | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale          |
| InVS :   | Institut de Veille Sanitaire                                       |
| IPP :    | Incapacité ou invalidité Permanente Partielle                      |
| IPP :    | Inhibiteurs de la Pompe à Protons                                  |
| IRA :    | Insuffisance Respiratoire Aigüe                                    |
| IRC :    | Insuffisance Rénale Chronique                                      |
| IRDES :  | Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé     |
| IREPS :  | Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé         |
| IRM :    | Imagerie par Résonance Magnétique                                  |
| IRMN :   | Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire                        |
| IRS :    | Inspection Régionale de la Santé                                   |
| IST :    | Infection Sexuellement Transmissible (remplace les MST)            |
| ITEP :   | Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique                    |
| IVG :    | Interruption Volontaire de Grossesse                               |

## J - K

|           |                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------|
| K ou KC : | Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin |
|-----------|---------------------------------------------------------------|

## L

|        |                                           |
|--------|-------------------------------------------|
| LFSS : | Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| LHSS : | Lits Halte Soins Santé                    |
| LISP : | Lits Identifiés en Soins Palliatifs       |

## M

|         |                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------|
| MAIA :  | Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer         |
| MAMA :  | Maladies d'Alzheimer et Maladies Apparentées                           |
| MAS :   | Maison d'Accueil Spécialisée                                           |
| MCO :   | Médecine, Chirurgie, Obstétrique                                       |
| MCP :   | Maladie à Caractère Professionnel                                      |
| MCV :   | Maladies Cardio Vasculaires                                            |
| MDA :   | Maison des Adolescents                                                 |
| MDPH :  | Maison Départementale des Personnes Handicapées                        |
| MG :    | Médecin Généraliste                                                    |
| MIG :   | Missions d'Intérêt Général                                             |
| MIGAC : | Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation            |
| MILDT : | Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie |
| MIR :   | Médecin Inspecteur Régional                                            |
| MISE :  | Mission InterService de l'Eau                                          |
| MISP :  | Médecin Inspecteur de Santé Publique                                   |
| MMG :   | Maison Médicale de Garde                                               |
| MMH :   | Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital                                       |
| MO :    | Molécules Onéreuses                                                    |
| MOUS :  | Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale                                    |

|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| MP :   | Maladie Professionnelle                         |
| MRS :  | Mission Régionale de Santé                      |
| MSA :  | Mutualité Sociale Agricole                      |
| MSAP : | Mise Sous Accord Préalable                      |
| MSP :  | Maison de Santé Pluriprofessionnelle            |
| MST :  | Maladies Sexuellement Transmissibles (voir IST) |

## N

|        |                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------|
| NABM : | Nomenclature des Actes de Biologie Médicale         |
| NGAP : | Nomenclature Générale des Actes Professionnels      |
| NRBC : | Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques |

## O

|         |                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------|
| OFDT :  | Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies            |
| OGD :   | Objectif Global des Dépenses                                     |
| OMS :   | Organisation Mondiale de la Santé                                |
| ONDAM : | Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie               |
| ONDPS : | Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé |
| ONIAM : | Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux           |
| OPEPS : | Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé        |
| OQOS :  | Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins                         |
| ORL :   | Oto-Rhino-Laryngologie                                           |
| OROS :  | Objectifs Régionaux de l'Offre de Soins                          |
| ORS :   | Observatoire Régional de Santé                                   |

# P

|            |                                                                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PA :       | Personnes Agées                                                                        |
| PAIS :     | Point d'Accueil Information Services                                                   |
| PAPA :     | Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées                                        |
| PASA :     | Pôle d'Activités et des Soins Adaptés                                                  |
| PASS :     | Permanence d'Accès aux Soins de Santé (dans le cadre du PRAPS)                         |
| PDS :      | Permanence Des Soins                                                                   |
| PDSA :     | Permanence Des Soins Ambulatoire                                                       |
| PDSES :    | Permanence Des Soins en Etablissement de Santé                                         |
| PDSH :     | Permanence Des Soins Hospitalière                                                      |
| PH :       | Praticien Hospitalier                                                                  |
| PH :       | Personne Handicapée                                                                    |
| PJJ :      | Protection Judiciaire de la Jeunesse                                                   |
| PLATINES : | PLATes-formes d'INformation sur les Etablissements de Santé                            |
| PMI :      | Protection Maternelle et Infantile                                                     |
| PMP :      | Pathos Moyen Pondéré                                                                   |
| PMSI :     | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information                                 |
| PMT :      | Projet Médical de Territoire                                                           |
| PNNS :     | Programme National de Nutrition et Santé                                               |
| PPS :      | Programme Personnalisé de Soins (cancérologie)                                         |
| PRAGSUS :  | Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire                |
| PRAPS :    | Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis               |
| PRGDR :    | Programme Régional de Gestion Du Risque                                                |
| PRIAC :    | PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| PRS :      | Projet Régional de Santé                                                               |



|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| PRSE :  | Plan Régional Santé Environnement               |
| PRSP :  | Plan Régional de Santé Publique                 |
| PRST :  | Plan Régional de Santé au Travail               |
| PS :    | Professionnels de Santé                         |
| PSI :   | Plan de Soins Infirmiers                        |
| PSP :   | Pôle de Santé Pluridisciplinaire                |
| PSRS :  | Plan Stratégique Régional de Santé              |
| PTS :   | Programmes Territoriaux de Santé                |
| PU-PH : | Professeur d'Université – Praticien Hospitalier |

## Q

## R

|        |                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------|
| RCP :  | Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (Cancer)   |
| RCT :  | Recours Contre Tiers                                   |
| REIN : | Réseau Epidémiologique et d'Information en Néphrologie |
| RNPS : | Répertoire National des Professionnels de Santé        |
| ROG :  | Répertoire Officiel des Génériques                     |
| ROR :  | Rougeole Oreillons Rubéole (vaccin)                    |
| RPIB : | Programme de Repérage Précoce et d'Intervention Brève  |
| RRC :  | Réseau Régional de Cancérologie                        |
| RSI :  | Régime Social des Indépendants                         |

# S

|           |                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SAAAIS :  | Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et A l'Intégration Scolaire                           |
| SACAT :   | Section Aménagée de Centre d'Aide par le Travail                                                    |
| SAE :     | Statistique Annuelle des Etablissements de santé                                                    |
| SAF :     | Syndrome d'Alcoolisation Fœtale                                                                     |
| SAFEP :   | Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce                                            |
| SAMSAH :  | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés                                      |
| SAMU :    | Services d'Aide Médicale Urgente                                                                    |
| SAU :     | Service d'Accueil des Urgences                                                                      |
| SAVS :    | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale                                                           |
| SDIS :    | Service Départemental d'Incendie et de Secours                                                      |
| SESGAR :  | Service d'Etude du Secrétariat Général pour les Affaires Régionales                                 |
| SESSAD :  | Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile                                              |
| SF :      | Sage-femme                                                                                          |
| SFAP :    | Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs                                           |
| SFSP :    | Société Française de Santé Publique                                                                 |
| SGAR :    | Secrétariat Général pour les Affaires Régionales                                                    |
| SI :      | Soins Intensifs                                                                                     |
| SIH :     | Système d'Information Hospitalier                                                                   |
| SIUMPPS : | Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé                       |
| SLM :     | Sections Locales Mutualistes                                                                        |
| SMUR :    | Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation                                                        |
| SNIIRAM : | Système National d'Informations Inter régimes de l'Assurance Maladie                                |
| SOPHIA :  | Service d'accompagnement de l'Assurance-maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques |
| SREPS :   | Schéma Régional d'Education Pour la Santé                                                           |
| SROMS :   | Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale                                                       |

|            |                                                                        |
|------------|------------------------------------------------------------------------|
| SROS III : | Schéma régional d'Organisation Sanitaire III                           |
| SROS :     | Schéma Régional d'Organisation des Soins                               |
| SRP :      | Schéma Régional de Prévention                                          |
| SSEFIS :   | Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire |
| SSIAD :    | Service de Soins Infirmiers A Domicile                                 |
| SSR :      | Soins de Suite et de Réadaptation                                      |
| SSRA :     | Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie                      |
| STATISS :  | STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social                   |

## T

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| T2A : | Tarification à l'activité                           |
| TC :  | traumatisé Crânien                                  |
| TCC : | Trouble du Comportement et de la Conduite           |
| TDR : | Test de Diagnostic Rapide                           |
| TE :  | Taux d'Equipement                                   |
| TED : | Trouble Envahissant du Développement                |
| TFR : | Tarif Forfaitaire de Responsabilité                 |
| TIC : | Technologie de l'Information et de la Communication |
| TMS : | Troubles Musculo-Squelettiques                      |
| TN :  | Territoire Nord                                     |
| TS :  | Territoire sud                                      |
| TSL : | Trouble Spécifique du Langage                       |
| TSO : | Traitement de Substitution des Opiacés              |
| TSP : | Territoire de Santé de Proximité                    |

# U

|         |                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------|
| UCC :   | Unité Cognitivo Comportementale                                 |
| UCR :   | Unité de Coordination Régionale                                 |
| UCSA :  | Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires                 |
| UDAS :  | Unité Départementale d'Action Sociale                           |
| UDM :   | Unité de Dialyse Médicalisée                                    |
| UEROS : | Unité d'Evaluation, de Réentrainement et d'Orientation Sociale  |
| UGEAM : | Union pour la Gestion des Etablissements de l'Assurance Maladie |
| UHCD :  | Unité Hospitalière de Courte Durée                              |
| UHR :   | Unité d'Hébergement Renforcée                                   |
| UHSA :  | Unité Hospitalière Spécialement Aménagée                        |
| UHSI :  | Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales                 |
| ULIS :  | Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire                       |
| URPS :  | Unions Régionales de Professions de Santé                       |
| USC :   | Unité de Surveillance Continue                                  |
| USI :   | Unité de Soins Intensifs                                        |
| USIC :  | Unités de Soins Intensifs en Cardiologie                        |
| USLD :  | Unité de Soins de Longue Durée                                  |
| USP :   | Unité de Soins Palliatifs                                       |
| USSA :  | Unité de Soins Spécifiques Alzheimer                            |
| UTAS :  | Unité Territoriale d'Action Sociale                             |
| UVP :   | Unité de Vie Protégée                                           |

## V

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| VHC : | Virus hépatite C             |
| VSL : | Véhicule Sanitaire Léger     |
| VSS : | Veille et Sécurité Sanitaire |

## W

## X

## Y

## Z

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| ZEP : | Zone d'Education Prioritaire   |
| ZFU : | Zones Franches Urbaines        |
| ZRR : | Zones de Revitalisation Rurale |
| ZUS : | Zones Urbaines sensibles       |