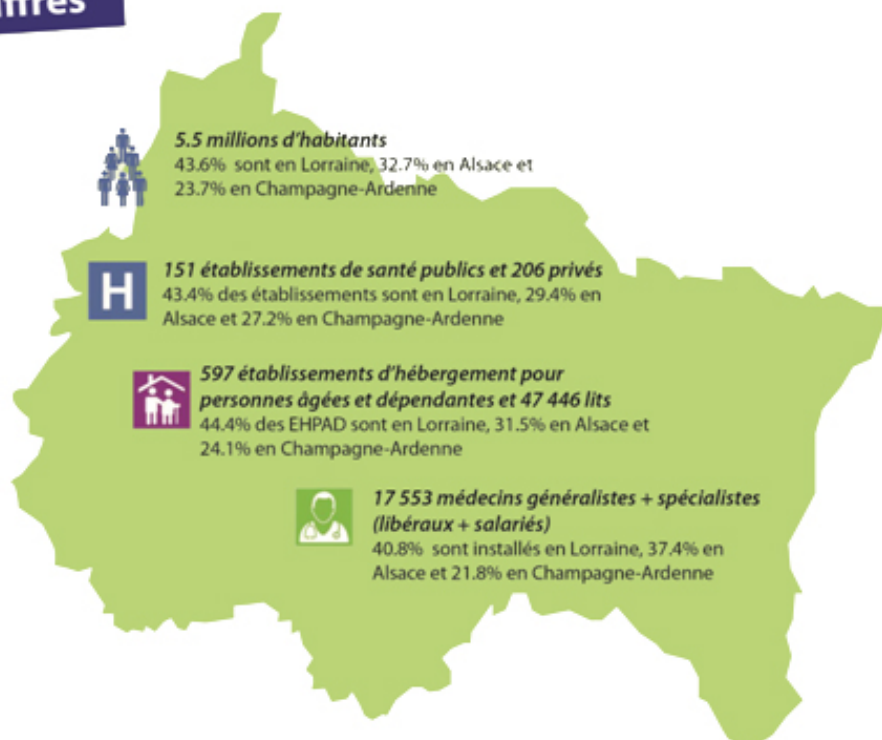


En chiffres



Création de l'Agence Régionale de Santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

Dossier de presse

20 janvier 2016

Contact presse : Marie Réaux - Responsable du service communication

Tél : 03 83 39 79 02 / 06 07 40 43 13 - Mail : marie.reaux@ars.sante.fr / ars-acal-communication@ars.sante.fr

Sommaire

1- Caractéristiques du système de santé et enjeux de santé en Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine	p. 3
a- Cartographie de la population et offre de santé	p. 3
b- Les dépenses de santé	p. 5
c- La situation de l'hospitalisation publique	p. 6
2- Organisation de l'Agence régionale de santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine	p. 7
a- La préfiguration de la nouvelle ARS : concertation et dialogue social	p. 7
b- L'organisation de l'ARS : organigramme et localisation des services et directions	p. 7
c- Le guide pratique destiné aux partenaires de l'ARS	p. 8
3- Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine : une région bien venue	p. 9
a- L'approche territoire	p. 9
1- Le rapprochement entre établissements	p. 9
2- La prévention : complémentarité d'intervention avec le Régime local d'Alsace-Moselle	p. 10
b- Des expériences régionales susceptibles d'être étendues sur la région Grand Est	p. 11
1- Les parcours des personnes âgées (PAERPA)	p. 11
2- La prévention	p. 12
3- Les Contrats locaux de santé	p. 13
4- Le dispositif « Praticien territorial de Médecine Générale » (PTMG)	p. 15
5- La santé mentale : le développement d'une offre de psychiatrie privée complémentaire à l'offre publique	p. 16
Annexes	
1- Cartographie	
2- Organigramme	
3- Restons en contact	

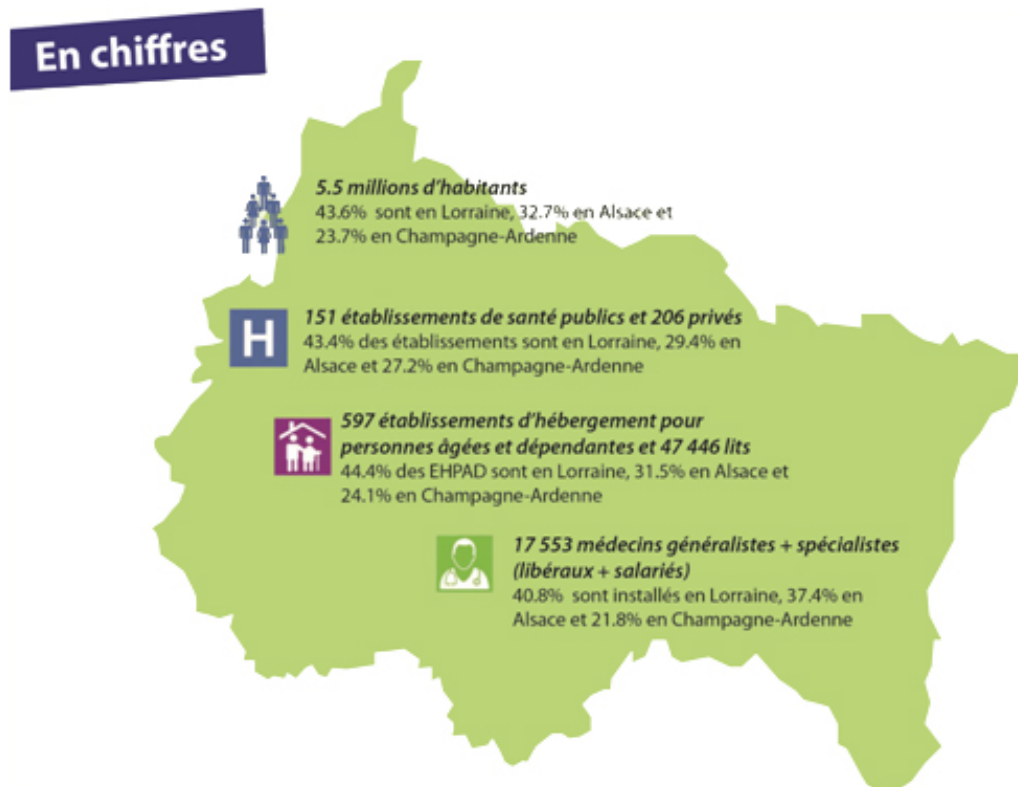


Eléments de contexte : quelques dates clés

- **16 janvier 2015** : adoption de la loi relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral
- **22 avril 2015** : nomination en Conseil des ministres de Claude d'Harcourt directeur général préfigurateur de l'Agence régionale de santé d'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine 16 décembre 2015 : nomination de Claude d'Harcourt directeur général de l'ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine en Conseil des ministres
- **1^{er} janvier 2016** : création de l'ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

1- Caractéristiques du système de santé et enjeux de santé en Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

a- Cartographie de la population et offre de santé



/// Caractéristiques de la population

La région Grand Est compte **5,5 millions d'habitants** sur un territoire de 57 300 km², ce qui en fait la 6^{ème} région de France par sa population. La **densité** moyenne de 96,5 hab/km², inférieure à la moyenne nationale (117 hab/km²), cache **d'importantes disparités** (densité de 28,9 hab/km² en Haute-Marne, 31 hab/km² dans la Meuse, 232 hab/km² dans le Bas-Rhin).

La région présente la **croissance démographique la plus faible de France** (+0.8% entre 2007 et 2012 vs 2.6% en métropole) avec de fortes inégalités au sein du territoire, la croissance démographique de la région est essentiellement portée par l'Alsace. Elle reste une **région relativement jeune**, avec 30,3 % de sa population âgée de moins de 25 ans, la plus forte proportion de jeunes étant concentrée en Alsace, à Nancy,

Dossier de presse - Création de l'Agence Régionale de Santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine - 20 janvier 2016

à Metz ainsi que dans le secteur de Reims. Le vieillissement de la population est quant à lui particulièrement marqué dans les départements de la Haute-Marne et des Vosges. (voir annexe 1)

L'espérance de vie y est globalement inférieure au niveau national (dans 8 départements sur les 10 que compte la région, les départements alsaciens faisant exception).

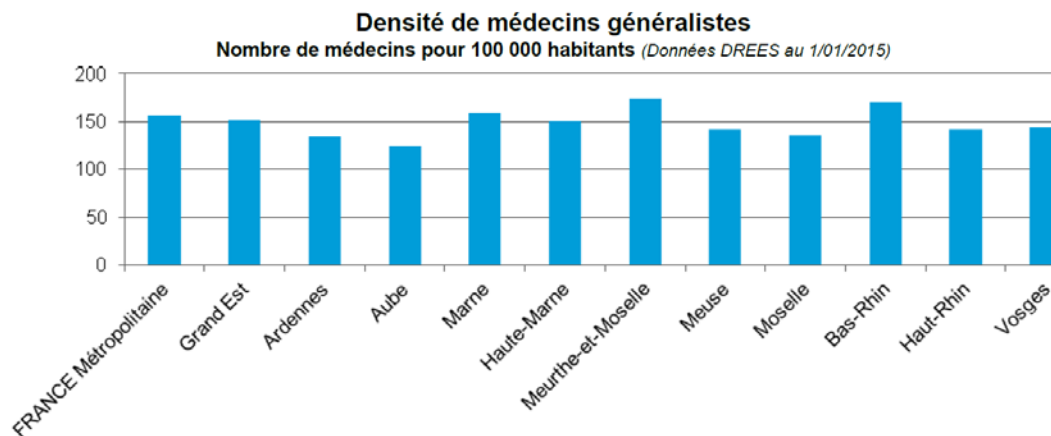
Les principales causes médicales de décès sont **les cancers** pour les **hommes** et **les maladies cardiovasculaires** pour les **femmes**.

// Caractéristiques de l'offre de santé

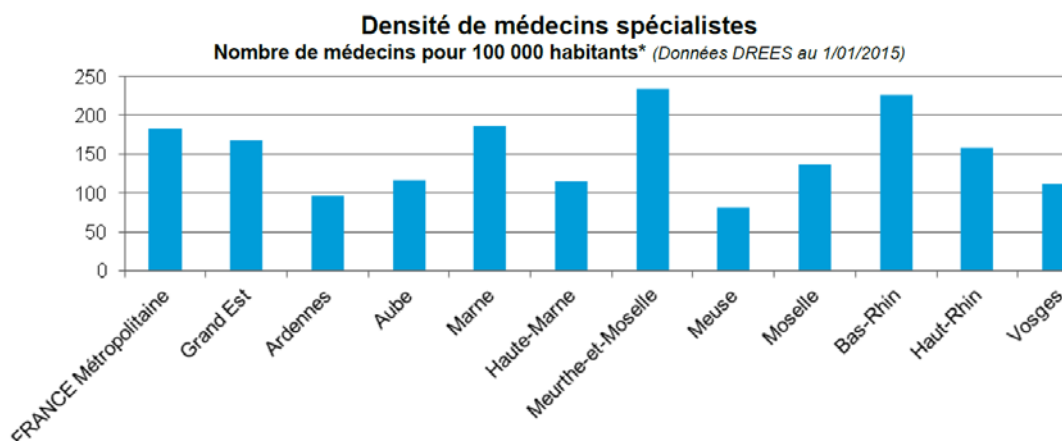
Les professionnels de santé

Au total, **98 793 professionnels de santé** libéraux ou salariés exercent dans la région ACAL, toutes professions confondues, dont **8 383 médecins généralistes** et **9 170 médecins spécialistes**.

La **densité de médecins généralistes est inégale sur le territoire** : elle se situe au-dessous de la moyenne nationale dans tous les départements à l'exception de la Marne, de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin.



Certaines spécialités sont particulièrement impactées par les questions de démographie médicale (anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique), notamment dans les Ardennes et la Meuse.



Les établissements de soins

La région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine compte **351 établissements de soins** dont :

- 151 établissements du secteur public,
- 206 établissements du secteur privé.

40 % des établissements sont situés en Lorraine, 30 % en Alsace et 20 % en Champagne-Ardenne.

En termes d'activités :

- le taux d'équipement en lits en médecine et chirurgie obstétrique est supérieur à celui de la France métropolitaine ;
- à l'inverse, le taux d'équipement en soins de suites et de réadaptation est plus faible (ce taux d'équipement étant extrêmement faible dans l'Aube, et dans une moindre mesure dans les Ardennes) ;
- le taux d'équipement en psychiatrie, qu'elle soit générale ou infanto-juvénile, est également inférieur à celui de la France métropolitaine.

La Lorraine est une région globalement sur-dotée en termes d'infrastructures hospitalières, mais marquée par la fragilité de son offre de soins ambulatoire dans les territoires les plus éloignés des centres urbains.

L'Alsace présente une offre de soins hospitalière et ambulatoire homogène et semble épargnée par les tensions démographiques des professionnels de santé identifiées dans les deux autres régions.

La Champagne-Ardenne reste fragile tant sur l'offre hospitalière qu'ambulatoire.

L'offre médico-sociale

La région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine compte au total :

- **1032 structures d'accueil des personnes âgées** (EHPAD, SSIAD...),
- **1116 structures d'accueil des personnes handicapées** (MAS, ESAT, IME, ITEP...).

L'offre d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est inégale et fragile dans certains départements comme les Ardennes ou la Haute-Marne, départements dans lesquels l'offre de services de soins à domicile est plus développée.

Le taux d'équipement en lits et places des personnes en situation de handicap est satisfaisant au regard des moyennes nationales, bien que très inégal au sein du territoire.

b- Les dépenses de santé

Les dépenses de santé pour les trois régions se sont élevées pour l'année 2014 à **16,4 milliards d'€**, soit un peu plus de 8% des dépenses nationales de santé.

	Alsace		Champagne-Ardenne		Lorraine		France	
Dépenses de santé	2014	Evolution 2012-2013	2014	Evolution 2012-2013	2014	Evolution 2012-2013	2014	Evolution 2012-2013
		5,7 milliards	+ 1,8%	3,8 milliards	+ 2,9%	6,9 milliards	+ 1,9%	194,3 milliards

En 2014, les dépenses de santé rapportées à la population s'échelonnent de près de 3 050 € par an et par habitant en Alsace, à 2 870 € par an et par habitant en Champagne-Ardenne, et à 2 940 € par an et par habitant en Lorraine.

Pour la région Grand Est, la **dépense de santé par habitant sera donc en moyenne de près de 2 960 €** pour une moyenne nationale de près de 2 980 €/habitant.

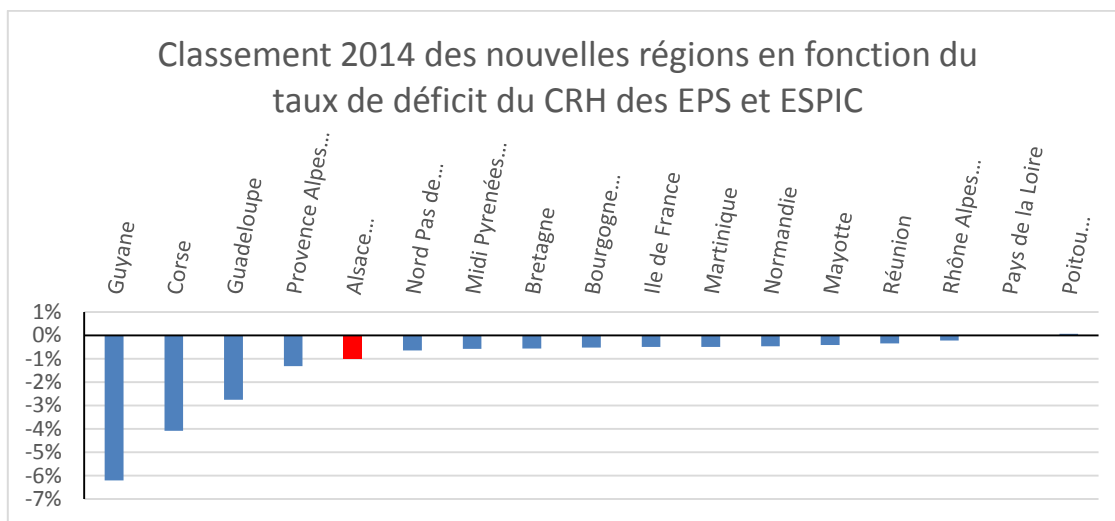
c- La situation de l'hospitalisation publique

La situation financière des établissements de santé anciennement sous dotation globale tend à s'éroder sous les effets des mécanismes de maîtrise de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Montant et taux de résultats des budgets principaux (en M€)

	2012	2013	2014	prév. 2015 (RIA2)
Alsace	-0,85	-5,27	-34,79	-37,95
<i>dont HUS</i>	1,65	-12,62	-30,91	-27,07
Champagne-Ardenne	0,82	-6,75	-6,19	-23,18
<i>dont CHU Reims</i>	5,35	2,14	2,44	-5,23
Lorraine	-52,03	-51,05	-32,09	-65,67
<i>dont CHR Metz-Thionville</i>	-3,40	-2,56	9,69	-1,85
<i>dont CHU Nancy</i>	-14,96	-23,33	-28,19	-27,43
ACAL	-52,05	-63,09	-73,07	-132,17
	2012	2013	2014	2015
<i>CHU et CHR</i>	-11,36	-36,37	-46,96	-61,59
<i>Hors CHU et CHR</i>	-40,69	-26,71	-26,11	-70,57

En 2014, le CHU de Nancy et les HUS représentent respectivement 38,6% (-28,19M€) et 42,3% (-30,91M€) des résultats.



Un suivi renforcé des établissements de santé les plus en difficulté est mis en place par l'Agence régionale de santé.

2- Organisation de l'Agence Régionale de Santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

a- La préfiguration de la nouvelle ARS : concertation et dialogue social

Une équipe projet dédiée à la préfiguration a été mise en place, associant des représentants des trois ARS.

17 groupes de travail thématiques ont associé plus de 200 personnes dans une dynamique de co-construction, chargés de définir l'organisation cible de la future ARS, d'en préparer l'harmonisation des processus métiers et de définir les actions à mener dans une optique de convergence. Compte-tenu de la qualité des travaux menés collectivement, les conclusions des groupes ont été intégralement suivies.

En complément de la participation des agents à la co-construction du projet, la concertation avec les organisations syndicales a donné lieu à un dispositif spécifique.

Un protocole de méthode, signé en septembre par toutes les organisations syndicales, a permis la création d'instances de concertation spécifiques pour discuter du projet en amont des instances officielles (comité d'agence et CHSCT).

34 réunions se sont tenues avec les représentants du personnel. Ces échanges réguliers ont permis d'alimenter les réflexions sur le projet d'organisation et les modalités, en particulier RH, de mise en œuvre.

b- L'organisation de l'ARS : organigramme et localisation des services et directions (voir en annexe)

« Notre première ambition est le renforcement de la proximité au service de l'égalité d'accès à des soins de qualité. Le terrain est notre raison d'être.

Notre deuxième ambition est l'expression réaffirmée d'une politique conçue pour l'intérêt général. En appui des acteurs de santé, qu'ils soient publics ou privés, nous avons pour mission de concevoir une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et d'assurer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. »

Claude d'Harcourt, Directeur général de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine

L'organisation de l'Agence a été conduite à partir de quelques principes clés :

- La priorité donnée à la proximité
- La clarté des périmètres de responsabilité :
 - Une organisation lisible privilégiant une ligne hiérarchique courte ;
 - Une direction de plein exercice pour chacune des offres ;
- Une organisation qui facilite le décloisonnement et la transversalité.

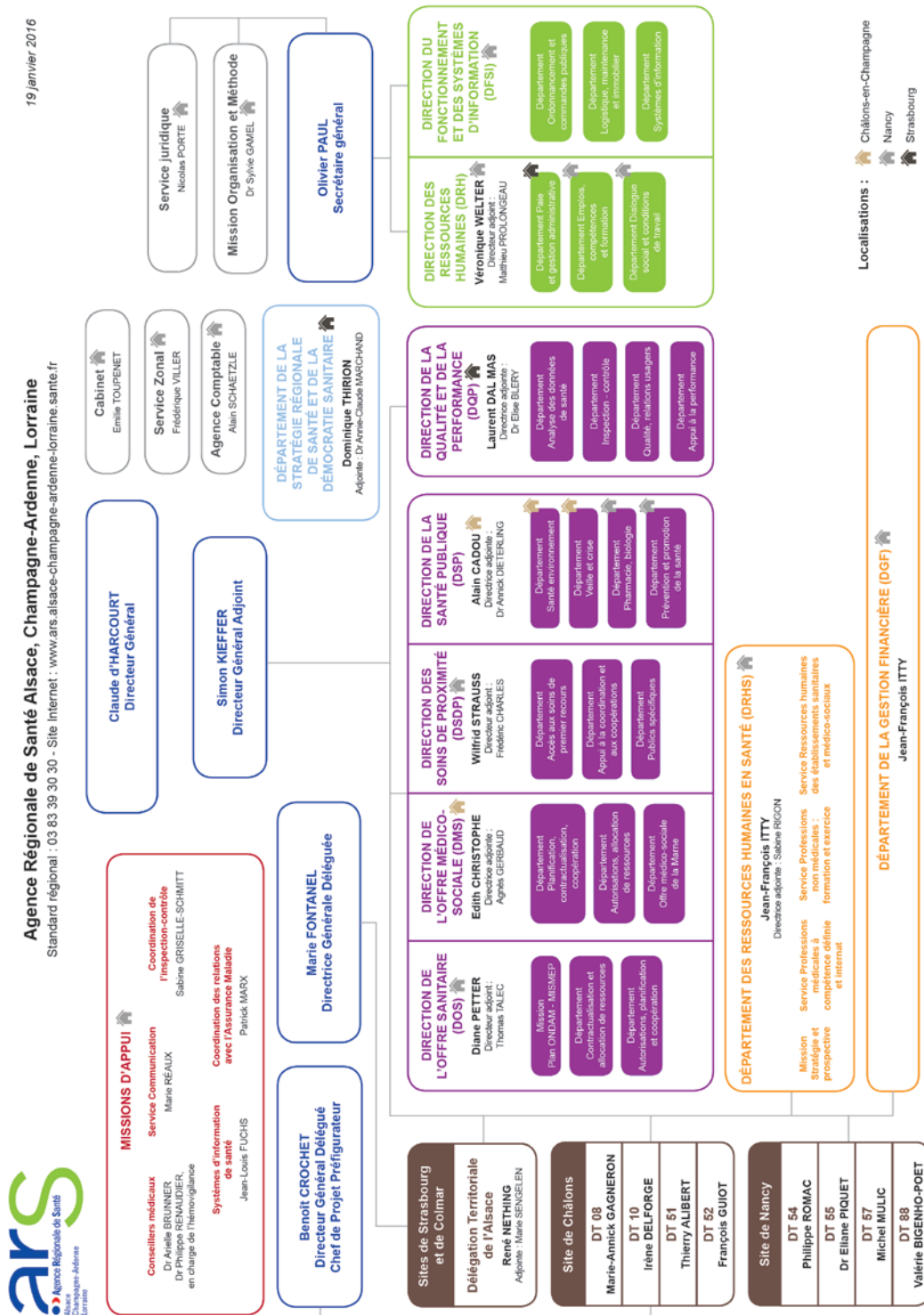
Dans l'organisation de la nouvelle Agence, les personnels assurant les missions régionales sont répartis dans 7 directions :

- 4 directions métiers : la direction de l'offre sanitaire, la direction de l'offre médico-sociale, la direction des soins de proximité et la direction de la santé publique ;
- 1 direction prestataire : la direction de la qualité et de la performance
- 2 directions supports : la direction des ressources humaines et la direction du fonctionnement et des systèmes d'information.

Elle a été construite sur la base d'un diagnostic formalisé des activités et des organisations et par une démarche participative impliquant les 3 ARS. Compte-tenu de la qualité des travaux menés collectivement, les conclusions des groupes ont été intégralement suivies.

c- Le guide pratique destiné aux partenaires de l'ARS

Consultable en ligne sur le site internet de l'Agence www.ars-alsace-champagne-ardenne-lorraine.fr, le guide pratique « Restons en contact » permet aux partenaires de l'ARS de se repérer et de connaître les modalités pratiques pour contacter les directions, départements et services de la nouvelle Agence (adresses mail, numéros de téléphone, personnes à contacter) sur les différents sites d'implantation de l'ARS : siège et délégations territoriales (voir en annexe).



3- Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine : une région bien venue

a- L'approche territoire

L'élargissement du territoire est opportun pour améliorer l'offre de santé tout en disposant d'un périmètre d'actions plus large.

1- Le rapprochement entre établissements

Les territoires d'attractivité des **établissements de santé de Bar-le-Duc, Saint-Dizier, Verdun et Vitry-le-François** ont été identifiés par l'ARS comme étant susceptibles de former un ensemble cohérent en termes d'offre de soins hospitalière. Ce constat est notamment fondé sur :

- l'observation des liens existant d'ores et déjà entre les établissements implantés sur cette zone, sur l'historique des coopérations travaillées et/ou mises en place notamment sur la dernière décennie,
- la prise en compte des habitudes de soins des patients.

Parallèlement, chacun des établissements de ce territoire est confronté à un certain nombre de défis en termes de positionnement de son offre actuelle et à projeter, de démographie médicale et paramédicale et d'organisation des filières de soins, la population de la zone devant pouvoir accéder à des parcours cohérents intégrant la gradation des soins.

L'Agence Régionale de Santé a donc commandité une mission d'étude en vue de la définition de scénarii d'évolution de l'organisation de l'offre de soins sur cette zone "frontalière" des deux ex-régions Champagne-Ardenne et Lorraine. Cette mission a d'ores et déjà réalisé un diagnostic territorial permettant, sur la base d'un état des lieux de la consommation de soins des patients de la zone, des caractéristiques de l'activité réalisée dans chaque établissement, des filières de soins existantes et de l'historique des travaux entre établissements, de poser une analyse stratégique de la situation du bassin, de ses forces et de ses faiblesses. Ce diagnostic a été présenté aux élus, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissements en décembre 2015, ceux-ci ayant été invités à réagir pour le cas échéant l'affiner et le compléter.

La seconde phase du travail va être menée sur le premier semestre 2016, avec la définition des scénarii possibles d'évolution. Cette définition sera le fruit d'un travail partenarial avec les élus dans le cadre d'une logique globale d'aménagement du territoire. Les établissements seront bien évidemment également associés à la réflexion.

Les Centres hospitaliers de Sarrebourg et de Saverne sont deux établissements de taille moyenne situés sur des territoires de santé proches, tous deux confrontés à :

- une fuite importante des patients de leurs bassins de proximité respectifs vers les établissements de santé de référence,
- un défaut d'attractivité pour les professionnels de santé plus marqué pour le CH de Sarrebourg,
- à une difficulté pour les deux établissements à dégager des marges de manœuvre économiques pour faire face aux investissements nécessaires.



Une réflexion concertée a été mise en place entre les ARS Alsace et Lorraine avec les établissements au sujet de leur avenir. L'objectif est de développer une stratégie médicale et soignante partagée afin de conforter leur attractivité et de maintenir une offre de proximité s'inscrivant dans des filières structurées ; de permettre d'intégrer les évolutions de prise en charge et les innovations médicales diagnostiques et thérapeutiques et d'en assurer le meilleur accès aux

populations de leur territoire ; de définir les capacités optimales pour déterminer les investissements nécessaires.

Un groupe de travail a été mis en place associant les directions des deux établissements et la communauté médicale, qui vise à faire un diagnostic préalable à la définition d'une stratégie de l'organisation de l'offre sur le secteur de Sarrebourg-Saverne, dans la perspective de la mise en place d'un Groupement hospitalier de territoire inscrite dans le projet de loi de modernisation du système de santé.

A ce titre, une première convention a été signée sur l'organisation de la filière de chirurgie entre Strasbourg et Sarrebourg (consultations avancées sur site pour une chirurgie organisée aux HUS, centre de référence).

2- La prévention : complémentarité d'intervention avec le Régime local d'Alsace-Moselle

Le Régime local est le partenaire historique de l'Alsace en matière de prévention. Chaque année les campagnes prévention sont pilotées ensemble: instruction conjointe par les techniciens ARS et RL pour les thématiques conjointes (notamment la prévention du surpoids et de l'obésité, du diabète, des maladies cardio-vasculaires); le calendrier de la campagne est bâti pour permettre une décision conjointe en mars (après le vote du CA du RL) et une information simultanée des promoteurs. Le régime local est partenaire signataire de l'ensemble des contrats locaux de santé.

A l'occasion de la constitution de la région Grand Est, un traitement particulier du territoire d'Alsace Moselle pourra être effectué pour préserver l'importance de ce partenariat dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention. La DT Alsace sera l'interlocuteur principal du Régime local pour le compte de l'ARS Grand Est.

b- Des expériences régionales susceptibles d'être étendues sur la grande région

1- Les parcours des personnes âgées (PAERPA)



Depuis le 1^{er} octobre 2014, l'expérimentation PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est opérationnelle sur le territoire du Grand Nancy avec la mise en place d'une coordination territoriale d'appui (CTA) qui a permis de réaliser à ce jour 760 « plans personnalisés de soins » (PPS) et de sensibiliser 450 médecins libéraux du territoire.

Sous le pilotage de l'ARS, le dispositif PAERPA se construit en partenariat avec les acteurs de santé du territoire. Il vise à améliorer la coordination entre les acteurs qui interviennent auprès de la personne âgée, et ce afin de repérer les situations de risque en perte d'autonomie, de limiter le recours à l'hospitalisation et de mieux préparer le retour à domicile.

Le projet pilote PAERPA s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur les 20 communes de la Communauté Urbaine du Grand Nancy, encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

Dans ce cadre, une Coordination Territoriale d'Appui (CTA) a été mise en place et a pour objectifs de venir en appui des professionnels du territoire, de rapprocher et de mettre en cohérence les approches sanitaire, médico-sociale et sociale, et de mobiliser les ressources utiles au bon moment et au bon endroit

Portée par le Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle et le réseau de santé gériatrique Gérard CUNY, la CTA :

- propose aux médecins une expertise globale, gériatrique, sur le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans. Joignable au 03 55 68 50 90 du lundi au samedi matin, la CTA apporte des réponses opérationnelles en matière d'évaluation des besoins, d'organisation du parcours et d'accompagnement de la personne ;
- constitue une interface entre les professionnels de santé libéraux et un appui à la formalisation des PPS ;
- est le garant de la connaissance, du partage de l'information entre les acteurs et du suivi des situations dans le temps.

Données chiffrées :

Environ 21 000 personnes âgées de + de 75 ans soit 8,1 % de la population du Grand Nancy

7 688 personnes âgées de + de 75 ans hospitalisées

2 066 professionnels de santé libéraux présents sur le territoire dont 332 médecins généralistes, 550 spécialistes, 382 infirmières, 123 pharmaciens

PAERPA c'est à ce jour sur le territoire lorrain :

- Plus de 450 professionnels informés
- Des professionnels de santé libéraux formés
- Des systèmes d'information développés (LIGO, déploiement de la messagerie sécurisée, de la télémédecine en EHPAD avec 5 EHPAD sur le territoire et 80 téléconsultations déjà effectuées)
- 1 602 appels reçus à la Coordination Territoriale d'Appui dont 414 appels de médecins traitants
- 760 Plans Personnalisés de Santé mis en place
- 29 bénéficiaires du pilulier électronique
- 112 bénéficiaires d'un ergothérapeute à domicile
- 153 bénéficiaires de l'activité physique adaptée à domicile
- 6 bénéficiaires d'un répit de nuit à domicile
- 110 bénéficiaires d'un séjour en EHPAD
- 78 bénéficiaires d'une aide à domicile en sortie d'hôpital

2- La prévention

En Alsace, les partenariats ont été éprouvés dans le cadre d'une Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention qui a misé sur la coopération des acteurs :

- des réunions régulières ont été organisées quatre fois par an (dont une réunion conjointe avec la Commission spécialisée prévention de la CRSA) ;
- les ordres du jour ont privilégié la présentation de la politique de prévention portée par chaque partenaire ;
- des groupes de travail ont été mis en place : sur la communication (de manière à unifier les politiques de communication en santé publique en région, avec un chef de file et le principe de reprise univoque des éléments de langage par tous les partenaires) et sur l'évaluation (de manière à ce que les résultats d'une évaluation par un partenaire engagent les autres, par exemple sur des décisions de financement ou d'arrêt de financement).

Cette démarche partenariale a permis de développer des habitudes de travail en commun et de partager la stratégie régionale de prévention.



Autre exemple de dynamique impulsée par l'ARS en matière de prévention : la déclinaison complète et transversale de la stratégie de prévention en matière de prévention du surpoids et de l'obésité des enfants (1^{ère} priorité du Projet régional de santé), au travers :

- d'une campagne de sensibilisation à l'inutilité de la collation matinale à l'école (fruit d'un travail de conviction institutionnel long et désormais d'une coopération forte avec l'Education nationale - partenaire dans le cadre d'une convention cadre ARS-Rectorat) ;
- de la structuration des réseaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants: territoire entièrement couvert ;
- de l'expérimentation dans le cadre des Contrats locaux de santé de plusieurs dispositifs : PRECOSS à Strasbourg, les colles du poids à Mulhouse ;
- de la mobilisation de l'ensemble des compétences de l'ARS au bénéfice de cette priorité avec, par exemple, l'utilisation des conventions ARS-Education nationale -IME pour fixer des objectifs de suivi de l'indice de masse corporelle et de promotion de l'activité physique pour les enfants handicapés qui sont suivis en établissement médico-social.

3- Les contrats locaux de santé

Le Contrat Local de Santé (CLS) participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il permet la rencontre du Projet Régional de Santé, porté par l'ARS, et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des besoins des populations. Il mobilise les acteurs¹ en prenant largement appui sur les dynamiques locales existantes dans les villes ou les communautés de communes.

Une méthodologie, une gouvernance des CLS

Piloté par une délégation territoriale de l'ARS et chaque collectivité territoriale signataire, le CLS est construit à partir d'un diagnostic partagé entre l'ARS, la collectivité territoriale, tous leurs partenaires et la population.

Pour faciliter la réalisation de ce diagnostic, le service « statistiques » de l'agence met à disposition des portraits de territoire décrivant la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre de santé du territoire donné. Ces portraits constituent un pré-diagnostic quantitatif qui s'enrichit au cours d'échanges avec les acteurs, réunis en groupes de travail thématiques. Cette étape permet ensuite de déterminer des priorités de santé du territoire.

Ces priorités sont traduites dans un plan d'actions concerté sous la forme de fiches-actions, qui concernent tous les champs de la santé (promotion et prévention de la santé dont santé-environnement, accès aux soins, accompagnement médico-social), avec une attention vers les personnes les plus fragiles. Les partenaires institutionnels (cohésion sociale, logement, éducation...) sont également mobilisés afin que les actions du CLS puissent agir sur les déterminants de santé (habitat insalubre, accès aux droits).

Pour sécuriser la mise en œuvre et le suivi du CLS, des modalités de gouvernance (comité de pilotage, comités techniques, dispositif de coordination) et un dispositif de suivi (indicateurs de suivi, tableaux d'avancée des actions, outils d'évaluation) sont mis en place dans chaque territoire concerné.

Cette co-construction du CLS permet de valoriser des actions réalistes, réalisables, coordonnées entre partenaires, et pour la plupart cofinancées (droit commun, contrat de ville).

En Champagne-Ardenne, plusieurs CLS ont été conclus avec les collectivités territoriales.

En 2012, les travaux pour élaborer les premiers CLS ont été engagés sur des territoires siège de fortes dynamiques. La volonté des acteurs de s'impliquer dans la démarche, tout particulièrement celle des élus locaux, a été indispensable pour que ce processus qui conduit à la contractualisation puisse non seulement s'engager mais encore aller jusqu'à son terme.



¹ Acteurs du système de santé, Institutions, Professionnels, Associations, Usagers, Elus des collectivités territoriales, Préfet, tout acteur institutionnel souhaitant se mobiliser sur le projet (Assurance Maladie, Conseil départemental...)

Le Contrat local de santé de Reims – Marne (2013-2016), signé fin 2013, a permis une meilleure coordination des acteurs de proximité. A titre d'exemple, la formation « santé habitat », en direction des intervenants à domicile, est destinée à améliorer, sur la ville de Reims, le signalement et la prise en charge des situations d'habitat présentant des risques sanitaires ; la mise en place d'une nouvelle structure en 2014, le Point Ecoute Jeunes (PEJ) ; des actions de formation en direction des professionnels-relais sur les thèmes de l'éducation pour la santé et de la lutte contre les addictions sont en cours de mise en œuvre.

Le Contrat local de santé de Vitry-le-François – Marne (2013-2016), signé en décembre 2013, est le fruit d'un travail partenarial de plus d'un an entre la ville de Vitry-le-François et l'ARS. Parmi les axes retenus : l'accompagnement des publics (parcours de la femme enceinte en situation de précarité, parcours de l'adolescent, rompre l'isolement des personnes âgées ou en situation de précarité pour contribuer au maintien au domicile, aide aux aidants...) ; l'accès aux soins (cohérence et la coordination de l'intervention autour de la personne âgée, parcours de prise en charge des personnes ayant des conduites à risque...) ;

Inauguré en novembre 2015, le Point Écoute Jeune renforce les complémentarités des différents partenaires (professionnels de santé dont psychologues et infirmiers éducateurs) en vue de faire bénéficier, à des jeunes de 11 à 18 ans et à leur familles, des réponses de santé globales en les accueillant, les écoutant, les orientant sur le plan somatique, psychique, social, éducatif et civique dans un lieu neutre. L'ARS a apporté son appui et expertise méthodologique en faisant coopérer les acteurs locaux et en finançant ce projet à hauteur de 63 000 €.

Le Contrat local de santé de Romilly-sur-Seine – Aube (2015 – 2018), conclu le 17 février 2015, a fait de Romilly-sur-Seine la première ville auboise à signer un CLS avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), associées aux services de la Préfecture de l'Aube, du Rectorat de l'académie de Reims et du Conseil Général de l'Aube. Ce sont au total une quarantaine d'actions (37 fiches-action), portées par treize acteurs locaux, qui ont été déclinées pour mieux prendre en compte les besoins des habitants en matière de santé (accès aux droits et aux soins, prévention et l'éducation pour la santé, parcours santé des personnes âgées, santé mentale et bien-être, réduction de l'impact des déterminants environnementaux sur la santé, actions transversales).

Le Contrat local de santé de la communauté de Communes Ardenne Rives de Meuse - Ardennes (2016-2019), signé le 17 décembre 2015, est le premier CLS signé dans les Ardennes. Il associe la Communauté de Communes Ardenne Rives de Meuse (CCARM), l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Conseil Départemental des Ardennes. Sa mise en œuvre qui a démarré en début de l'année 2016, permettra de mieux coordonner les politiques de santé et de développer des actions adaptées sur le territoire qui regroupe 19 communes et compte 28 976 habitants : sécuriser l'offre de soins de premier recours, améliorer l'accès à une offre de soins de second recours de proximité, rendre lisible l'organisation de l'offre de santé locale, anticiper le vieillissement de la population et les besoins en termes de dépendance.

En **Alsace et en Lorraine**, des démarches similaires de contractualisation avec les acteurs locaux de santé ont également été développées, au cours des dernières années. En 2015, en Alsace, des Contrats locaux de santé de 2ème génération ont été conclus avec la Ville de Strasbourg, et Eurométropole, ainsi qu'avec la Ville de Mulhouse ; un diagnostic local de santé a été lancé dans le Pays du Sundgau ; des bilans des CLS de la Communauté de communes de la vallée de la Bruche et de la Communauté de communes du Val d'Argent ont été effectués. En Lorraine, près d'une dizaine de CLS ont été signés.

4- Le dispositif « Praticien territorial de Médecine Générale » (PTMG)

Le dispositif « Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) » a pour objet de favoriser l'installation des jeunes médecins et de faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Pour la Champagne-Ardenne, 8 contrats ont été signés en 2013, 18 en 2014 et 21 pour 2015. Sur les 21 contrats actifs en 2015, 5 contrats ont été conclus dans les Ardennes, 2 dans l'Aube, 8 dans la Marne et 6 en Haute-Marne. Sur ces 21 contrats, 6 ont été signés par des hommes et 15 par des femmes, le principal attrait du dispositif étant l'avantage prévu dans le cadre du congés maternité.

A titre d'information, pour 2015, le coût du dispositif en Champagne-Ardenne a été d'environ 160 000 € au titre du Fonds d'Intervention Régional.

Diverses actions ont été mises en œuvre pour promouvoir le dispositif auprès des jeunes médecins :

- L'envoi de brochures de présentation du dispositif aux 4 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins pour une diffusion auprès des jeunes médecins lors des rendez-vous « Installation » ;
- Une campagne de phoning à destination des médecins nouvellement installés pour leur proposer un contrat ;
- La promotion du dispositif lors de diverses manifestations organisées dans la région (journée de l'installation organisée par l'URPS, soirée de l'installation organisée par l'association des jeunes médecins de la région, journée d'accueil des internes à la faculté de Médecine de Reims...)
- La promotion du dispositif sur le site internet de l'ARS ainsi que sur le site du PAPS ;
- Un relais de communication du dispositif sur le terrain via les animateurs territoriaux des 4 délégations territoriales de la région ;
- Une mise en relation avec les internes sortant pour leur proposer un contrat lors de leur installation en zone prioritaire.



5- La santé mentale : le développement d'une offre de psychiatrie privée complémentaire à l'offre publique

En Lorraine, l'offre de soins publique est satisfaisante et présente un maillage relativement homogène pour toute la psychiatrie adulte et infanto-juvénile hormis les adolescents.

Mais les associations d'usagers, les médecins généralistes ou encore les psychiatres libéraux font état de besoins de soins non couverts actuellement (réticence des personnes à aller à se rendre à l'hôpital psychiatrique public, qui, en dépit des soins de qualité qui y sont dispensés, conserve une image stigmatisante). Le manque d'offre privée explique en partie un phénomène de fuite de patients vers d'autres régions, voire vers des pays frontaliers, alors qu'une insuffisance de coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social occasionne des ruptures dans le parcours de soins et que la non adéquation des secteurs adultes et des secteurs infanto-juvéniles peut engendrer des difficultés en terme de continuité dans la prise en charge des enfants « devenus » adultes.

Si en Moselle une complémentarité efficace s'est créée entre l'offre de psychiatrie publique et l'offre de psychiatrie privée avec des lits localisés dans les établissements de Novéant, Phalsbourg et des Hôpitaux Privés de Metz, pour les autres départements, à l'exception de l'établissement de Mont st Martin, aucune offre de nature égale n'existe - la clinique Berus, implantée en Allemagne, réservé un large à accueil aux patients français.

Après de multiples concertations, il a été décidé de rendre possible l'existence d'une offre de psychiatrie privée, complémentaire de l'offre publique. La définition de l'offre elle-même résulte d'un travail ayant associé les établissements de psychiatrie publique et notamment le Centre Psychothérapique de Nancy, l'offre privée devant respecter un cahier des charges exigeant :

- complémentarité et partenariat avec l'offre de soins publique ;
- prise en compte des obligations de service public telles que la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (notamment les soins psychiatriques à la demande d'un tiers). Cette prise en charge sera également garante d'hospitalisations justifiées par la gravité d'une pathologie lorsqu'une prise en charge ambulatoire est impossible ;
- un nombre de lits adaptés aux besoins pour la psychiatrie générale (à partir de 16 ans et qui inclut donc les adolescents) et des places en hôpital de jour déjà inscrites dans le SROS, soit 80 lits et 20 places ;
- un conventionnement en secteur 1, l'offre privée devant avoir une dimension régionale et ne pas comporter de secteur psychiatrique dédié ni de service d'urgences psychiatriques.

Le territoire de santé retenu pour cette offre complémentaire est la Meurthe et Moselle (54). L'implantation de la structure prendra en compte un lieu où il n'existe pas d'unité d'hospitalisation et géographiquement bien desservi par les transports (Le Toulois).

La population cible concernera les 16-25 ans et les personnes âgées sans indication spécifique d'orientation afin de garantir le partenariat avec le service public.

Chaque acteur, qu'il soit public, privé ou associatif, a sa place dans la mise en œuvre coordonnée d'une stratégie publique. C'est à cette logique d'offre plus complète et plus adaptée que répond l'apparition d'une offre psychiatrique privée.

Vous observerez que ces dispositions préfigurent d'une certaine manière le concept de service territorial de santé au public (STSP) qu'attend la population.