

[PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2027

État de santé de la population
et état de l'offre
de la région Grand Est

SYNTHÈSE

Avril 2017



tous ensemble pour votre santé



Introduction

// Le projet régional de santé, un outil stratégique de la politique régionale de santé

Le projet régional de santé (PRS) constitue l'outil stratégique de la politique régionale de santé des agences régionales de santé (ARS). Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre (art. L1434-1 du code de la santé publique (CSP)).

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a remanié le PRS afin qu'il soit prospectif, plus transversal et davantage opérationnel que le PRS de première génération 2012-2017. Ainsi, le nouveau PRS 2018-2027, qui sera adopté au 1^{er} janvier 2018, sera composé :

- **D'un cadre d'orientation stratégique à 10 ans (COS)** : il s'inscrit dans une dimension prospective et vise, autant que possible, à prendre en compte les évolutions / innovations technologiques, thérapeutiques, organisationnelles majeures de nature à modifier profondément le paysage régional de la santé dans les 10 ans à venir et à générer des évolutions en matière de pratiques professionnelles, de comportements des patients, d'organisation et de modalités de leur prise en charge.
- **D'un seul et unique schéma régional de santé à 5 ans (SRS)** à vocation transversale : il couvre les secteurs sanitaire, médico-social, de la médecine de proximité et de la prévention. Il induit, de fait, une approche par parcours de santé populationnel (parcours des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants-adolescents, ...) ou par pathologie (parcours cancer, santé mentale...). Il intègre les éléments opposables de planification de l'offre (en particulier les implantations des activités de soins, des équipements matériels lourds soumis à autorisation et les implantations relatives aux laboratoires de biologie médicale).
- **D'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)** à 5 ans.

// Un diagnostic basé sur une évaluation des besoins

L'élaboration du SRS doit se fonder sur une évaluation des besoins (art. R.1434-4 du CSP). A cette fin, l'ARS effectue un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins, y compris celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques publiques. Le diagnostic tient compte notamment :

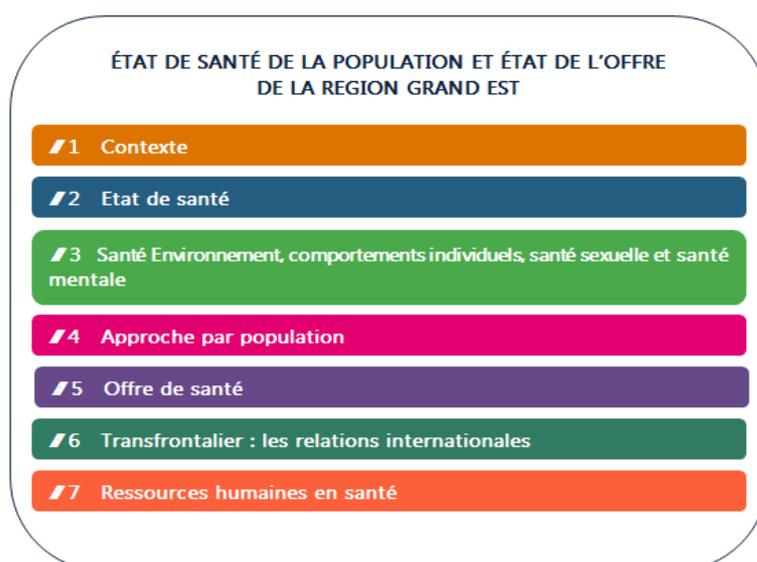
- De la situation démographique et épidémiologique ainsi que des perspectives d'évolution ;
- Des déterminants de santé et des risques sanitaires ;
- Des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- De la démographie des professionnels de santé et de sa projection ;
- Des évaluations des projets régionaux de santé antérieurs.

// Une évaluation des besoins basée sur un état des lieux de l'état de santé de la population et l'état de l'offre de santé en région Grand Est

L'ARS Grand Est, avec le concours des observatoires régionaux de la santé d'Alsace et de Lorraine, a entrepris la réalisation d'un état des lieux régional sur l'état de santé de la population et de l'offre de santé en Grand Est. Il constitue un outil de travail visant à favoriser l'appropriation et le partage collectifs des enjeux de santé par les acteurs qui la composent et contribuer à l'élaboration du PRS. Quant aux parcours, l'analyse de ces derniers résultera des travaux des groupes de travail mis en place pour l'élaboration du SRS.

Cet état des lieux comporte 7 volets détaillés :

- Volet 1 : Le contexte détaillant la situation démographique et socio-économique ;
- Volet 2 : L'état de santé de la population : mortalité ; déterminants de santé ;
- Volet 3 : La santé liée à l'environnement et les risques sanitaires, les comportements individuels, la santé sexuelle et la santé mentale ;
- Volet 4 : L'approche par population : santé maternelle et infantile ; enfants, adolescents et jeunes adultes ; personnes handicapées ; personnes âgées ; prise en charge des personnes détenues ;
- Volet 5 : L'état de l'offre en santé : sanitaire ; médico-sociale ; permanence de soins ambulatoires et dispositifs de coordination ; prévention ; télémédecine ;
- Volet 6 : La coopération transfrontalière ;
- Volet 7 : Les ressources humaines en santé : professions médicales et paramédicales, formation.



// Une synthèse des principales caractéristiques de l'état des lieux

Le présent document synthétise les principales caractéristiques de l'état des lieux :

- Le contexte territorial, démographique, social et économique ;
- L'état de santé de la population de la région Grand Est en termes d'espérance de vie, de taux de mortalité et de ses principales causes de décès, du poids des maladies chroniques...
- L'état de l'offre de santé dans l'ensemble des champs qui la compose : offre de santé de proximité, offre en matière de prévention, offre de soins sanitaire et enfin offre médico-sociale ;
- Deux focus particuliers sur la télémédecine et la coopération transfrontalière ;
- Et enfin, les chiffres clefs sur les dépenses de santé de la région Grand Est.

Sommaire

//1 LE CONTEXTE TERRITORIAL, DÉMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL	6
//1.1 Un territoire au cœur de l'Europe.....	6
//1.2 Le contexte démographique.....	7
//1.3 La situation socio-économique en région Grand Est.....	8
//1.4 L'environnement, qualité des eaux, de l'air et accidents du travail.....	10
//2 L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	12
//2.1 Une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale	12
//2.2 Une mortalité générale et prématurée élevée, marquée par d'importantes inégalités territoriales	12
//2.1 Des maladies chroniques au poids croissant	15
//2.2 Une attention à porter à d'autres problèmes de santé.....	16
//2.3 Focus sur les comportements à risque en matière de nutrition et de tabagisme	17
//3 L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ.....	19
//3.1 L'offre sanitaire	19
//3.2 L'offre médico-sociale.....	25
//3.3 L'offre de soins de proximité.....	30
//3.4 Biologie médicale, une offre très inégalement répartie sur le territoire du Grand Est...	41
//4 LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION	42
//4.1 Les acteurs au niveau régional	42
//4.2 Les acteurs au niveau infrarégional	43
//4.3 Exemples d'actions / interventions en prévention et promotion de la santé menées en région Grand Est	44
//5 LA TÉLÉMÉDECINE	46
//5.1 Les actions menées dans les 5 domaines prioritaires nationaux	46
//5.2 Les autres activités de télémédecine	48
//6 LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE.....	49
//7 DÉPENSES DE SANTÉ.....	51
//7.1 Des dépenses de santé en Grand Est de près de 16,7 Md€	51
//7.2 4,1 Md€ de dépenses de santé financées par l'ARS	53

// 1 LE CONTEXTE TERRITORIAL, DÉMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

// 1.1 Un territoire au cœur de l'Europe

La région Grand Est compte 5,5 millions d'habitants soit 8,8% de la population française. Elle devient ainsi la 6^e région la plus peuplée de France. Elle se compose de 10 départements, 8 aires urbaines de plus de 100 000 habitants dont une métropole, et un total de 5 197 communes. Avec une superficie de 57 433 km², la région Grand Est représente 10,5% du territoire français. Sa surface est aussi vaste que deux fois la Belgique ou 1,4 fois la Suisse.

Constituant l'angle Nord-Est de l'hexagone, la région est encadrée par la Bourgogne-Franche-Comté au sud, l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais-Picardie à l'ouest. Elle est limitrophe de la Belgique et du Luxembourg au nord, de l'Allemagne au nord-est et à l'est, de la Suisse au sud-est. À l'est, elle est bordée par le Rhin, grand axe de la communication et des échanges économiques européens.

Ainsi elle se situe au cœur de l'Europe, et s'intègre pour partie dans la « grande dorsale européenne » qui concentre une grande part de la création de richesse et de flux de l'Europe occidentale.

Cette ouverture sur l'Europe est un atout majeur de la grande région de l'Est, et des programmes de coopération transfrontalière concernent d'ores et déjà les 3 régions qui la composent (Rhin-Supérieur pour l'Alsace, Grande-Région pour la Lorraine, Interreg France-Wallonie-Vlaanderen pour la Champagne-Ardenne).

Le Grand Est est la première région française pour l'importance des exportations dans le PIB, les exports représentant 38,4% de son PIB de 146 milliards d'euros, soit 56 millions d'euros (53% du PIB d'Alsace, 31% du PIB Lorraine, 28% de PIB Champagne-Ardenne). La région pèse pour près de 14% des exportations nationales.

De plus, le Grand Est est la région pour laquelle les investissements directs étrangers (IDE) ont le plus d'importance ; les trois ante-régions affichent une attractivité des investissements internationaux supérieurs à la moyenne française, en particulier grâce à la forte présence d'entreprises étrangères sur leur territoire.

Un autre aspect de cette ouverture est l'importance de la part de travailleurs frontaliers (160 000), en particulier en Lorraine et Alsace bien que la proportion tende à augmenter depuis 2006 en Champagne-Ardenne.

La région dispose d'un fort potentiel industriel, et représente plus de 10% de l'emploi industriel national. Les technologies de santé sont très présentes et le secteur emploie plus de salariés que la moyenne nationale (par exemple, pôle de compétitivité « Alsace-Biovalley »).

Le secteur agro-alimentaire ainsi que la filière bois sont deux autres points forts de l'industrie du Grand Est.

///1.2 Le contexte démographique

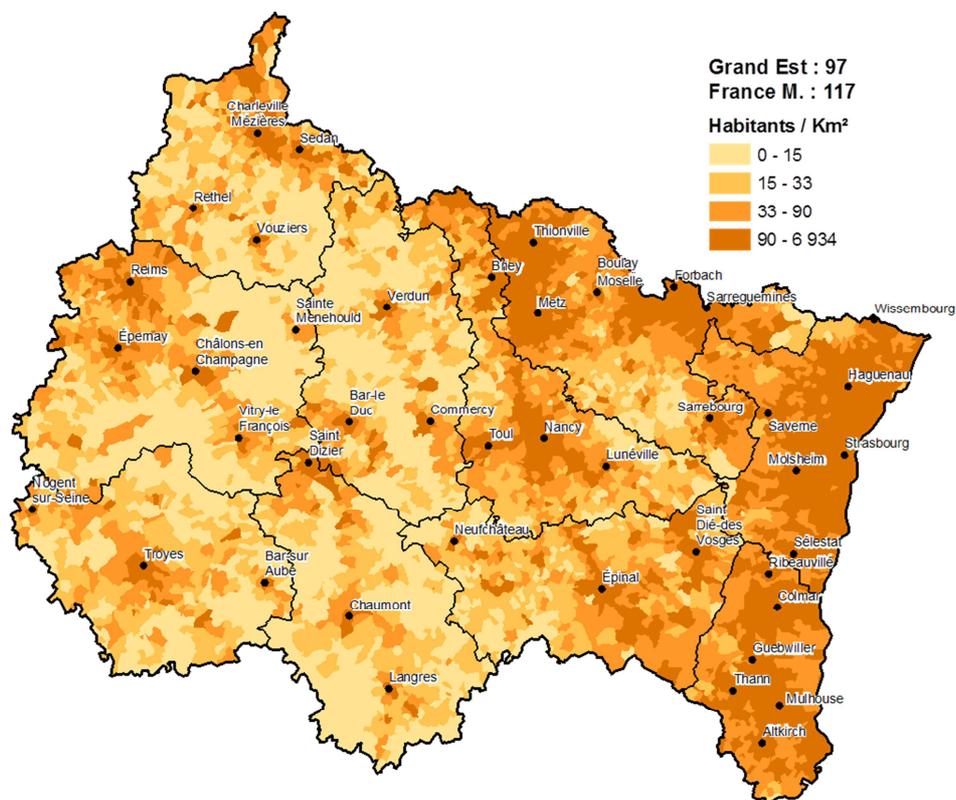
1.2.1 Une densité de population extrêmement hétérogène

Au 1^{er} janvier 2013, la région Grand Est compte 5,5 millions d'habitants. Avec 8,8% de la population métropolitaine, elle se positionne comme la 6^e région française en termes de population. Si la grande majorité de la population (71 %) est concentrée dans l'espace urbain, la région compte tout de même deux départements dont près de la moitié de la population vit en milieu rural (Meuse et Haute-Marne).

Avec 97 habitants / km², la région présente une densité de population inférieure à celle de la France métropolitaine (117 hab. / km²). D'importants contrastes existent au sein de la région : les densités de population varient du simple au septuple entre départements allant de 29 hab. / km² en Haute-Marne et à 233 hab./ km² dans le Bas-Rhin.

Cinq grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants, situées au cœur de grands bassins d'emploi, jouent un rôle structurant : Strasbourg, Metz, Nancy, Mulhouse (inscrites dans la mégalopole européenne) et Reims (qui fait partie du bassin parisien)

Figure 1 – Densité communale de population en 2013 par habitants au km²



Source : Insee – RP, Exploitation ORS.

1.2.2 Une population qui diminue dans quatre départements sur dix

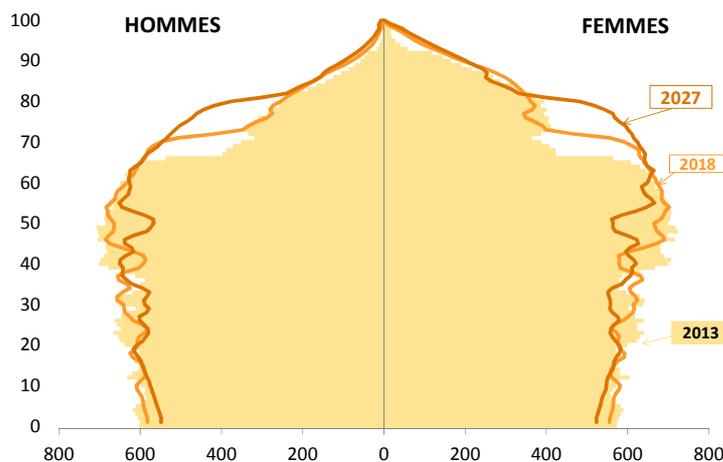
Entre 2006 et 2013, la population du Grand Est a augmenté de 0,16 % en moyenne annuelle, mais uniquement du fait d'un solde naturel positif (naissances supérieures aux décès), le solde migratoire étant lui négatif. L'évolution démographique est essentiellement portée par les départements alsaciens alors que quatre départements, la Haute-Marne, les Ardennes, la Meuse et les Vosges voient leur population diminuer.

1.2.3 Une population qui vieillit rapidement, un quart de la population aura plus de 65 ans en 2027

Bien que la population du Grand Est soit plus jeune que celle de la France métropolitaine, elle connaît un vieillissement rapide. Entre 2006 et 2013, l'effectif de personnes âgées de 85 ans ou plus a augmenté de 6,52 % en moyenne annuelle dans le Grand Est, soit près d'un point de plus que dans l'ensemble de la France métropolitaine. Cette évolution a été la plus importante dans les départements les plus jeunes tels que le Haut-Rhin et la Moselle.

D'ici 2027, si les tendances démographiques récentes se poursuivent, la population du Grand Est devrait continuer de croître, avec une évolution annuelle moyenne de +0,17 % entre 2013 et 2018, puis de manière moins marquée entre 2018 et 2027 (+0,10 %).

Figure 2 - Structure par âge de la population projetée du Grand Est en 2013, 2018 et 2027, en milliers *



* Projections démographiques de l'Insee (scénario central, modèle Omphale) à partir de la population par sexe et âge au 1er janvier 2007 et des tendances démographiques 1999-2007. Source : Insee - Projection Omphale, Exploitation ORS d'Alsace et de Lorraine.

Cette évolution serait la plus importante dans le Bas-Rhin avec une variation annuelle moyenne de +0,48 % entre 2013 et 2018 et de +0,39 % entre 2018 et 2027 et la plus faible en Haute-Marne (respectivement -0,45 % et -0,43 %). L'accroissement de la population du Grand Est devrait s'essouffler d'ici 2040. Ainsi, en 2027 près d'un quart de la population du Grand Est sera âgée de 65 ans ou plus contre 17% en 2013, alors que l'effectif de personnes de 85 ans ou plus va augmenter de façon modérée dans les prochaines années, pour croître très rapidement à compter de 2031.

// 1.3 La situation socio-économique en région Grand Est

1.3.1 Des richesses inégalement réparties

Avec un produit intérieur brut (PIB) régional de 144 milliards d'euros en 2013 soit 7,1 % de la richesse nationale, le Grand Est fait partie des régions dont la croissance économique ressent encore les effets de la crise économique et financière. De plus, la région présente une situation contrastée avec :

- L'Alsace, 2^e ante-région industrielle de France¹, dont le PIB régional rapporté à la population reste en 2013 dans le peloton de tête des ante-régions (4^e ante-région de France) ;
- La Champagne-Ardenne (4^e ante-région industrielle et 1^e ante-région agricole), qui, malgré une croissance économique moins dynamique que les autres anciennes régions du Grand Est, se situe dans la moyenne nationale (9^e ante-région) ;
- La Lorraine qui compte parmi les PIB régionaux par habitant les plus faibles de la France métropolitaine (20^e ante-région).

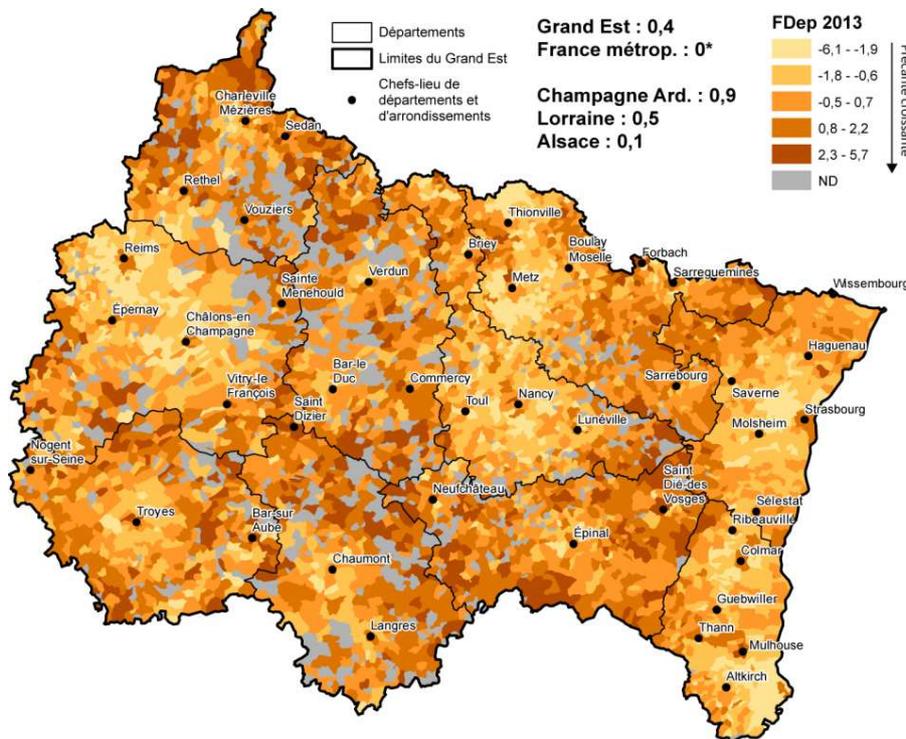
¹ En proportion d'emplois salariés au lieu de travail.

1.3.2 Des situations sociales défavorisées dans les grandes villes et les territoires les plus ruraux

Les grandes villes de la région (Mulhouse, Troyes, Schiltigheim, Strasbourg, Reims, Colmar, Châlons-en-Champagne, Metz et Épinal notamment) et les territoires les plus ruraux à savoir la Meuse et la Haute-Marne, mais aussi les Vosges et les Ardennes concentrent davantage de situations sociales défavorisées.

La proximité géographique du Grand Est avec des régions (Ile-de-France notamment) et pays économiquement plus dynamiques (Allemagne, Belgique, Luxembourg et Suisse) joue un rôle positif sur la situation sociale de certains de ses territoires. Ainsi on observe des situations plus favorables au sud du Haut-Rhin, territoire bénéficiant de sa proximité avec la Suisse, mais également en Lorraine dans l'ensemble du sillon lorrain, ainsi que dans l'Aube qui présente des frontières avec l'Ile-de-France et la Bourgogne-Franche-Comté.

Figure 3 – Indice de défaveur sociale en 2013



*Moyenne des valeurs communales pondérées par la population.

ND : Indice non disponible. Communes exclues de l'analyse (revenu médian non disponible pour le calcul de l'indice) Source : Insee – RP, FiLoSoFi, Exploitation ORS d'Alsace et de Lorraine.

Qu'est que l'indice de défaveur sociale Fdep ?

L'indice de défaveur sociale Fedp est construit à partir de 4 variables issues du recensement de la population 2013 (Insee) : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus non scolarisés, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian disponible par ménages fiscaux 2013 (disponible uniquement pour les communes de plus de 50 ménages et de plus de 100 habitants).

L'indice résulte de la première composante de l'analyse en composantes principales (ACP) conduite sur ces quatre variables. Il a été calculé à l'échelle communale pour l'ensemble des communes de France métropolitaine.

L'indice est corrélé négativement avec le revenu médian et le pourcentage de bacheliers, et positivement avec le pourcentage d'ouvriers et le taux de chômage. Ainsi, les valeurs les plus élevées du Fdep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite.

Source : Rey et al, 2009

1.3.3 Plus de familles monoparentales que la moyenne nationale

Le Grand Est compte davantage de familles monoparentales que la moyenne nationale. Un peu plus d'une famille sur cinq comprenant au moins un enfant de moins de 25 ans est monoparentale et plus de 80 % d'entre elles sont composées de femmes avec enfant(s).

1.3.4 Isolement des personnes âgées plus marqué à l'ouest de la région

L'isolement des personnes âgées touche notamment l'ouest de la région (Ardennes, Marne, Haute-Marne) où plus de 40 % des habitants âgés de 75 ans ou plus vivent seuls. Cette situation concerne en majorité des femmes qui, plus souvent touchées par le veuvage, habitent dans leur majorité seules à leur domicile.

/// 1.4 L'environnement, qualité des eaux, de l'air et accidents du travail

1.4.1 Des eaux de consommation et de baignade de bonne, voire d'excellente qualité

Selon les bilans annuels réalisés à partir des contrôles effectués par l'agence régionale de santé (bactéries, pesticides, nitrates, etc.) sur l'eau distribuée, en 2015, entre 97 % et 99 % de la population du Grand Est est desservie par une eau de consommation de bonne voire d'excellente qualité.

Toutefois des non-conformités sont encore repérées dans certaines zones, notamment en Haute-Marne, et en Meuse. Plus généralement, les eaux brutes de la ressource sont parfois de qualité médiocre et nécessitent des traitements importants en vue de leur distribution. De la même manière, les contrôles sanitaires des eaux de baignade de la région révèlent qu'en 2015, la quasi-totalité des zones a une qualité excellente. Pour autant, des pathologies peuvent être engendrées par la contamination des eaux de baignades par des paramètres non systématiquement recherchés lors des contrôles sanitaires (dermatite du nageur, leptospirose, etc.).

1.4.2 Une qualité de l'air extérieur préoccupante en proximité du trafic routier

Selon les estimations de Santé publique France, 3 900 décès pourraient être évités dans la région chaque année en améliorant la qualité de l'air. Le secteur routier, les industries manufacturières, la branche énergie, mais aussi les secteurs résidentiel et tertiaire sont les principaux émetteurs de polluants dans l'atmosphère. Parce qu'elles concentrent souvent un volume important de facteurs d'émission, les grandes agglomérations régionales sont les territoires au sein desquels les populations sont le plus exposées au risque de pollution atmosphérique. Globalement, l'indice synthétique de pollution (ATMO) calculé par les associations de surveillance de la qualité de l'air est plutôt favorable en 2015 pour les villes de plus de 100 000 habitants du Grand Est. Strasbourg compte tout de même, en 2015, un jour sur cinq de qualité de l'air médiocre à très mauvais, suivie de près par Mulhouse.

1.4.3 Près de 50 000 accidents du travail en 2015

S'il permet une insertion sociale et économique positive dans la société, le travail peut aussi être source de risques physiques et psychologiques pour la santé. Les facteurs de risques professionnels sont nombreux, leur surveillance épidémiologique est complexe et les dispositifs existants ne permettent pas toujours d'accéder à une information territorialisée.

En 2015, selon les données des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) couvrant le territoire du Grand Est, plus de 6 300 maladies professionnelles ont fait l'objet d'une première indemnisation et près de 48 000 accidents du travail ont été déclarés. La fréquence des accidents du travail varie selon le secteur d'activité, mais aussi selon la taille de l'entreprise (la fréquence des accidents est en moyenne plus faible dans les plus grandes entreprises).

Selon le secteur d'activité et la catégorie d'emploi, ce sont aussi les types de troubles qui varient. Ainsi, les résultats provenant de l'échantillon régional du dispositif EVREST (Evolution et Relations en Santé au Travail) montrent que l'exposition au bruit, aux vibrations, etc. ainsi que les troubles ostéo-articulaires sont plus fréquents pour les ouvriers. À l'inverse, une plus grande proportion de cadres déclare être exposée à une forte pression psychologique.

Enfin, les femmes salariées semblent davantage concernées par des troubles liés à l'exercice professionnel, qu'il s'agisse de troubles ostéo-articulaires comme de troubles neuropsychologiques.

/// 2 L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

/// 2.1 Une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale

En 2012, l'espérance de vie à la naissance, dans la région Grand Est, s'établit à 80,8 ans, soit un an de moins que l'espérance de vie pour l'ensemble de la France. Dans les conditions de mortalité de 2016, une femme vivrait en moyenne 85,4 ans et un homme 78,5 ans. On observe d'importantes inégalités territoriales, l'Alsace présentant une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale pour les hommes et des espérances de vie plus faibles dans les départements des Ardennes, de l'Aube, de la Marne, de la Haute-Marne.

L'analyse de la mortalité générale et prématurée, décomposée par pathologie, permet d'apporter des éclairages sur cette différence.

/// 2.2 Une mortalité générale et prématurée élevée, marquée par d'importantes inégalités territoriales

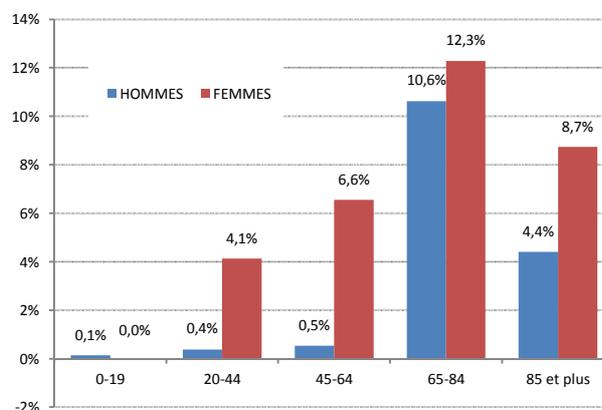
2.2.1 Une mortalité générale supérieure à la moyenne nationale, particulièrement pour les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans et des inégalités territoriales marquées

Comme dans l'ensemble de la France, les conditions de santé dans le Grand Est ont continué à s'améliorer depuis le début des années 2000. Cette évolution est visible, dans la région, au travers notamment du taux comparatif de mortalité qui a diminué de 20 % entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013, soit une baisse équivalente à celle observée en France métropolitaine.

Pour autant, la mortalité dans le Grand Est reste aujourd'hui encore supérieure de près de 8 % à la mortalité française², et cet écart diminue peu dans le temps.

Plus spécifiquement, les écarts les plus importants entre mortalité régionale et nationale s'observent chez les femmes (+9 %) et chez les personnes âgées entre 65 et 84 ans (+11 %). Avant 65 ans, la mortalité des hommes à l'échelle de la région n'est en revanche pas significativement différente de celle de l'ensemble des Français.

Figure 4 – Ecart à la mortalité française par tranche d'âge dans la région Grand Est entre 2011 et 2013

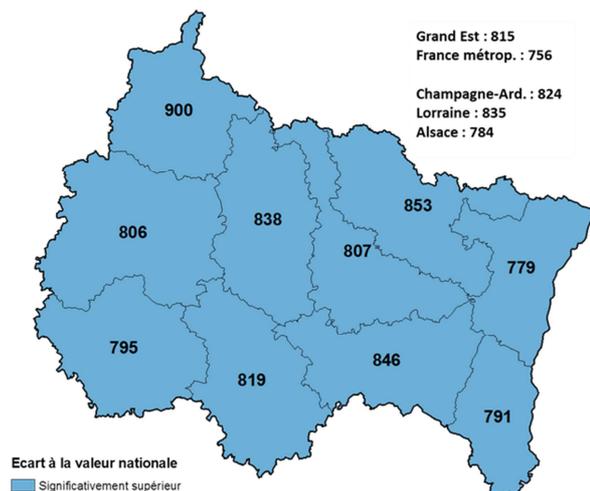


² Dans l'ensemble du document lorsque l'on fait référence à une valeur française ou nationale, il s'agit toujours de la France métropolitaine.

Source : Inserm CépiDC, Insee - exploitation ORS

Ce contexte défavorable concerne l'ensemble des départements de la région qui présentent tous un taux comparatif de mortalité générale supérieur à la moyenne nationale. Pour autant d'importantes disparités territoriales existent. Le taux de mortalité générale varie effectivement de 779 décès pour 100 000 habitants dans le Bas-Rhin à 900 dans les Ardennes.

Figure 5 – La mortalité générale par département dans le Grand Est (2011-2013), taux standardisé pour 100 000 habitants



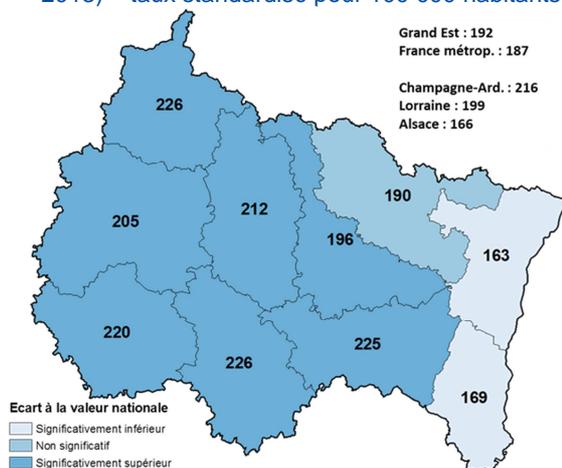
Source : Inserm CépiDC, Insee - exploitation ORS

2.2.2 Une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale et des inégalités territoriales marquées

Pour la mortalité dite prématurée, c'est-à-dire les décès avant 65 ans, les écarts sont encore plus marqués, les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin et, dans une moindre mesure, de la Moselle, présentent une situation favorable comparativement au reste du territoire régional, avec un taux de mortalité prématurée significativement supérieure au taux national dans les 7 autres départements.

Ces disparités géographiques constituent un fait majeur et se retrouvent également au sein des départements et des grandes agglomérations. Même dans les départements qui présentent des indicateurs plus favorables, la situation sanitaire de certains territoires et quartiers est préoccupante.

Figure 6 – La mortalité prématurée par département dans le Grand Est (2011-2013) – taux standardisé pour 100 000 habitants



Source : Inserm CépiDC, Insee - exploitation ORS

2.2.3 Les principales causes de décès

Dans la région Grand Est, la hiérarchie des principales causes de décès est proche de ce qui est observé au niveau national. En revanche, pour la plupart des pathologies, la mortalité régionale est plus élevée qu'en France métropolitaine. Les principales causes de décès sont les cancers et les maladies cardio et neurovasculaires qui expliquent plus de 53% de décès annuels.

Tableau 1 – Les principales causes de décès dans la région Grand Est (2011-2013)

	Décès annuel moyen Nombre	Part dans l'ensemble des causes	Ecart Grand Est / France métropolitaine	Mortalité 2000-2002/ 2013	évol. 2011-	% décès prématurés (avant 65 ans)
Toutes causes de décès	49 230		+ 8%	-20%		20%
Cancers	13 788	28%	+ 5%	-15%		28%
Maladies cardio-neurovasculaires	12 464	25%	+ 10%	-37%		10%
Maladies de l'appareil respiratoire	3 358	7%	+ 14%	-18%		9%
Causes externes de mortalité	3 099	6%	+ 0%	-24%		43%
Maladies du système nerveux	2 786	6%	- 2%	19%		10%
Diabète (1)	4 011	8%	+ 41%	-8%		12%

(1) Diabète en cause principale de décès, en cause associée de décès ou en comorbidité

Source : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS

▪ Les cancers, première cause de mortalité

Comme dans l'ensemble de la France métropolitaine, les cancers représentent au niveau régional la principale cause de mortalité et de mortalité prématurée (28 % de décès prématurés). Le Grand Est est la troisième région de France présentant le taux de mortalité par cancer le plus élevé. Toutefois, la mortalité par cancer diminue mais assez lentement (-15 % entre 2000-2002 et 2011-2013). À fin 2014, ce sont également près de 205 000 personnes qui sont couvertes par une ALD pour cancer dans le Grand Est.

La trachée, les bronches et les poumons constituent la première localisation cancéreuse en termes de nombre de décès. Pour ce type de cancer, la mortalité est même en augmentation chez les femmes dans le Grand Est comme en France, bien que les hommes restent plus atteints tant en ce qui concerne la mortalité que la morbidité. Toutefois les cancers de la prostate et du sein sont ceux pour lesquels les prévalences des ALD sont les plus élevées respectivement chez les hommes et les femmes. Pour l'ensemble des cancers, seuls trois départements de la région ne présentent pas une mortalité supérieure à la valeur pour la France métropolitaine. Il s'agit de la Haute-Marne, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin.

▪ Les maladies cardio-neurovasculaires, deuxième cause de mortalité

Les maladies cardio-neurovasculaires constituent la 2^e cause de mortalité dans la région comme au niveau national ; elles sont aussi la 1^e cause chez les femmes et chez les personnes de plus de 65 ans.

Depuis le début des années 2000, la mortalité liée à ces pathologies diminue fortement (-37 %) et plus rapidement qu'en France métropolitaine. La surmortalité régionale reste néanmoins élevée notamment chez les femmes (+14% contre +6% chez les hommes) et concerne particulièrement les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et les troubles du rythme. Les données ALD et d'hospitalisations confirment la prévalence élevée dans la région de ces maladies (près de 319 000 patients en ALD à fin 2014).

Dans l'Aube, la Marne, la Haute-Marne et la Meurthe-et-Moselle, il n'est pas enregistré de surmortalité pour cet ensemble de pathologies, comparativement à la valeur nationale. Dans l'Aube et la Marne, les taux de prévalence ALD et de patients hospitalisés sont également significativement inférieurs aux taux français.

- **Les maladies de l'appareil respiratoire présentent une surmortalité très supérieure à la moyenne nationale**

Il existe aussi dans la région une surmortalité importante pour les maladies de l'appareil respiratoire, supérieure de 14% à la moyenne nationale. Pour cet ensemble de pathologies, la diminution de la mortalité observée dans le Grand Est depuis le début des années 2000 (-18%) est inférieure à celle enregistrée dans l'ensemble de la France métropolitaine. La situation du Grand Est est donc défavorable et l'écart se creuse avec le reste de la France. Le sillon Lorrain et les Ardennes présentent les situations les plus préoccupantes.

- **Un taux de mortalité lié au diabète le plus élevé de France**

Le Grand Est est la région de France qui connaît la plus forte mortalité liée au diabète. Chaque année, dans la région, entre 2011 et 2013, plus de 4 000 décès sont liés à cette pathologie chronique (diabète en cause principale de décès, cause associée et comorbidité) pour laquelle 263 615 personnes sont inscrites en affections longue durée (ALD) fin 2014. La mortalité liée au diabète et la prévalence des ALD sont supérieures aux valeurs nationales dans les dix départements du Grand Est.

L'insuffisance rénale peut être une conséquence du diabète. À fin 2014, le taux standardisé de prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse ou greffe est, dans le Bas-Rhin et la Meurthe-et-Moselle, significativement supérieur au taux pour la France métropolitaine.

- **Les autres causes de décès, les suicides, une problématique importante chez les adolescents et les jeunes adultes**

Les causes externes de mortalité sont à l'origine de près de 3 000 décès par année dans le Grand Est (1 décès sur 16). Si la mortalité régionale est comparable à la valeur métropolitaine et qu'elle baisse relativement rapidement (-24%), ces causes entraînent des décès très précoces (43 % de décès avant 65 ans) et sont par nature potentiellement évitables. Il s'agit principalement d'accidents de la vie courante (58 % de ces décès), de suicides (27 %) et, dans une moindre mesure à présent, d'accidents de la circulation (9 %).

À l'échelle régionale, la mortalité par suicide est proche de ce qui est observé dans l'ensemble de la France métropolitaine. Pour autant, depuis le début des années 2000 la mortalité liée aux suicides n'a diminué que de 8 % dans la région contre 16 % à l'échelle nationale. Le suicide constitue une problématique importante, notamment pour les adolescents et les jeunes adultes. Si les décès par suicide ne représentent qu'un décès sur 60 dans l'ensemble de la population, ils sont la première cause de décès entre 20 et 29 ans (près d'un décès sur 5). Les tentatives de suicide sont également nombreuses à l'adolescence, notamment chez les jeunes filles entre 10 et 19 ans (environ 780 patientes de 10 à 19 ans ont été hospitalisées annuellement entre 2013 et 2015 dans le Grand Est pour ce motif, soit un taux près de deux fois plus élevé que pour l'ensemble de la population féminine).

/// 2.1 Des maladies chroniques au poids croissant

2.1.1 Les pathologies maladies cardio-vasculaires, diabète et tumeurs représentent près de 70% des affections de longue durée

Les affections de longue durée (ALD) permettent d'avoir une idée du nombre minimum de personnes atteintes de maladies chroniques. Au 31 décembre 2014, près de 1 137 000 habitants du Grand Est étaient en ALD, soit, un taux standardisé sur l'âge de près de 20 000 pour 100 000 habitants (taux supérieur de 2% à la valeur nationale). Ce taux standardisé est plus faible dans les Vosges (17 267) et dans l'Aube (17 396) et plus élevé dans le Bas-Rhin (23 133).

En région Grand Est, comme en France métropolitaine, une personne sur dix est en ALD entre 40 et 44 ans, plus d'une sur deux entre 65 et 69 ans et la quasi-totalité de la population à partir de 90 ans. La région se distingue néanmoins par des prévalences inférieures à ce qui est observé dans l'ensemble de la France métropolitaine avant 55 ans et supérieures après cet âge.

Ces 5 dernières années (2010-2014), la part de la population couverte par une ALD est passée de 17 % à plus de 20 % sous l'effet de différents facteurs : vieillissement, amélioration du dépistage et de la sensibilisation du corps médical, progression de la prévalence des pathologies.

Tableau 2 – Les affections de longue durée (ALD) pour les grandes pathologies dans le Grand Est

	PREVALENCE au 31 décembre 2014					INCIDENCE 2012-2014
	Effectifs			Taux standardisés		Effectifs annuels
	Nombres	Part	Evol. annuelle 2010-2014	Pour 100 000 hab.	Evol. annuelle 2010-2014	
Mal. cardio-neurovasculaires (ALD 1, 3, 5, 13)	318 953	28,1%	6,8%	5 411 (+)	4,9%	39 077
Diabète (ALD 8)	263 615	23,2%	5,1%	4 516 (+)	3,7%	23 627
Tumeurs (ALD 30)	204 655	18,0%	2,2%	3 521 (+)	0,8%	28 927
Troubles mentaux (ALD 23)	85 826	7,5%	5,9%	1 559 (-)	5,5%	8 478
Insuffisances respiratoires graves (ALD 14)	34 472	3,0%	4,6%	596 (-)	3,2%	4 188
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)	29 393	2,6%	5,1%	479 (-)	1,5%	6 128
Autres affections	199 980	17,6%	3,8%	3 567 (-)	3,0%	17 708
Total	1 136 894	100%	4,8%	19 649 (+)	3,3%	128 133

(+) ; (-) : le taux est significativement supérieur ou inférieur à la valeur pour la France métropolitaine ;
Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Exploitation ORS

2.1.2 Une région particulièrement touchée par l'obésité chez les adultes

Dans la région, il est observé une situation plutôt défavorable en matière d'obésité des adultes. En 2012, les trois ante-régions du Grand Est se positionnent dans le premier tiers des régions les plus touchées par l'obésité des personnes de 18 ans et plus (taux de prévalence entre 17 % et 21 % contre 15 % en France). De plus, la Champagne-Ardenne et l'Alsace sont, avec la région parisienne, les ante-régions qui connaissent les plus fortes augmentations en 15 ans³.

Le taux de surpoids et obésité des enfants de 6 ans est en revanche comparable à la moyenne nationale (15,4 % ; source : enquête nationale de la Drees), ce qui résulte d'une diminution plus rapide qu'en France depuis le début des années 2000 en Alsace et Lorraine. Des analyses menées en Lorraine (auprès des enfants de 6 ans) et en Alsace (auprès des élèves de 6^e) à partir des informations recueillies par les médecins et infirmiers scolaires mettent en exergue la très grande variabilité infra-régionale de la problématique du surpoids et de l'obésité.

/// 2.2 Une attention à porter à d'autres problèmes de santé

2.2.1 Un taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse légèrement inférieur à la valeur nationale

Entre 2013 et 2015, en moyenne chaque année, 13 822 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été réalisées chez des femmes de 15 à 49 ans dans la région, ce qui représente un taux standardisé de recours (11,4 pour 1 000) légèrement inférieur au taux observé en France métropolitaine (12,3).

Le Grand Est se caractérise par de plus faibles taux de recours à l'IVG qu'au niveau national des femmes enceintes de moins de 25 ans et de plus forts taux à compter de 30 ans.

2.2.2 Les maladies infectieuses, un plus faible taux standardisé de prévalence d'ALD pour le VIH/Sida

³ source : enquêtes ObEpi Roche

À fin 2014, un peu plus de 5 000 personnes dans le Grand Est sont bénéficiaires d'une ALD pour une affection VIH/Sida. La région Grand Est présente ainsi le plus faible taux standardisé de prévalence d'ALD pour le VIH/Sida mais les disparités géographiques sont importantes : le taux standardisé de bénéficiaires de l'ALD variant de 46,3 pour 100 000 en Meuse à 126,6 dans l'Aube. Dans la région, près de 300 personnes découvrent leur séropositivité chaque année (2012-2014).

Par ailleurs, 332 cas de tuberculose sont également déclarés en moyenne chaque année (2012-2014) dans le Grand Est, 157 cas de légionelloses et 37 d'infections invasives à méningocoques.

2.2.3 Les maladies vectorielles : la borréliose de Lyme fortement répandue dans la région Grand Est

Parmi les maladies vectorielles (transmises à l'homme par des arthropodes hématophages de type insectes ou acariens), la borréliose de Lyme est fortement répandue dans la région Grand Est. Selon les estimations réalisées par le Réseau Sentinelles, le taux d'incidence régionale de la borréliose de Lyme pourrait être deux fois supérieur à la valeur moyenne métropolitaine.

En 2016, aucun cas autochtone de dengue, zika ou chikungunya dans la région Grand Est n'a été observé, mais quelques cas importés ont été enregistrés. Le département du Bas-Rhin est, depuis 2015, classé en niveau de surveillance renforcée (niveau 1) en raison de l'implantation du moustique tigre ce qui a probablement engendré une hausse substantielle de déclarations de cas d'arboviroses.

Par ailleurs, certaines zoonoses sont plus présentes (nombre de cas incidents) dans quelques zones identifiées en région Grand Est. Ainsi, le taux d'incidence annuel de leptospirose dans le département des Ardennes est plus élevé que la moyenne métropolitaine. De même, des cas de fièvre hémorragique avec syndrome rénal sont plus particulièrement localisés dans le massif des Ardennes.

/// 2.3 Focus sur les comportements à risque en matière de nutrition et de tabagisme

2.3.1 Des comportements en matière de nutrition et activité physique éloignés des recommandations

Peu d'études permettent de questionner les comportements en matière de nutrition, d'activité physique et sédentarité au sein de la région et de ses territoires.

En Alsace, quelques études menées chez les adolescents et les enfants permettent toutefois de montrer le décalage entre comportements individuels et recommandations. Elles mettent en évidence que des clivages importants existent selon le sexe, l'âge (augmentation des comportements défavorables de la 6^e à la 3^e) ou encore le lieu d'habitation (indicateurs dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville plus défavorables qu'ailleurs).

2.3.2 Une prévalence du tabagisme plus élevée dans la région

En 2014, la région Grand Est affiche le taux régional de prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans le plus élevé par rapport à la moyenne nationale. La baisse de cette prévalence enregistrée en France entre 2010 et 2014 n'a effectivement pas été observée dans la région.

Dans les trois ante-régions, si les niveaux de consommation de substances psychoactives des adultes (Baromètre santé 2010) et des jeunes de 17 ans (Escapad 2014) sont globalement comparables aux moyennes nationales, quelques différences sont néanmoins observées :

- L'Alsace affiche, pour les adultes comme pour les jeunes, une situation plus favorable concernant l'usage du tabac et l'usage du cannabis,
- La Lorraine présente une situation plus favorable chez les adultes concernant l'usage quotidien d'alcool et l'usage régulier du cannabis,

- En Champagne-Ardenne, la consommation régulière de l'alcool est plus importante chez les jeunes de 17 ans.

Par ailleurs, chez les collégiens, selon l'enquête HSBC Alsace 2014, l'expérimentation des substances psychoactives augmente largement avec l'âge (de 37 % à 70 % entre la 6^e à la 3^e).

Enfin, dans la région Grand Est, 20 787 personnes (dont 77 % concerne les hommes) ont bénéficié d'au moins un remboursement de traitement de substitution aux opiacés (TSO) au cours de l'année 2015. Ceci représente un taux comparatif de 472 pour 100 000 assurés des caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) de région Grand Est. Ce taux varie du simple au double entre la Marne (354 pour 100 000 assurés) et le département voisin de la Haute-Marne (782 pour 100 000 assurés).

/// 3 L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ

/// 3.1 L'offre sanitaire

3.1.1 L'offre hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En 2015, la région Grand Est dispose de 154 établissements MCO qui totalisent 22 606 lits et places (20 007 lits et 2 599 places). 84% de ces établissements ont moins de 250 lits et places. 59 établissements de moins de 50 lits et places regroupent un total de 1 058 lits et places tandis que les 9 établissements de plus de 500 lits et places cumulent un total de 9 317 lits et places.

- **Une offre de soins hospitalière MCO en diminution mais toujours supérieure à la moyenne nationale**

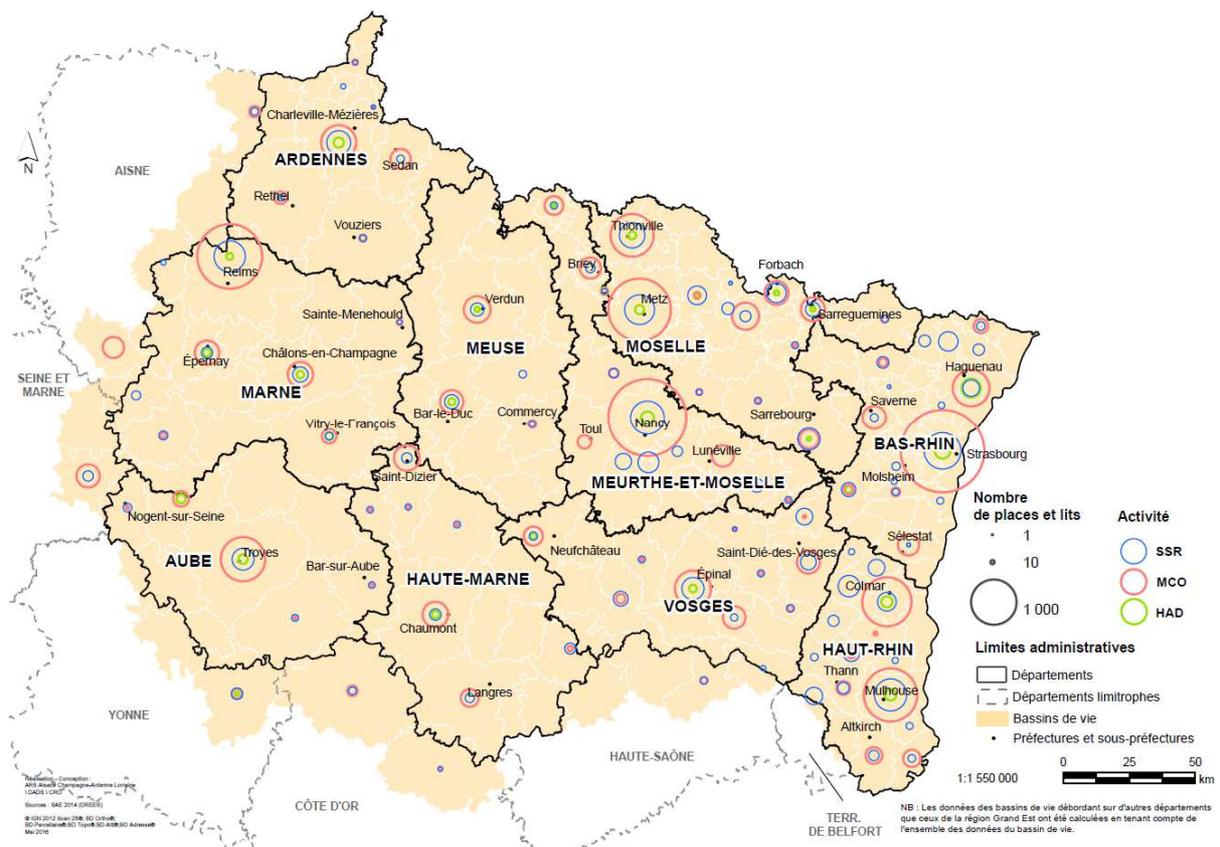
Sur la période 2010-2015, en lien avec les réorganisations de l'offre de soins, le taux d'équipement MCO global a enregistré une diminution de 6,4%. Cette tendance a concerné les activités de chirurgie (-12,8%) et d'obstétrique (-14,1%) tandis que le taux d'équipement de médecine est resté globalement stable (-0,7%). Cette baisse du taux d'équipement est à mettre en lien avec une diminution significative du nombre de lits d'hospitalisation complète (-8,4%), non compensée par la hausse concomitante (+12,2%) du nombre de places (hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire).

Malgré cette évolution à la baisse, la région Grand Est présente en 2015 un taux d'équipement de 4,1 lits et places pour 1000 habitants, une valeur supérieure de 9% à celle observée en France métropolitaine. Cette situation, qui s'observe dans tous les départements à l'exception des Ardennes et de la Meuse, est essentiellement attribuable à un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale en hospitalisation complète, à la fois en médecine (2,1 lits/1000 hab. contre 1,9 lits en France métropolitaine) et en chirurgie (1,2 lit/1000 hab. contre 1,1 en France métropolitaine). En obstétrique, le taux d'équipement (0,7 lit/1000 femmes de plus de 15 ans) est comparable à la moyenne nationale. En hospitalisation de jour en revanche, le taux d'équipement est comparable à la moyenne nationale en médecine et légèrement inférieur en chirurgie.

Le nombre de lits d'hospitalisation complète MCO pour 1000 habitants est hétérogène selon les départements avec en 2015 un minimum de 2,9 lits pour les Ardennes et un maximum de 4,4 lits pour la Meurthe-et-Moselle.

- Cette hétérogénéité se retrouve en médecine, avec des taux d'équipement inférieurs à 2 lits / 1 000 hab. dans les Ardennes et l'Aube tandis que la Marne, la Haute-Marne et la Meurthe-et-Moselle apparaissent comme les départements les mieux dotés
- Taux hétérogènes également en chirurgie, avec moins de 1 lit pour 1000 habitant dans les Ardennes, la Meuse et la Moselle et des taux d'équipement qui atteignent 1,5 voire 1,7 lit pour 1 000 habitants en Haute-Marne et en Meurthe-et-Moselle
- En obstétrique, le taux d'équipement varie de 0,5 lit dans les Ardennes à 0,9 lit dans le Haut-Rhin (pour 1 000 femmes de 15 ans et plus).

Figure 7 – Offre MCO, SSR et HAD par bassin de vie au 31/12/2014



■ Une structuration des maternités qui reste un point de vigilance pour les petites structures

La région Grand Est comprend 47 maternités en octobre 2015:

- 20 maternités de type I qui disposent d'une unité d'obstétrique. Elles prennent en charge les grossesses normales.
- 22 maternités de type II qui disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. On distingue les maternités de type IIa qui possèdent une unité de néonatalogie sans soins intensifs (au nombre de 12) et les maternités de type IIb avec soins intensifs (au nombre de 10). Ces maternités peuvent prendre en charge les grossesses à risque modéré et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière mais sans soins en réanimation.
- 5 maternités de type III qui disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Elles prennent en charge les grossesses à haut risque et les nouveaux nés présentant des détresses graves.

L'offre en maternité est complétée par 12 centres périnataux de proximité (sur 13 sites) qui proposent des consultations d'obstétrique, des séances de préparation à la naissance, et les soins du *post partum* à la sortie de la maternité, et 2 maisons de naissance, ouvertes en 2016 à titre expérimental, qui permettent un accouchement sans hospitalisation.

En 2016, 8 maternités présentent des niveaux d'activité faibles, avec moins de 500 accouchements, dont 1 avec moins de 300 et 2 entre 300 et 350 accouchements.

- **Malgré une évolution limitée sur la période 2011-2015, le Grand Est demeure la 3ème région française en termes de recours aux séjours MCO en 2015**

Avec près de 280 séjours pour 1 000 habitants, la région Grand Est présente en 2015 un taux de recours supérieur de 2% à la moyenne nationale et se positionne juste derrière les régions Hauts de France et PACA au classement des 17 régions françaises par ordre décroissant de taux de recours. Sur les 10 départements du Grand Est, 6 affichent un niveau de recours supérieur de plus de 5% à la moyenne nationale et 4 présentent un niveau de consommation proche ou légèrement en deçà de cette dernière.

Le niveau de recours aux séjours MCO est principalement attribuable à l'activité de médecine pour laquelle le Grand Est se caractérise en 2015 par un taux de recours supérieur de 8% à la moyenne nationale, malgré une baisse significative (-3,1%) sur la période 2011-2015. Seules l'Aube et la Marne présentent des taux de recours légèrement inférieurs à la moyenne nationale. Les 8 autres départements de la région présentent tous un taux de recours plus élevé, dépassant la moyenne nationale jusqu'à 25% pour les Ardennes.

En ce qui concerne les séjours chirurgicaux, l'évolution contenue du taux de recours sur la période 2011-2015 (+1,2%), conduit celui-ci à un niveau proche de la moyenne nationale en 2015. Ce constat concerne la majorité des départements, seules la Meuse, la Meurthe-et-Moselle et la Haute-Marne présentant en 2015 des taux de recours supérieurs de plus de 5% à la moyenne France entière.

Les activités dites « peu invasives » (endoscopies digestives notamment) sont celles qui ont vu leur taux de recours augmenter de la manière la plus dynamique entre 2011 et 2015 (+13,8%). Avec 45 séjours pour 1000 habitants, le taux de recours demeure toutefois inférieur de 4% à la moyenne de la France entière en 2015. Ce positionnement concerne 7 départements sur 10, les niveaux de consommation les plus faibles concernant le Haut-Rhin et la Haute-Marne qui, avec des taux de recours inférieurs de 18% et 21% à la moyenne nationale, occupent respectivement la 85^e et la 92^e place au classement des 100 départements français par ordre décroissant de taux de recours.

A l'inverse, le taux de recours aux séjours obstétricaux a diminué de près de 6% entre 2011 et 2015. Avec 17,9 séjours consommés pour 1000 habitants, il s'établit 5% en deçà de la moyenne nationale en 2015.

3.1.2 Une offre en hospitalisation à domicile (HAD) présentant de très fortes disparités régionales et un niveau d'équipement à développer

En 2015, 31 structures juridiques proposent une offre d'hospitalisation à domicile pour un total de 1 078 places. Malgré la forte progression du taux d'équipement entre 2012 et 2015 (+16%), la région Grand Est se place en avant dernière position des régions avec 0,19 places pour 1000 habitants (moyenne nationale : 0,23 place).

On constate de fortes disparités départementales : la Moselle dispose de 0,13 place pour 1000 habitants contre 0,31 place pour la Haute-Marne. Les départements champardennais présentent globalement les taux d'équipement les plus élevés tandis que les départements alsaciens disposent d'une offre inférieure à la moyenne régionale ou nationale.

S'il a progressé de manière très dynamique entre 2011 et 2015 (+22,6% contre +16,4% au niveau national), le taux de recours à l'HAD, avec 50,3 journées consommées pour 1000 habitants en 2015, demeure inférieur de 28% à la moyenne France entière. La région Grand Est se positionne en 2015 au 15^{ème} rang au classement des 17 régions françaises par ordre décroissant de taux de recours, juste devant les régions Occitanie et Martinique. Cette situation de sous-recours concerne les 3 ante régions, l'Alsace étant celle qui présente en 2015 la valeur la plus faible, avec un taux de recours inférieur de 37% à la moyenne nationale, contre 28% pour la Lorraine et 18% pour la Champagne-Ardenne. A l'exception de l'Alsace dont le taux de recours a diminué entre 2011 et 2015, les 2 autres ante régions ont vu leur niveau de consommation croître de manière significative sur la période.

3.1.3 L'offre hospitalière de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2015, la région Grand Est dispose de 7 850 lits d'hospitalisation complète et de 1 181 places d'hospitalisation de jour, répartis sur 176 établissements.

Le taux d'équipement en SSR pour 1000 habitants est, à l'inverse du MCO, plus faible dans la région Grand Est (1,63 lits et places) qu'en France métropolitaine (1,80 lits et places). Cette situation se retrouve pour l'hospitalisation complète (1,41 pour la région Grand Est versus 1,63 au niveau national). En hospitalisation de jour en revanche, la région Grand Est enregistre un taux d'équipement supérieur (0,21) à la moyenne nationale (0,18). Ce taux d'équipement est extrêmement faible dans l'Aube, et dans une moindre mesure dans les Ardennes. Par type d'autorisation, la région Grand Est est mieux dotée que le niveau national pour les seuls SSR polyvalents. Pour l'ensemble des autres types d'autorisation, les taux d'équipement sont inférieurs à la moyenne nationale.

Le taux d'équipement global passe de 1,52 en 2010 à 1,63 en 2015, soit une progression de +7,1%. Bien que cette augmentation soit plus rapide que celle enregistrée au niveau national (+2,1%), le taux d'équipement de la région Grand Est reste inférieur au taux d'équipement national (1,80). Au niveau départemental, les évolutions sont très contrastées : tandis que la Marne, les Ardennes et la Haute Marne présentent des hausses significatives de leur taux d'équipement, le Haut-Rhin et surtout l'Aube enregistrent une baisse de leur taux d'équipement allant jusque -10,1%.

En termes de taux de recours, des situations très hétérogènes sont observées entre les 3 ante régions, tant en ce qui concerne l'hospitalisation complète que l'hospitalisation de jour. En hospitalisation complète, seule l'Alsace présente en 2014 un taux comparable à la moyenne nationale. Les 2 autres ante régions se caractérisent en revanche par des niveaux de consommation significativement inférieurs à la moyenne nationale : -13% pour la Lorraine et -26% pour la Champagne-Ardenne, en dépit pour cette dernière, d'une augmentation relativement soutenue entre 2011 et 2014. En hospitalisation partielle, les taux de recours apparaissent en 2014 supérieurs à la moyenne nationale à hauteur de 46% en Alsace et 45% en Lorraine. La Champagne-Ardenne à l'inverse se caractérise par un taux de recours inférieur de 16% à cette dernière.

3.1.4 L'offre hospitalière en psychiatrie

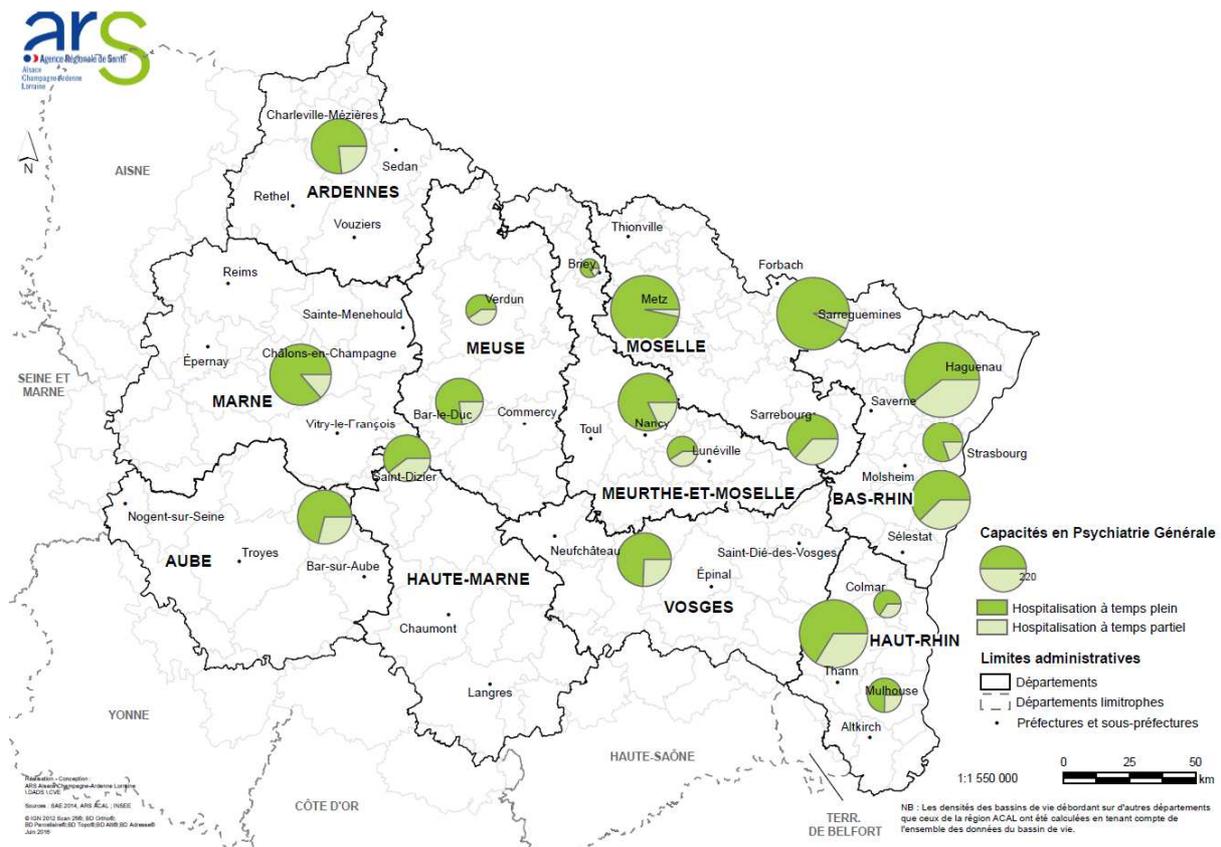
Fin 2015, la région Grand Est dispose de 6 871 lits et places de psychiatrie dont 4 630 lits d'hospitalisation à temps complet (67%) et 2 241 places de places d'hospitalisation de jour (33%).

En psychiatrie, le taux d'équipement régional global atteint 1,24 lits et places pour 1 000 habitants ce qui place le Grand Est en 12^e position au classement des régions françaises par ordre décroissant des taux d'équipement (seuls les Pays de la Loire présentent un taux d'équipement plus faible) et en dessous de la moyenne nationale établie à 1,45 lit et place pour 1 000 habitants. La Meurthe-et-Moselle se distingue par le taux d'équipement de psychiatrie le plus faible, notamment en hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation à temps partiel. Elle dispose cependant d'une offre plus abondante qu'au niveau régional pour les hospitalisations alternatives au temps plein avec 0,11 lit pour 1000 habitants.

Entre 2010 et 2015, le taux d'équipement global du Grand Est baisse de -1% tandis que le taux national progresse de +3,1%. Cette baisse de l'indicateur régional est principalement attribuable à la diminution du nombre de lits/places dédiés à la psychiatrie générale (-49 places, soit -1,3%). Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile reste quant à lui relativement stable sur la période (-4 lits/places soit +0,5%).

En termes de taux de recours, les 3 ante régions se caractérisent toutes en 2015 par des taux de recours inférieurs à la moyenne nationale pour l'hospitalisation à temps plein (-25% pour l'Alsace, -16% pour la Lorraine et -14% pour la Champagne Ardennes) et les prises en charge alternatives au temps plein. Le positionnement des 3 ante régions apparaît en revanche hétérogène entre les 3 ante régions en ce qui concerne l'hospitalisation à temps partiel et les prises en charge ambulatoires.

Figure 8 – Offre de psychiatrie générale (HC et HP) par bassin de vie



3.1.5 La prise en charge des urgences : moins de 3% de la population régionale domiciliée à plus de 30 minutes d'une structure de soins urgents

Les structures de prise en charge des soins urgents comprennent les services d'aide médicale urgente (SAMU), les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), avec les moyens de transports qui leur sont rattachés (ambulances, véhicules légers et moyens aériens), et les structures des urgences (dits services d'urgences). En 2015, la région comporte :

- 10 SAMU (1 dans chaque département)
- 37 SMUR (au moins 2 par département), avec en complément 7 antennes SMUR et 4 SMUR dédiés aux enfants
- 4 moyens SMUR hélicoptérés
- 56 implantations de structures des urgences, ce qui représente une densité de 10,07 par million d'habitants (versus 9,53 au niveau national) avec en complément 4 structures dédiées aux urgences pédiatriques.

La part de la population régionale située à plus de 30 minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR est de 6%, contre 5,9% au niveau national.

Grâce au maillage territorial complémentaire apporté par les SMUR hélicoptérés et le dispositif des médecins correspondants du SAMU, moins de 3% de la population de la région est domiciliée à plus de 30 minutes d'une de ces structures de soins urgents (contre 1,5% pour la France métropolitaine).

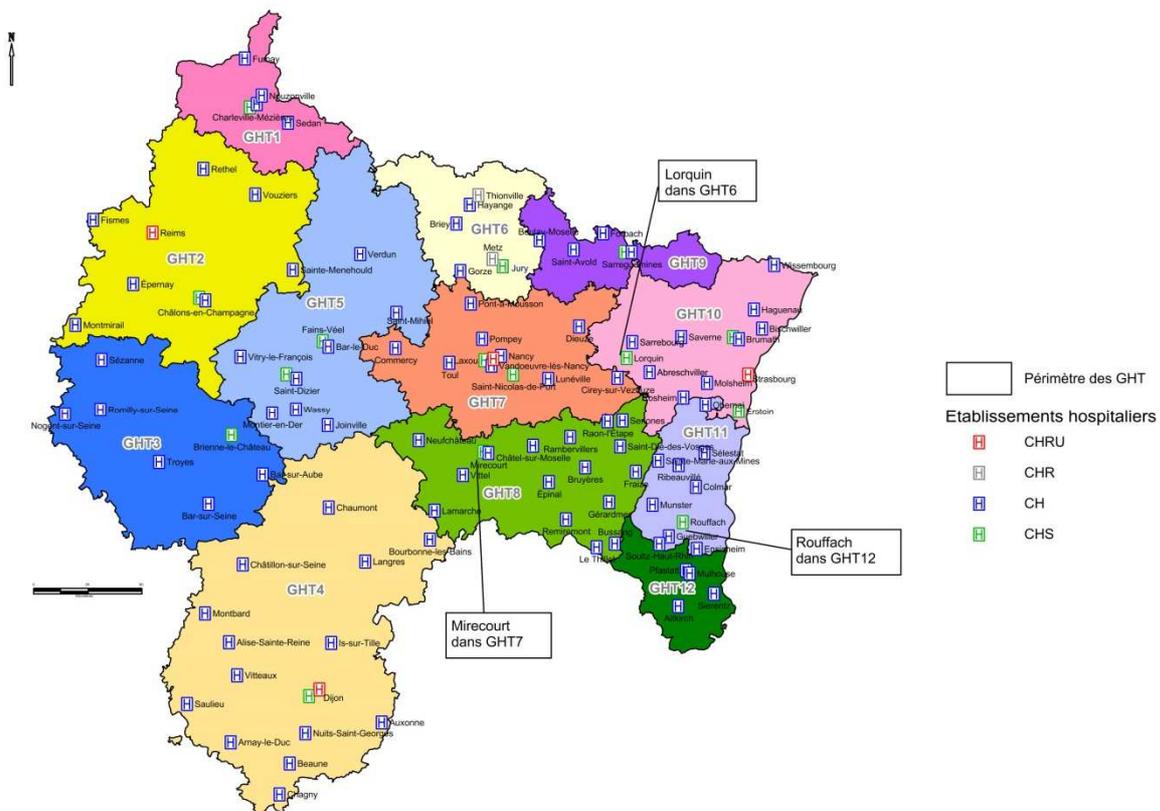
3.1.6 Un dispositif de coopération innovant entre établissements de santé : les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

- **11 GHT en région Grand Est et un GHT commun avec la Bourgogne-Franche Comté**

En région Grand Est, 11 GHT ont été officiellement constitués le 1^{er} juillet 2016 (cf. carte ci-après) auxquels s'ajoute un GHT commun avec la région Bourgogne-Franche Comté. L'ARS vient en appui des établissements pour construire progressivement les groupements hospitaliers de territoire à travers une concertation constante avec les établissements, les élus et les professionnels.

L'ARS veille à la conformité des projets médicaux partagés des GHT au PRS, aux principes du service public et à l'adéquation entre les prises en charge disponibles et les besoins identifiés sur le territoire. Conformément à la réglementation, les projets médicaux partagés devront être adoptés au plus tard le 1^{er} juillet 2017.

Figure 9 – Carte des GHT de la région Grand Est



- **Une meilleure organisation des soins autour d'un projet médical partagé**

Les GHT, prévus par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, correspondent à un nouveau mode de coopération qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en renforçant la coopération entre établissements de santé publics autour d'un projet médical partagé. Les GHT doivent ainsi s'ouvrir à leur environnement et intégrer le développement des nouveaux modes de prise en charge : médecine ambulatoire et chirurgie ambulatoire, télémedecine, hospitalisation à domicile...

La mise en place des GHT repose sur :

- L'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes de territoire ;
- L'élaboration d'un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et qui organise une offre de soins de proximité et de recours correspondant aux besoins de la population.

/// 3.2 L'offre médico-sociale

3.2.1 Les personnes âgées : une répartition hétérogène de l'offre

Avec une population au vieillissement caractérisé et des zones rurales étendues, les enjeux concernant la prise en charge et l'hébergement des personnes âgées sont importants.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit. Ces établissements relèvent soit du secteur médico-social (EHPAD, résidences autonomie, EHPA), soit du secteur sanitaire (unités de soins de longue durée).

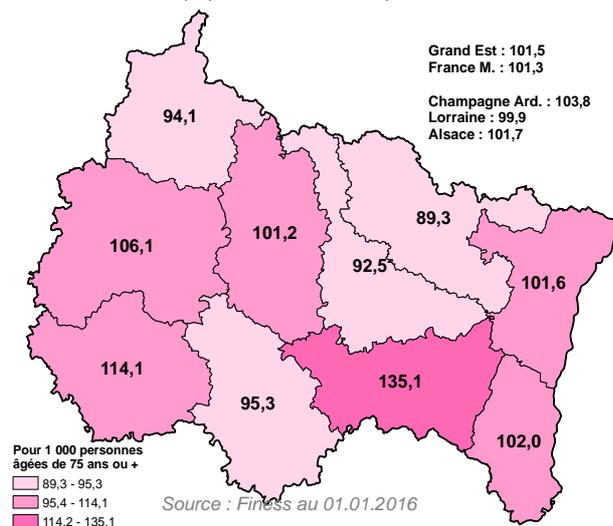
- **Un taux d'équipement en EHPAD identique à la moyenne nationale mais avec des disparités départementales importantes**

La région Grand Est compte 852 établissements d'hébergement pour personnes âgées toutes catégories confondues qui représentent 8,6% de l'ensemble des structures de France métropolitaine. Leur répartition sur le territoire reste très inégale. Les structures sont fortement concentrées à l'est de la région.

Le taux global d'équipement de la région en établissements pour personnes âgées s'établit au 1/1/2016, à 124,9 lits et places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Il est supérieur de 3,5 points au taux national. La répartition infra-régionale révèle une certaine disparité. Alors que les taux d'équipement des Vosges et de la Marne sont élevés, respectivement 150,2 et 142,2, les Ardennes et la Haute-Marne restent très en-dessous de la moyenne régionale avec un taux inférieur de plus de 14 et 17 points. Toutefois dans ces départements l'offre de services de soins à domicile est plus développée.

L'hébergement médicalisé en places d'EHPAD représente l'offre la plus importante avec 50 264 places. Le taux d'équipement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la région Grand Est s'élève à 101,4 lits et places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, taux d'équipement qui est très proche de la moyenne nationale en 2015. Ce taux régional qui est en hausse de 1,6 points entre fin 2010 et fin 2015 (1,7 en métropole), recouvre des disparités départementales importantes : de 89.3 pour 1000 en Moselle à 135.1 pour 1000 dans les Vosges.

Figure 10 – Taux d'équipement EHPAD pour 1 000 habitants



▪ **Un fort développement des structures adaptées à la prise en charge des patients Alzheimer**

Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis de développer au sein des EHPAD des dispositifs spécifiques permettant un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ainsi, fin 2016, 111 EHPAD disposent de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et 5 d'unités d'hébergement renforcé (UHR). Alors que l'ensemble des départements de la région proposent des PASA, trois départements ne disposent pas d'UHR : Ardennes, Bas-Rhin et Haute-Marne. L'un des axes forts du plan Alzheimer concerne également le soutien accru aux aidants. Dans ce cadre, on constate un fort développement des places d'accueil de jour (+ 40% depuis 2011 pour 1 015 places installées au 1/1/2017) ainsi que des places d'hébergement temporaire (+ 36% depuis 2011 pour 1 022 places installées au 1/1/2017). De plus, 14 plateformes de répit ont été déployées, seul le département des Ardennes n'en dispose pas.

▪ **Des unités de soins de longue durée avec des capacités hétérogènes**

L'offre pour les personnes âgées est constituée également de structures sanitaires. Les Unités de Soins de longue durée (USLD) sont spécifiquement réservées aux personnes fortement dépendantes dont l'état de santé demande une surveillance médicale constante, des soins permanents et un suivi médical spécifique.

Quelques chiffres :

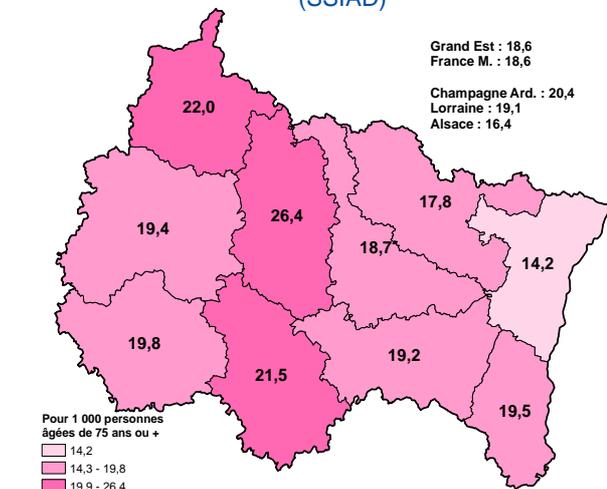
- 66 Unités de Soins de longue durée (USLD) sont implantées dans la région Grand-Est,
- une capacité d'accueil 2 906 places en 2015 soit 9,3% de l'ensemble des places installées de France métropolitaine
- Plus d'un million de journées réalisées en 2015
- 2 193 séjours réalisés en 2015.

Les unités déployées au sein de la région sont de capacités hétérogènes, même si la quasi-totalité des unités sont supérieures à 30 lits.

▪ **Une offre à domicile satisfaisante mais avec des disparités territoriales**

On recense 181 SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) sur le territoire Grand Est avec une capacité d'accueil de 9 284 places. Le taux d'équipement au 1/1/2016 s'établit à 18,6 en région Grand Est comme en métropole. Toutefois, l'offre est inégalement répartie avec des zones d'intervention très sous-dotées, particulièrement pour le département du Bas-Rhin. Les départements Ardennais et Meusien, avec des taux d'équipement respectivement de 22 et de 26 places pour 1000 habitants, disposent en revanche, d'une bonne couverture. Le taux d'équipement en Champagne-Ardenne est plus élevé de 4 points par rapport à l'Alsace et de 1,3 point en comparaison avec la Lorraine.

Figure 11 – Taux d'équipement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



Source : Finess au 01.01.2016

La création d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA) prévues par le plan Alzheimer a permis la mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile. Les ESA constituent des équipes spécialisées de professionnels formés spécifiquement aux soins d'accompagnement et de réhabilitation qui sont adossées aux SSIAD. La région Grand Est compte 38 ESA qui représentent 420 places, tous les départements disposent d'au moins deux ESA.

Le montant des dépenses d'assurance maladie au niveau des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, s'élève en 2015 à 1 569€ par habitant de 75 ans ou plus, pour une moyenne nationale de 1 579€.

3.2.2 Les personnes en situation de handicap : des taux d'équipement satisfaisants

Globalement, les taux d'équipement en lits et places pour l'accueil des personnes en situation de handicap sont satisfaisants au regard des moyennes nationales, bien que très inégaux au sein du territoire

- **Une offre en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap nettement supérieure à la moyenne nationale**

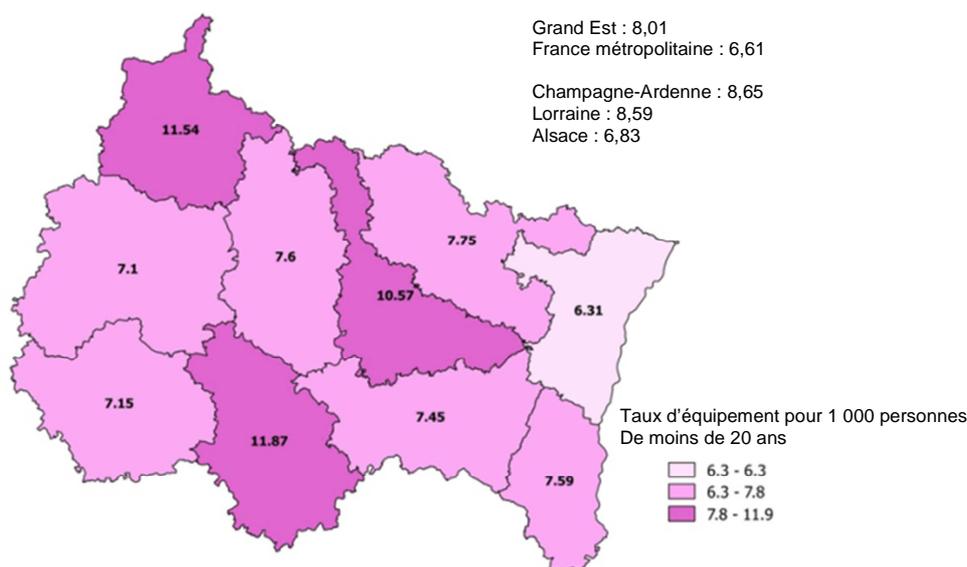
Au 1^{er} janvier 2016, la région Grand Est comptabilise 10 559 places installées en établissements pour enfants et adolescents handicapés et 4 184 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), soit respectivement 10,3 % et 8,7 % de l'offre métropolitaine.

Près de la moitié des places (48,7 %) sont installées dans les Instituts médico-éducatifs (IME) et plus d'une sur quatre (28,4 %) est installée en SESSAD. Cette répartition des places par établissement et service pour enfants et adolescents en situation de handicap est similaire à celle de la France Métropolitaine, et l'est aussi au sein des départements du Grand Est.

Que ce soit dans la région ou bien en France Métropolitaine, le nombre de places installées en établissements prenant en charge des enfants et adolescents handicapés n'a que très peu augmenté entre 2012 et 2016 (respectivement + 0,2 % et + 0,1 %). Cette faible évolution s'est faite au profit des places de SESSAD qui, sur la même période, est beaucoup plus marquée : + 9,0 % dans le Grand Est et + 13,8 % en France Métropolitaine.

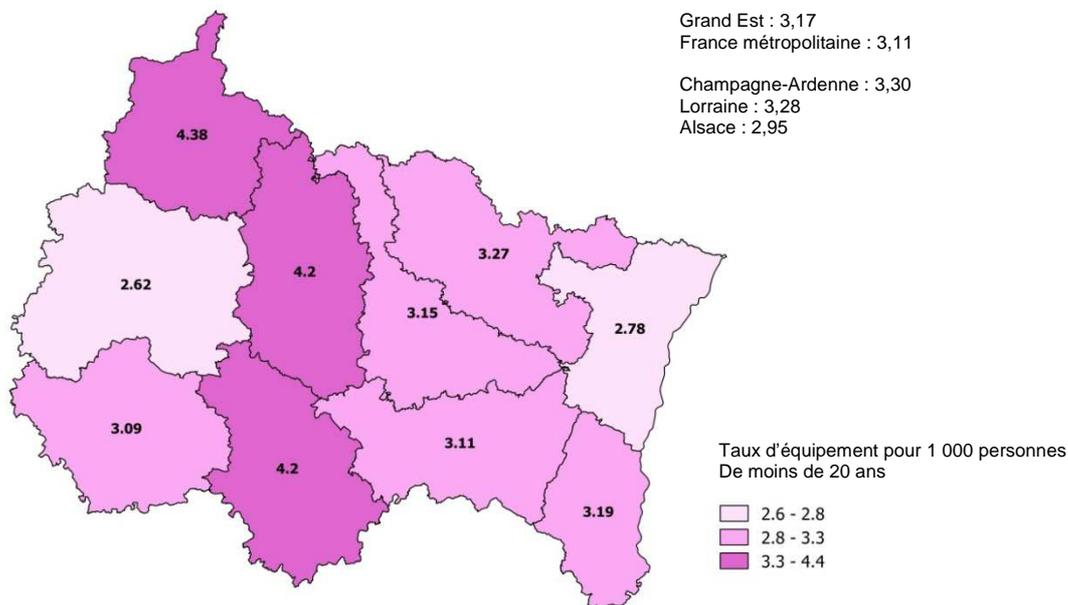
Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement en établissement pour enfant handicapé dans la région Grand Est est de 8%, assez nettement supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 6,6 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Les départements de Haute-Marne et des Ardennes disposent des taux d'équipement les plus élevés (respectivement 11,8 et 11,5).

Figure 12 – Taux d'équipement en en hébergement pour enfants handicapés en 2016



Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement en places de SESSAD est de 3,1 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, pratiquement identique au taux national. Comme pour les établissements, ce sont les départements des Ardennes et de Haute-Marne qui connaissent les taux d'équipement les plus élevés (respectivement 4,4 et 4,2), ainsi que la Meuse (4,2).

Figure 13 – Taux d'équipement en SESSAD en 2016



Avec 61.9%, l'accueil de jour (semi-internat) constitue le principal mode d'accueil dans les établissements de la région. Plus de la moitié de l'offre est consacrée à la prise en charge de la déficience intellectuelle (52.3 %). Viennent ensuite les places dédiées aux enfants et adolescents atteints de troubles du comportement (14%) et celles réservées aux déficients sensoriels (11.5%). La part des places dédiées à l'autisme représente 5.9% de l'offre globale, elle a augmenté de près de 30% entre 2012 et 2016.

En plus de l'offre en établissements et en SESSAD, la région Grand Est compte 32 CAMPS et 27 CMPP. En 2014, 5 829 enfants ont été reçus au moins une fois dans l'année au sein des CAMSP et 15 936 au sein des CMPP.

On constate en région Grand Est qu'au 31/12/2014, 3% de jeunes adultes handicapés sont maintenus dans des structures pour enfants au titre de l'amendement Creton, soit plus qu'en France (2.3%). Ce maintien concerne principalement les jeunes pluri-handicapés et polyhandicapés.

Le montant des dépenses d'assurance maladie au niveau des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés s'élève en 2015 à 424 € par habitant de 0 à 19 ans en Grand Est, pour une moyenne nationale de 380€.

- **Une offre d'hébergement en augmentation pour les adultes en situation de handicap mais un retard au niveau du développement des services**

Au 1er janvier 2016, l'ARS Grand Est participait à la prise en charge des adultes handicapés à travers une offre comportant 18 870 places.

Tout comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, cette offre s'articule autour de structures de natures différentes : 26% de ces places sont dédiées à l'accueil et l'hébergement médicalisé en MAS ou FAM (27% en métropole), 66% sont consacrées aux CRP, CPO, UEROS et aux ESAT dans le cadre de l'insertion professionnelle (62% en métropole), et enfin 8% de l'offre concerne les SAMSAH et les SSIAD dans le cadre de la prise en charge sur le lieu de vie (11% en métropole).

D'une façon générale, les capacités ont augmenté sur la région Grand Est de 8.6 % entre 2012 et 2016, taux légèrement supérieur au taux national (8.3%). Cette augmentation a été particulièrement

marquée en Champagne-Ardenne avec un taux de 11.4%. L'évolution des capacités a concerné les SAMSAH et les SSIAD pour 40% puis les MAS et les FAM pour 21%.

Toutes catégories de structures confondues, le taux d'équipement de la région Grand Est est de 6.5 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, légèrement supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 6.2‰. Seuls les départements de la Marne et du Bas-Rhin se situent au-dessous du taux d'équipement moyen régional ou national.

Toutefois la région accuse un retard au niveau du développement des services, le taux d'équipement en places de SSIAD et de SAMSAH est de 0.51 place pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans contre 0.70 en métropole.

La déficience intellectuelle représente 40% de l'offre globale. Toutefois, il faut noter pour les structures adultes, la fréquence des agréments « tous types de déficiences » qui représentent près de 30% des places.

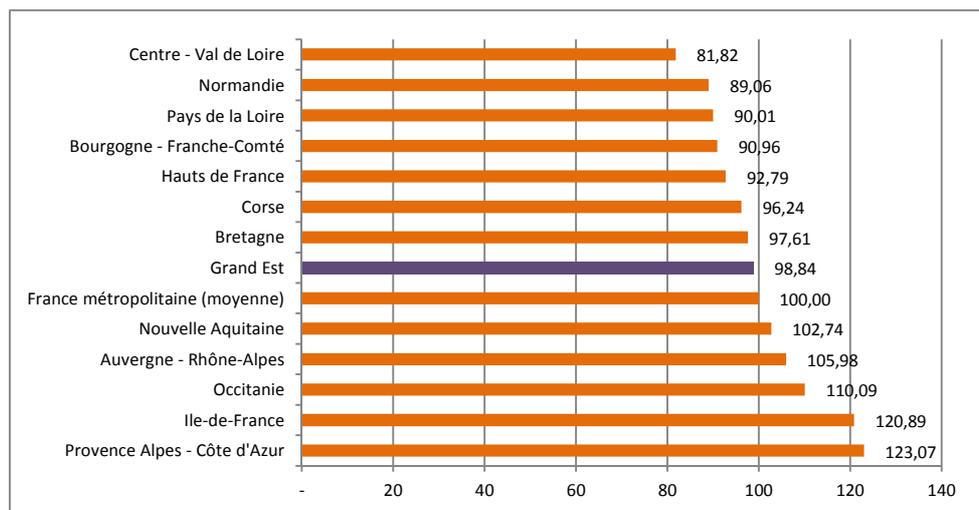
Le montant des dépenses d'assurance maladie au niveau des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés s'élève en 2015 à 105 € par habitant de 20 à 59 ans en Grand Est, pour une moyenne nationale de 97€.

///3.3 L'offre de soins de proximité

3.3.1 Une densité médicale globalement inférieure à la moyenne nationale avec de fortes disparités territoriales

La densité de médecins (généralistes et spécialistes) en France métropolitaine est de 3,2 médecins pour 1 000 habitants⁴ se situant dans la moyenne⁵ des pays de l'OCDE⁶. Avec 3 médecins pour 1 000 habitants, la région Grand Est affiche une densité inférieure à la moyenne nationale mais connaît des disparités importantes en intra-région : 4 médecins pour 1 000 habitants en Meurthe et Moselle contre 2,2 pour le département des Ardennes.

Figure 14 – Les densités de médecins généralistes et spécialistes par région comparées à la moyenne nationale (base 100)



Source : Atlas de la démographie médicale en France / CNOM 2016 - traitement ARS Grand Est

Des écarts importants sont constatés :

- +20 % de médecins par rapport à la moyenne nationale pour les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- -18 % de médecins par rapport à la moyenne nationale pour la région Centre-Val de Loire.

En matière de médecins spécialistes, la région Grand Est présente des densités médicales connaît un déficit en matière d'ophtalmologie et certains départements comme les Ardennes et la Haute-Marne ont une densité deux fois inférieure à la moyenne nationale. La région est également moins bien dotée en psychiatrie où la densité dans le département des Ardennes est trois fois inférieure à celle de la France métropolitaine

L'offre de soins dentaires est assez proche de la moyenne nationale mais les différences par département vont du simple au double avec 0,46 chirurgiens-dentistes pour 1 000 habitants en Haute-Marne contre 0,876 pour le Bas-Rhin.

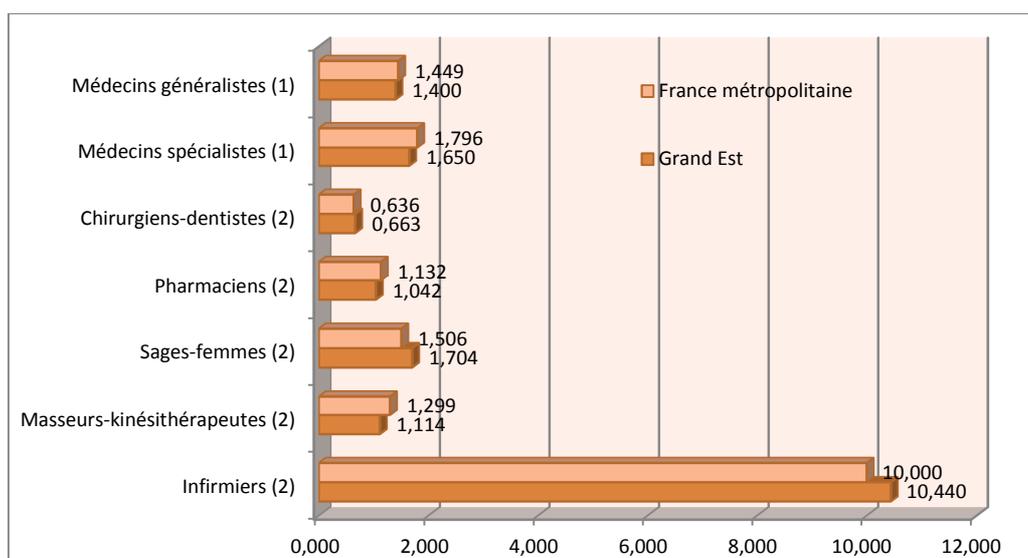
En léger retrait par rapport à la France métropolitaine, la densité de pharmaciens à 1,04 pour 1 000 habitants positionne la région Grand Est en bas du classement français. La densité de 1,29 pharmaciens pour 1 000 habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur tire la moyenne vers le haut.

⁴ Source RPPS au 01.01.2016 – Exploitation ARS Grand Est à partir de l'application "Portrait de territoire" sur la base de la population municipale de 2013 telle que définie par le décret 2015-1851 du 29/12/2015 (valable pour tous les chiffres de densité)

⁵ Source OCDE – Panorama 2015

⁶ Organisation de Coopération et de Développement Economique créée en 1961, cet organisme a succédé à l'Organisation Européenne de Coopération Economique (OECE), fondée en 1948

Figure 15 - Densité 2016 pour 1 000 habitants des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales



(1) Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application "Portrait de territoire" et INSEE population municipale de 2013 telle que définie par le décret 2015-1851 du 29/12/2015

(2) Source : ADELI au 01.01.2016 – Exploitation ARS Grand Est. La densité est calculée en rapportant le nombre de professionnels de santé au 1er janvier de l'année N à la population au 1er janvier de l'année N-1 estimée par l'INSEE.

Avec une densité d'infirmiers légèrement supérieure à la moyenne, l'offre de soins en infirmier libéral est pourtant inférieure de 3 points à la France métropolitaine. L'exercice de la profession se faisant essentiellement en secteur hospitalier, il existe des différences importantes entre les départements avec une offre en libéral plus abondante en Moselle (+ 4 points par rapport à la moyenne nationale) et nettement plus rare dans le département de la Marne (- 8 points).

3.3.2 Des niveaux de consommation de soins de ville hétérogènes

La consommation de soins de la région Grand Est est plus importante en termes de nombre d'actes moyens des professionnels de santé libéraux chez les médecins généralistes, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes par rapport à la moyenne nationale. Des différences entre département laissent entrevoir des niveaux de consommation hétérogènes dus essentiellement à l'urbanisation ou à la ruralité des bassins de vie et à la densité de professionnels de santé de ces territoires.

Consommation en ville en nombre d'actes (année 2014) par habitants et par an

	Nombre d'actes moyens en France métropolitaine	Nombre d'actes moyens en région Grand Est	Département au plus haut	Département au plus bas
Médecins généralistes	3,79	4,22	4,54 Bas-Rhin	3,68 Aube
Infirmier(ère)s	9,52	10,44	13,26 Moselle	8,33 Haut-Rhin
Masseurs kinésithérapeutes	3,60	3,05	3,83 Bas-Rhin	2,22 Haute-Marne
Chirurgiens-dentistes	1,28	1,49	1,82 Bas-Rhin	1,12 Ardennes

Sources Assurance Maladie : Activités et prescriptions en 2014- Exploitation ARS Grand Est et INSEE population municipale de 2013 telle que définie par le décret 2015-1851 du 29/12/2015

3.3.3 Les médecins généralistes

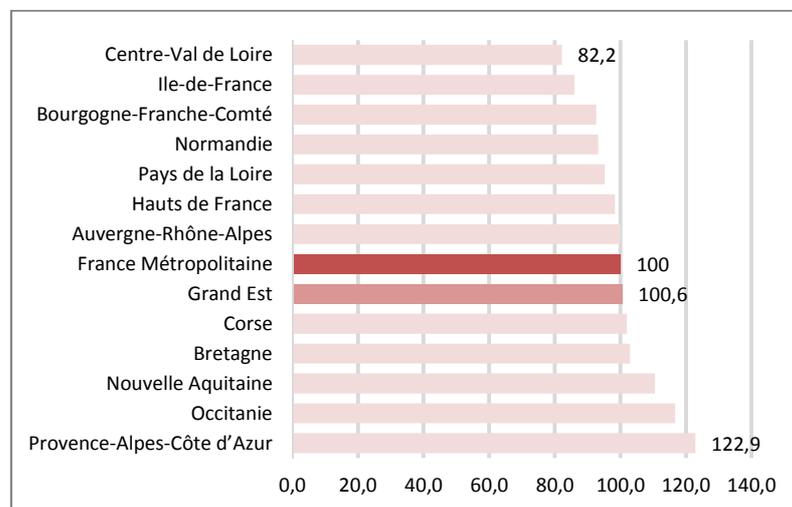
La région Grand Est compte 7 783 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2016 dont près de 70 % exercent à titre libéral ou mixte, effectif en diminution régulière chaque année, à l'image de la situation rencontrée en France métropolitaine et dans les autres régions.

- **Une densité de médecins généralistes libéraux proche de la moyenne nationale mais qui diminue régulièrement**

Porte d'entrée en termes d'accès aux soins, les médecins généralistes libéraux sont répartis de manière inégale sur l'ensemble du territoire de la région.

Avec 104,3 praticiens pour 100 000 habitants, la densité en région Grand Est est légèrement supérieure à la moyenne en France métropolitaine. À titre de comparaison, sur une base rapportée à 100, correspondant à la densité en France métropolitaine, la densité de médecins généralistes en région Grand Est se situe en position centrale.

Figure 16 - Les densités de médecins généralistes par région comparées à la moyenne nationale (base 100)



Source RPPS – retraitement ARS – base 100=densité France Métropolitaine

L'écart, entre la région Centre Val de Loire qui présente la plus faible densité et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur au nombre le plus élevé, est de 40 points.

La densité des médecins généralistes est plus concentrée dans les départements comportant le plus de zones urbaines, c'est-à-dire là où la densité de population au km² est la plus élevée. C'est le cas de la moitié des départements qui concentrent plus de 68% des praticiens.

- **Une consommation en actes supérieure à la moyenne nationale**

En 2014, la région Grand Est présente une consommation⁷ de près de 23,6 millions d'actes délivrés à près de 4,4 millions de patients soit en moyenne 5,4 actes par bénéficiaire. La patientèle a augmenté de près de 12 % en 10 ans, entre 2005 et 2014. Le nombre d'actes moyen par praticien de 5 176 actes réalisés est supérieur à la moyenne nationale (4 667 actes).

- **Une inégalité du vieillissement des praticiens selon les territoires**

L'examen de la pyramide des âges des médecins généralistes montre que 52 % des praticiens ont plus de 55 ans en région Grand Est et 53,1 % en France métropolitaine.

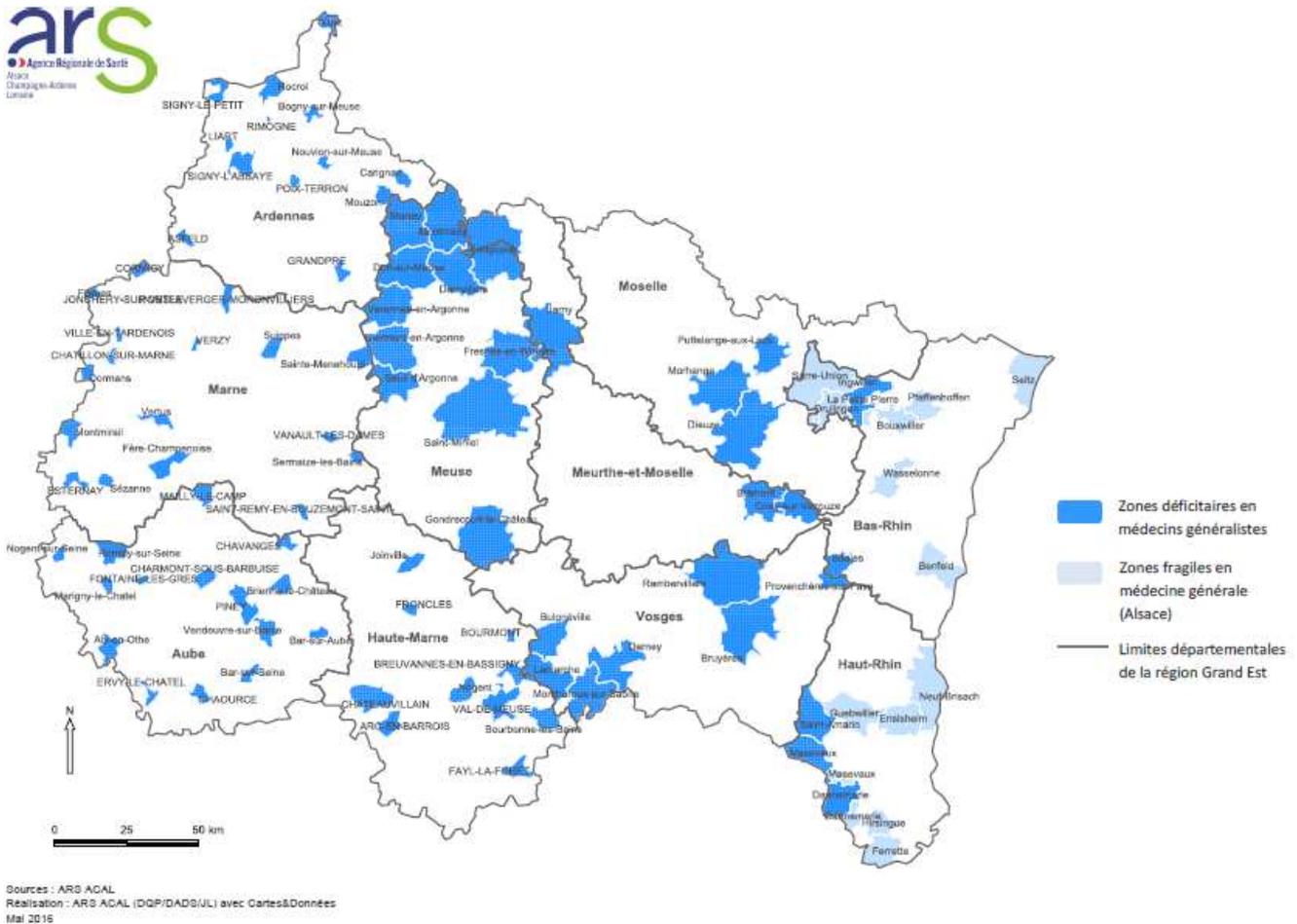
En fonction des territoires, la proportion de praticiens de plus de 60 ans est particulièrement préoccupante lorsque celle-ci correspond à des zones en sous-densité médicale.

⁷ Source SNIIRAM 2014 exploitation ARS Cartosanté

Bien que les internes en médecine générale s'installent majoritairement dans leur région de formation lors de leur première inscription à l'ordre des médecins, les effectifs de formation ne correspondent pas aux effectifs réels d'installation et ne permettent pas de couvrir les besoins.

Cette situation touche particulièrement les zones en sous-densité médicale. La cartographie des zones prioritaires en médecine générale arrêtée par l'Agence Régionale de Santé permet de visualiser les zones les plus touchées.

Figure 17 – Zones prioritaires en médecine générale en région Grand Est – Mai 2016

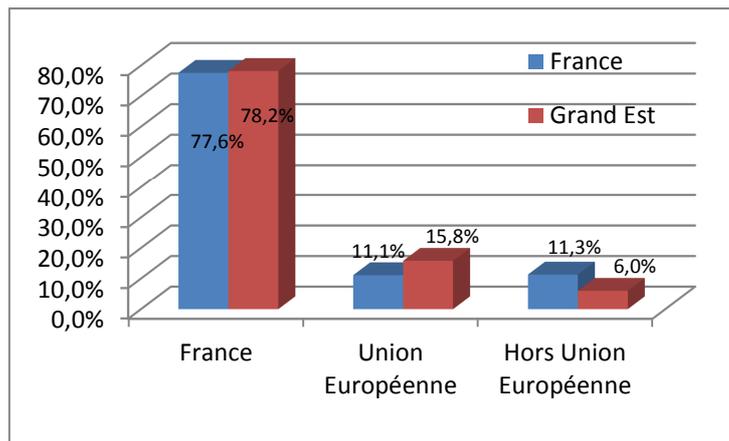


▪ **Le recours aux médecins à diplôme étranger**

Pour maintenir un niveau d'offre de soins qui réponde aux besoins de la population, le recours à des médecins à diplôme étranger a été facilité par la mise en place d'une procédure d'autorisation d'exercice pour les diplômes délivrés dans un pays de l'union européenne ou hors union européenne (avec en plus des épreuves de vérification des connaissances). Ces dispositifs permettent ainsi une inscription à l'ordre.

Au cours des dernières années, une augmentation du nombre d'inscription est constatée, à la fois de praticiens français qui ont obtenu un diplôme hors de France et de praticiens étrangers dont le diplôme est délivré dans un pays de l'Union Européenne ou hors Union Européenne.

Figure 18 - Origine des diplômes des médecins nouvellement inscrits en 2016



Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 01/01/2016 – CNOM

La région Grand Est suit la tendance nationale pour les diplômes d'origine française, mais sa position frontalière favorise l'implantation de médecins ayant un diplôme d'origine européenne (Belgique, Allemagne et Roumanie). Néanmoins, la part des diplômés hors Union Européenne est deux fois plus faible que la moyenne nationale.

▪ **Une nécessité de poursuivre la réflexion pour accroître l'attractivité de la région Grand Est**

La situation de la démographie des médecins généralistes reste préoccupante, car les effectifs sont en diminution. Ce constat est identique en France métropolitaine.

Le nombre prévisionnel de départs à la retraite, et l'accroissement du besoin en soins lié au vieillissement de la population, laissent présager des tensions pour les prochaines années.

Différentes mesures ont été mises en place pour faciliter l'installation des médecins dans le cadre du Pacte Territorial de Santé par la création de maisons de santé pluridisciplinaires, la nomination de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale et la mise en place de Contrats d'Engagement de Service Public qui nécessitent d'être poursuivies et adaptées aux problématiques rencontrées dans la région.

D'autres facteurs seront à intégrer dans la réflexion concernant la formation des internes en médecine (notamment avec la réforme du troisième cycle d'études médicales) et l'accompagnement des praticiens.

3.3.4 Les médecins spécialistes

- **Une densité de médecins spécialistes inférieure à la moyenne nationale**

Au 1^{er} janvier 2016, la région Grand Est recense 9 164 médecins spécialistes⁸ quel que soit leur mode d'exercice (salarié ou libéral). Avec 165 spécialistes pour 100 000 habitants⁹, la région a une densité inférieure au niveau national (179,6 pour 100 000 habitants).

Ce déficit de spécialistes se rencontre dans la quasi-totalité des spécialités qu'elles soient chirurgicales ou médicales.

En activité libérale ou mixte, les "sous-densités" les plus importantes constatées sont pour les spécialités de psychiatrie et neuropsychiatrie, d'ophtalmologie, d'anesthésie-réanimation, de stomatologie et de chirurgie.

À noter que sur l'ensemble des médecins spécialistes de la région, près de 600¹⁰ d'entre eux exercent une activité salariée en tant que non-soignant pour des organismes publics et parapublics ou pour la médecine du travail.

Les psychiatres représentent la population de médecins spécialistes la plus importante en région Grand Est (11 % de l'effectif) et pourtant leur nombre est insuffisant si l'on compare avec la densité nationale. De même, leur répartition au sein du territoire Grand Est est très inégale avec des densités moitié moins inférieures à la moyenne nationale pour les départements des Ardennes et de l'Aube et une "surdensité" supérieure à la densité française dans le département de la Moselle s'expliquant par la présence de 3 établissements psychiatriques. Les psychiatres exercent principalement en activité salariée à près de 60 %.

Parmi les spécialités les plus représentées en région Grand Est, l'activité libérale et mixte est importante pour les spécialités en radiodiagnostic, gynécologie-obstétrique et cardiologie (entre 62 et 67%) et très importante pour les ophtalmologues avec 84 % d'activité libérale ou mixte. En moyenne et sur l'ensemble des spécialités médicales, l'activité libérale ou mixte est représentative de la moyenne française.

- **Une population de médecins spécialistes vieillissante**

Toutes spécialités confondues, la moyenne d'âge est de 51 ans dans la région du Grand Est¹¹ mais la part des spécialistes âgés de 55 ans et plus est de 47 % pour la région Grand Est et de 46 % en France métropolitaine.

Lorsque l'on étudie les spécialités numériquement les plus importantes en région Grand Est (Cf. graphique ci-dessous), les dermatologues (moyenne d'âge : 53 ans) et les ophtalmologues (moyenne d'âge : 54 ans) dépassent la barre des 50 % d'effectif ayant 55 ans et plus. Cette situation est identique en France métropolitaine et laisse présager des difficultés de renouvellement et de maintien des effectifs pour ces professions.

De même, la population des 55 ans et plus des autres spécialités étudiées ci-dessous représente les 2/5 du total des effectifs.

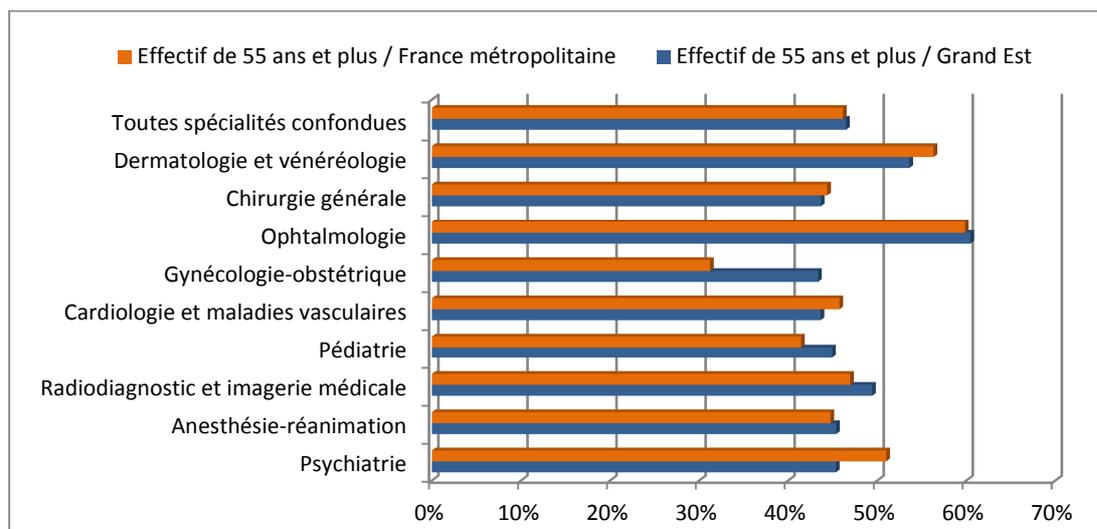
⁸ Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application "Portrait de territoire"

⁹ Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application "Portrait de territoire" et estimation de population municipale de 2013 telle que définie par le décret 2015-1851 du 29/12/2015

¹⁰ Source : RPPS au 01/01/2016 – Exploitation ARS Grand Est

¹¹ Source : RPPS au 01/01/2016 – Traitement ARS Grand Est

Figure 19 - Effectif des médecins spécialistes de 55 ans et plus



Source : RPPS au 01/01/2016 – Traitement ARS Grand Est

A noter que la part des 55 ans et plus chez les psychiatres est moins importante en région qu'au niveau national (45 % contre 51 %) alors que la moyenne d'âge est à 51 ans.

3.3.5 Les pharmaciens, évolutions sur la période de 2012 à 2016

En France, la dispensation de médicaments au détail s'effectue essentiellement en officine. Même si de nombreux médicaments bénéficient d'un libre accès favorisant l'automédication, l'activité de délivrance de médicaments par les pharmaciens demeure fortement liée à la prescription d'un médecin. L'installation des pharmaciens libéraux est donc fortement corrélée avec celle des médecins.

Au cours de la période de 2012 à 2016, tandis que dans la région Grand Est le nombre de médecins toutes spécialités confondues, y compris médecine générale, évoluait de 2 %, le nombre de pharmaciens progressait de 3 %.

Les évolutions du nombre de pharmaciens en région Grand Est et en France métropolitaine sont relativement semblables. Toutefois, l'année 2014 a marqué un ralentissement de l'accroissement en France métropolitaine et une baisse dans la région Grand Est.

Les départements du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle ont largement contribué à l'accroissement du nombre de pharmaciens (+ 5,7 %, + 4,9 %, + 4,5 %). A l'opposé, la Meuse, les Ardennes et les Vosges ont connu une baisse du nombre de pharmaciens sur la même période, respectivement de 5,3 %, 3,1 % et 0,8 %.

▪ Une densité de pharmaciens inférieure au niveau national

La densité de pharmaciens pour 100 000 habitants est relativement faible puisqu'elle classe la région Grand Est en 11^e position (sur 13). Cette densité est cependant à relativiser car les règles habituelles d'installation des pharmaciens sur le territoire métropolitain font l'objet d'une dérogation dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Ainsi, le seuil de 2 500 habitants requis pour l'installation dans une commune d'une première officine est porté à 3 500 dans ces trois départements, ce qui fausse les comparaisons de densité.

Ainsi le rapport entre nombre de médecins généralistes libéraux et pharmaciens libéraux s'établit, en France métropolitaine à 1,96 alors qu'il s'élève à 2,31 dans le Haut-Rhin et à 2,70 dans le Bas-Rhin. Ces valeurs élevées sont dues, partiellement, à la réglementation particulière applicable en Alsace et Moselle.

Malgré cela, alors que la densité nationale stagne depuis deux ans, celle de la région Grand Est continue d'augmenter d'environ 1 % par an.

▪ **Un mode d'exercice principalement en officine**

Seuls 13 % des pharmaciens du Grand Est exercent en milieu hospitalier (12 % pour la France métropolitaine), 75 % exercent principalement en officine en tant que titulaires ou "pharmaciens adjoints remplaçants gérants".

L'âge moyen des pharmaciens de la région est de 45,5 ans, alors qu'il s'élève à 46,7 ans en France métropolitaine. La région se classe ainsi en 3^e position sur ce critère. La proportion de pharmaciens de moins de 50 ans augmentant régulièrement, la profession ne sera pas impactée par les départs à la retraite des prochaines décennies.

3.3.6 Les chirurgiens-dentistes

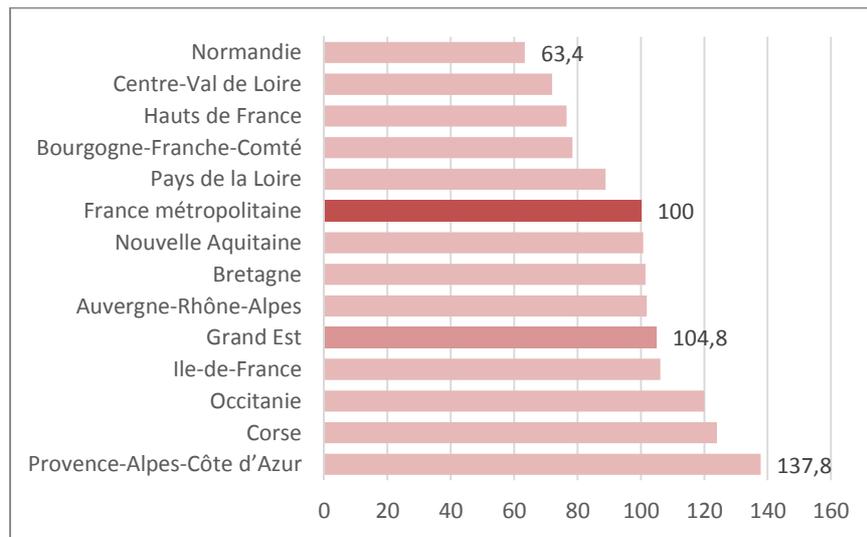
On dénombre 3 686 chirurgiens-dentistes exerçant en région Grand Est au 1^{er} janvier 2016, dont 90 % à titre libéral ou mixte.

Cette profession médicale est en constante progression en région, en termes d'effectifs et de densité de praticiens pour 100 000 habitants, alors qu'à l'échelle nationale une diminution est amorcée.

▪ **Une densité des chirurgiens-dentistes libéraux supérieure à la moyenne nationale**

La densité des chirurgiens-dentistes libéraux s'élève à 59,2 pour 100 000 habitants. Rapportée à une base 100, correspondant à la densité en France Métropolitaine, la densité de la région Grand Est se situe dans le cadre supérieur.

Figure 20 - Les densités de chirurgiens-dentistes libéraux par région comparées à la moyenne nationale (base 100)



Source RPPS au 1^{er} janvier 2016 – retraitement Base 100 : ARS Grand Est

Un écart important est constaté entre la région de Normandie et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur de plus de 75 points.

Les départements du Bas-Rhin, de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle ont une densité supérieure à la moyenne nationale et représentent près de 60 % des effectifs.

Les départements de la Meuse et de la Haute-Marne sont les moins dotés. Il s'agit des départements les moins peuplés de la région et comptant un taux de communes rurales supérieur à 50 %.

Les praticiens s'installent en effet prioritairement dans les zones urbaines.

▪ **Une augmentation régulière du nombre de patients¹²**

En 2014, près de 1,7 millions de patients ont bénéficié de soins dentaires soit une moyenne de 2 497 actes dentaires par praticien sur un an. La moyenne en France est de 2 219 actes (*source SNIIRAM 2013*). Le nombre moyen d'actes varie de 3,6 par patient par an en Haute-Marne à 4,1 dans le Bas-Rhin. Le nombre de patients pris en charge a augmenté de près de 9% entre 2006 et 2013.

▪ **Une moyenne d'âge favorable actuellement**

L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est inférieur à celui des autres professions médicales. Néanmoins, il convient d'être vigilant et de veiller à anticiper les futurs départs en retraite, en raison de la forte proportion de praticiens âgés de plus de 55 ans.

▪ **Une attractivité variable en fonction des ante-régions**

En 2013, le nombre de chirurgiens-dentistes, âgés de moins de 35 ans formés en région Grand Est, varie en fonction de l'ante-région. Les régions d'Alsace et de Lorraine ont un taux respectivement de 69,2% et 64,5% alors que la Champagne Ardenne a un taux d'installation de 37,3% des internes formés dans la région¹⁰.

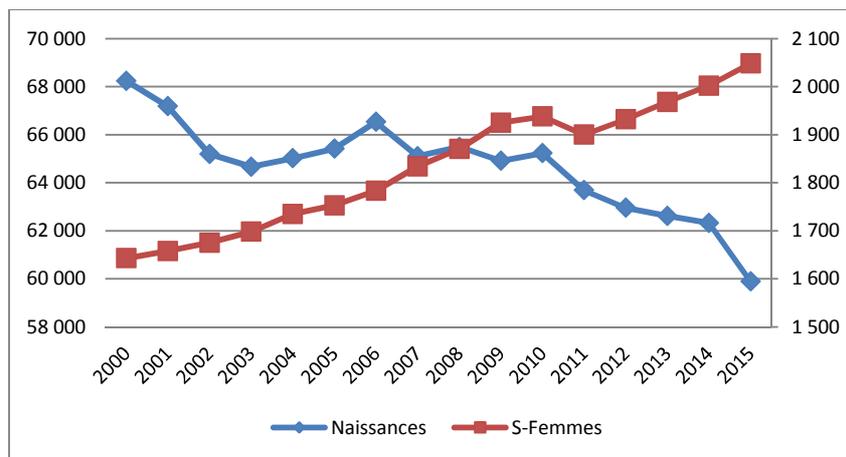
Le recours aux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger est en évolution depuis quelques années mais il reste peu représentatif pour les trois ante-régions et inférieur à 5%¹³.

3.3.7 Les sages-femmes

▪ **Une activité en constante évolution**

Le métier de sage-femme est en constante évolution, mais l'ampleur de cette évolution s'est encore accrue avec la promulgation de la loi HPST en 2009 qui a reconnu aux sages-femmes de nouvelles compétences telles que le suivi gynécologique de prévention chez des femmes en bonne santé ou les consultations de contraception. Au cours des dernières années, les sages-femmes ont vu s'étendre leur droit à prescription et leur possibilité de pratiquer des vaccinations. Les sages-femmes peuvent désormais également participer à des activités nouvelles telles que l'assistance médicale à la procréation, voire, si elles disposent des diplômes nécessaires, à la pratique de l'acupuncture ou de l'ostéopathie. Cette grande diversité d'activités peut être une des raisons du contraste qui existe entre la baisse régulière du nombre de naissances et la hausse constante du nombre de sages-femmes, en moyenne de 1,5 % par an en région Grand Est.

Figure 21 – Evolution du nombre de sages-femmes et de naissances en région Grand Est



Source : RPPS pour le nombre de sages-femmes, INSEE pour le nombre de naissances.

¹² Source Assurance Maladie : Activités et prescriptions en 2014- Exploitation ARS Grand Est

¹³ Source ONDPS : Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes

Le même phénomène est constaté pour l'ensemble de la France métropolitaine, où la progression du nombre de sages-femmes s'est établie à 14 % en quatre ans (alors qu'en région Grand Est, il est de 6,3 %).

3.3.8 Exercices coordonnés des professionnels

- Les maisons et pôles de santé pluri-professionnels, un déploiement dynamique mais un maillage territorial encore inégal

À partir de 2005, les maisons de santé ont été soutenues massivement par les pouvoirs publics et l'Assurance maladie, tant sur l'investissement que sur le fonctionnement des structures (aides à l'ingénierie ou à l'accompagnement de projets).

Le plan d'équipement en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) en milieu rural 2010-2013, puis la politique menée par les ARS soutenue par les fédérations de MSP, ont permis de maintenir la dynamique dans les territoires fragiles ou méritant d'être confortés, notamment dans les antes régions Champagne-Ardenne et Lorraine.

Plus récemment l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), relayée par le Règlement Arbitral le 27 février 2015 permettant la généralisation du dispositif, a proposé de nouvelles aides au fonctionnement sous forme de forfaits de coordination en sus du paiement à l'acte.

En mars 2017, la région Grand Est compte 73 MSP / PSP : 8 sur le périmètre alsacien, 25 sur le périmètre champardennais et 40 sur le périmètre lorrain ; par ailleurs 35 projets de MSP sont en cours.

34 sites sont engagés dans le règlement arbitral en Lorraine, 7 en Alsace, et 7 en Champagne-Ardenne. La carte fait apparaître une moindre densité de ces structures sur les zones nord-ouest et nord-est de la région.

Figure 22 – Les maisons de santé pluri professionnelles en région Grand Est



Les réseaux de santé, une évolution des réseaux de proximité vers davantage de polyvalence et un rapprochement des réseaux régionaux d'expertise à l'échelle Grande Région.

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmiers) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, ...). Ils ont pour objectifs de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une coordination adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant sur le parcours des patients.

La région Grand Est compte 45 réseaux de santé financés par le fonds d'intervention régional (FIR) pour un montant de 29 millions d'euros en 2016.

La couverture territoriale d'un réseau peut être soit :

- Ante-régionale pour 22 d'entre eux. Ils sont spécialisés dans 12 pathologies ou polyvalents.
- Départementale. Il s'agit des réseaux Régéma dans l'Aube, Handident dans le Bas-Rhin et AVRS dans les Vosges.
- Infra-départementale (19 réseaux). Ils sont pour 90% d'entre eux polyvalents ou spécialisés en gérontologie.

Les réseaux de la région sont polyvalents (29%) ou spécialisés par pathologie. Sur les 14 types de pathologies prises en charge par les réseaux, les plus fréquentes sont la gérontologie, la cancérologie et la périnatalité. La majorité de ces réseaux ont une mission d'expertise à l'échelle régionale et sont pour certains d'entre eux engagés dans une démarche de rapprochement sur le périmètre de la grande région.

Certains réseaux sont autorisés par l'ARS pour des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) principalement axés diabète et obésité (1 en Alsace, 2 en Champagne-Ardenne et 13 en Lorraine). Par ailleurs, l'Alsace compte également 7 réseaux métaboliques qui couvrent intégralement l'ante-région. Ces réseaux, 4 pour les adultes et 3 pour les enfants, ont des activités de dépistage et d'éducation thérapeutique du patient atteints de diabète, d'obésité et/ou de maladies cardiovasculaires, auxquels s'ajoutent depuis 2015 les enfants asthmatiques. En 2016, le montant FIR alloué à ces réseaux s'élève à 3,3 millions d'euros.

- **Une émergence progressive de nouveaux dispositifs au service de la coordination des acteurs en santé : PAERPA, PTA, ESP, CPTS**
 - Le dispositif PAERPA

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (LFSS) prévoit des expérimentations relatives au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Ce projet s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de Santé impulsée en 2012, dans un double objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et d'efficacité des soins. La mise en œuvre du projet pilote PAERPA nécessite une démarche partenariale, permettant d'assurer un lien renforcé entre les différents secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, hospitaliers et ambulatoires.

Dans ce cadre la coordination territoriale d'appui (CTA) est un service offert aux professionnels de santé et en particulier aux médecins de ville qui préfigure les plateformes d'appui (PTA), mais à destination des personnes de plus de 75 ans.

L'expérimentation du dispositif PAERPA est déployée sur le territoire du Grand Nancy depuis 2014, et une CTA bi-sites incluant le territoire de Lunéville est fonctionnelle à ce jour ; l'extension du dispositif sur le reste du département 54 devrait se faire en 2 temps sur l'année 2017 (nord 54, puis centre 54). L'expérimentation a été reconduite jusqu'en fin 2018.

L'ouverture de la CTA sur d'autres populations que les personnes âgées est toutefois en cours de réflexion.

- Les plateformes territoriales d'appui (PTA)

Les fonctions d'appui aux professionnels de santé sont organisées dans un objectif de réponse aux besoins de la population et aux demandes des professionnels. Les modalités de leur mise en œuvre reposent sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre l'agence régionale de santé, les

acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les usagers.

L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient (évaluation de la situation, appui à l'organisation de la concertation pluri professionnelle, planification de la prise en charge).
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination (diffusion d'outils, aide à l'élaboration de protocoles).

Dès 2015, une plateforme PTA est expérimentée sur le territoire des Ardennes (Vouziers) à l'initiative du réseau ADDICA-CAREDIAB sur le modèle ARESPA.

En 2016, un travail est mené sur l'Eurométropole de Strasbourg, en partenariat avec la ville, le Conseil départemental et l'URPS des médecins libéraux, pour réfléchir à la mise en place d'une PTA-MAIA.

Quatre projets portés par des réseaux de santé ont reçu en mars 2017 un avis favorable du comité de sélection des PTA : Vosges, Meuse, Sud Ardennes, Bazancourt et Grand Reims. D'autres projets devraient être présentés en cours d'année, notamment sur le reste territoire alsacien.

Un travail partenarial est engagé entre l'ARS et l'URPS des médecins libéraux pour l'accompagnement au déploiement des dispositifs.

- Les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé. Elles se situent à l'échelle de la patientèle. Elles peuvent comprendre ou non un projet immobilier, être constituées sur un ou plusieurs sites. Les ESP se mobilisent autour d'un projet de santé commun à l'équipe.

Les CPTS rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné. Deux projets de CPTS sont en réflexion sur le territoire du Vitryat et entre les PS d'Orbey, de Lapoutroie et la MSP de Freland.

///3.4 Biologie médicale, une offre très inégalement répartie sur le territoire du Grand Est

En région Grand Est, 372 sites de laboratoire de biologie médicale sont exploités par 77 entités juridiques. 49% des sites réalisent uniquement les phases pré-analytique et post-analytique, la phase analytique étant pratiquée sur un autre site (plateaux techniques).

La répartition des sites par département présente une très forte hétérogénéité. Près de la moitié de l'offre est concentrée sur deux départements, le Bas-Rhin (90 sites, 26% de l'offre) et la Moselle (83 sites, 22% de l'offre). A l'opposé, deux départements comptent moins de 2% de l'offre : la Haute-Marne (9) et de la Meuse (6). Rapporté à la population, la région Grand Est compte 6,7 sites de biologie médicale pour 100 000 habitants avec de très fortes disparités régionales. Ainsi, les départements de Meurthe-et-Moselle, de Moselle et du Bas-Rhin présentent une densité très élevée, supérieure à 7 sites/100 000 habitants tandis que la Meuse et les Ardennes ont des densités inférieures à 4 sites/100 000 habitants.

// 4 LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION

La promotion de la santé et la prévention nécessite la mobilisation de nombreux acteurs qui ne relèvent pas uniquement du 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'État.

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.

A l'échelon national, c'est le Ministère de la santé qui a la charge de concevoir les politiques de prévention, sachant que de nombreux autres ministères (Travail, Environnement, Agriculture, Education Nationale...) sont parties prenantes compte tenu de l'impact sanitaire potentiel des politiques qu'ils sont amenés à promouvoir. Des agences et organismes sont particulièrement impliqués : l'Agence Nationale de Santé Publique (Santé Publique France), l'Agence nationale de sécurité sanitaire et de l'environnement (ANSES), l'Institut National du Cancer (INCA) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Les organismes d'assurance maladie et les complémentaires santé sont aussi des acteurs majeurs de prévention.

Les politiques nationales de prévention et de promotion de la santé sont déclinées et mises en œuvre au niveau de chaque région, à un niveau régional et infrarégional.

// 4.1 Les acteurs au niveau régional

A l'échelon régional, on retrouve principalement l'ARS chargée du pilotage et de la mise en œuvre de la politique de santé publique, en lien avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile ; le conseil régional ; les organismes d'assurance maladie, la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale et les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)

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 ou prometteuses mais également inefficaces ;
- Allocation de moyens ;
- contribution au développement des compétences des acteurs en promotion de la santé et éducation thérapeutique.

//4.2 Les acteurs au niveau infrarégional

On retrouve les conseils départementaux, les communes et le système éducatif qui est l'un des principaux acteurs de prévention des jeunes (même s'il ne faut pas oublier le rôle important des familles).

Les médecins généralistes contribuent très largement à la prévention médicalisée : activités de vaccination, de repérage précoce et d'intervention brève (alcool, cannabis,...), de conseils minimaux pour le tabagisme, de dépistage. Toutes ces activités de prévention s'effectuent au fil des consultations. Ces pratiques cliniques préventives gagneraient à être organisées à l'échelle d'une patientèle, d'un territoire donné afin de prendre une dimension collective. C'est l'un des enjeux de la médecine ambulatoire de demain.

Les médecins du travail évaluent les risques auxquels les salariés sont exposés et planifient la prévention en fonction des risques identifiés.

Les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de premier recours et donc à l'éducation à la santé, la prévention et le dépistage. Ils peuvent également intervenir dans l'éducation thérapeutique du patient.

Il en est de même des autres professionnels de santé et notamment des infirmiers.

L'hôpital, qui a pourtant une mission de prévention, a une activité qui reste en matière de prévention, marginale. Toutefois, il faut souligner le développement au sein des établissements de santé, de nombreux programmes d'éducation thérapeutique, principal investissement en prévention des établissements hospitaliers.

Enfin, le rôle des associations est à souligner, qu'elles soient thématiques (VIH, cancer, addictions, etc.) ou de patients, regroupant les personnes malades ou leurs proches; si leur investissement dans le champ de l'éducation pour la santé en prévention primaire et dans l'accompagnement des malades est reconnu de longue date, elles s'engagent de plus en plus dans l'éducation thérapeutique du patient, certaines ayant formé des patients experts qui interviennent dans les programmes d'éducation thérapeutique, aux côtés des professionnels de santé. Ces associations sont devenues incontournables pour des actions ciblées en direction de groupes spécifiques, de populations difficilement accessibles.

Les missions de ces acteurs sont les suivantes :

- Déclinaison de la politique et des stratégies régionales réalisation (ou contribution à) d'un diagnostic de santé local et partagé
- Coordination des acteurs sur le territoire de santé
- retour, vers le niveau régional, des expériences sur les actions réalisées
- Allocation de moyens
- 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

Tableau 3 – Principaux acteurs et structures par niveaux

REGION	DEPARTEMENT	INFRADEPARTEMENTAL
	Services de santé au travail	
	Services de santé scolaire	
	Services de santé universitaire	
	Conseils départementaux	
	Conseil régional	
	Administration pénitentiaire et PJJ	
	DRJSCS	
	DREAL	
	DRAAF	
		Communes, groupements de communes
		Missions locales
		Structures d'hébergement social et d'insertion
	Associations spécialisées en prévention	
		Centres sociaux
	Associations de patients ou d'usagers	
	Acteurs de la protection de l'environnement	
	CSAPA, CAARUD et autres établissements médico-sociaux	
	Etablissements de santé	
	Réseaux de santé	
	Professionnels de santé	
	Pôles, maisons et centres de santé	
	Structures de gestion du dépistage organisé des cancers	
		CV, CLAT, CEGIDD
		CPEF
	Assurance Maladie	
	Mutuelles	
	Structures d'enseignement et de formation dans le champ de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé	
	IREPS	
	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 des observatoires régionaux de santé (ORS et des associations pour la qualité de l'air.

/// 4.3 Exemples d'actions / interventions en prévention et promotion de la santé menées en région Grand Est

▪ Formations des distributeurs d'eau à la bonne gestion des installations d'eau potable

La qualité bactériologique de l'eau du robinet représente un enjeu sanitaire majeur. Dans ce contexte, les ex ARS Alsace, Champagne- Ardenne, Lorraine, l'Agence de L'Eau Rhin-Meuse et le Centre National de la Fonction Publique Territoriale, ont décidé de s'associer afin de mettre en place une action de formation à destination des élus et agents territoriaux gérant des réseaux de distribution d'eau pour lesquels des problèmes de qualité ont été constatés.

Ainsi, courant 2015, 146 participants représentant 111 collectivités ont participé à une des 17 sessions organisées sur le terrain et assurées par l'Office International de l'Eau. 43 % des collectivités invitées ont participé à cette formation. Les retours des participants sont positifs. L'opération menée en 2015 sur la partie Ouest du bassin va se poursuivre sur la partie Est en 2016, notamment en région Alsace.

▪ Lycéen bouge, une priorité pour ta santé... !

Projet 2015-2018 porté par la Mutualité Française en Champagne Ardenne, afin de promouvoir les comportements favorables à la santé des lycéens par le bien vivre ensemble, le développement de l'activité physique et l'éducation alimentaire des lycéens.

Ce projet comporte un temps de diagnostic, de mise en œuvre et d'évaluation. S'adressant aux établissements volontaires (enseignement général, professionnel et agricole) souhaitant s'engager sur 3 ans, il vise des lycéens, les personnels des lycées et leur environnement (parents d'élèves,

restauration scolaire, activités physiques extra scolaires, transports scolaires, structures sanitaires, structures sociales...). Une recherche interventionnelle en Santé Publique conduite par l'Université de Reims Champagne- Ardenne doit permettre d'identifier les actions prometteuses du programme.

- **Comportements Alimentaires des Enfants et des Adolescents (CAAPS)**

Ce projet CAAPS vise à diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles en agissant sur plusieurs paramètres : amélioration de l'offre alimentaire, soutien aux enseignants pour la pratique d'activités physiques avec les élèves, mise en place de formations sur l'équilibre nutritionnel et l'hygiène de vie auprès des personnels.

Au 31 décembre 2015, 177 écoles étaient concernées dans 11 circonscriptions et 321 professeurs des écoles, dont 83 directeurs ont été formés.

Cette action est portée par le Rectorat de l'académie de Strasbourg et financée par l'ARS et le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

- **Situation des femmes en situation de vulnérabilité au dépistage du cancer du sein**

Dans le cadre du Contrat Local de Santé de l'Agglomération Forbach - Porte de France, l'AMODEMACES (Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses) en collaboration avec l'IREPS Lorraine (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) a réalisé un support vidéo de sensibilisation du dépistage organisé du cancer du sein avec une dizaine de femmes issues de trois quartiers différents de la ville et les professionnels des structures sociales. L'objectif poursuivi est de renforcer les connaissances des populations en situation de vulnérabilité en expliquant ce qu'est une mammographie et l'intérêt du dépistage du cancer du sein.

- **« Cet autre que moi », action portée par l'association « Je Tu Il »**

Cofinancé par l'ARS et le conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, ce projet a permis de former 39 personnels au sein des collèges. S'appuyant sur les questions liées à la puberté, à la sexualité et à la différence, notamment la différence des sexes, cet outil permet de travailler sur les problématiques rencontrées par les jeunes adolescents (les nouveaux médias, le statut de victime, le rôle prédominant du groupe de pairs, la question de l'image) tout en questionnant la place de l'adulte dans les espaces d'éducation et dans les actions de prévention de la violence.

/// 5 LA TÉLÉMÉDECINE

La télémédecine s'est développée sur le territoire du Grand Est principalement autour du programme national décomposé en 5 domaines prioritaires :

- La permanence des soins en imagerie et de manière plus large la télé-radiologie ;
- La prise en charge de l'AVC ;
- La santé des personnes détenues ;
- La prise en charge des maladies chroniques ;
- Les soins en structures médico-sociales ou en HAD.

L'état des lieux présenté ci-après, tout en étant relativement complet, n'a pas vocation à être exhaustif. L'objectif est de montrer l'ensemble des champs investis par la télémédecine en région Grand Est, à la fois sur les 5 domaines prioritaires nationaux et les actions menées régionalement.

Il est à noter aussi que dans le cadre du développement de la télémédecine en région Lorraine, le GCS Télésanté Lorraine opère 2 plateformes de télémédecine : ODYS pour les téléconsultations et TLor pour la télé-expertise en imagerie médicale.

/// 5.1 Les actions menées dans les 5 domaines prioritaires nationaux

5.1.1 L'imagerie médicale

Dès 2008, la télé-radiologie a fait l'objet d'un projet en Lorraine dont l'objectif était de porter une organisation régionale en réponse aux difficultés rencontrées par les établissements sanitaires pour assurer en particulier la permanence des soins. Même si le projet n'a pas pu aboutir à la mise en œuvre d'une organisation régionale, il a permis d'apporter un service de demande d'examen et transfert d'imagerie médicale, « TLor ». Ce système est aujourd'hui très largement utilisé par l'ensemble de la communauté de professionnels avec plus de 60 000 actes TLor.

TLor a permis aussi de moderniser un réseau de télé-expertise en neurosciences, reliant le CHU de Nancy, aux principaux centres hospitaliers de la région Lorraine, qui avait été initié dès 1992.

Par ailleurs, la région Champagne-Ardenne a soutenu des coopérations locales autour des 4 établissements de référence : centres hospitaliers de Troyes, de Charleville-Mézières, de Saint-Dizier et CHU de Reims.

5.1.2 La prise en charge de l'AVC

Les régions Champagne-Ardenne et Lorraine ont accompagné et piloté un développement régional du Télé-AVC permettant de prendre en charge au plus tôt et au plus près les patients en phase d'aigüe d'AVC.

Un réseau s'est aussi constitué en Champagne-Ardenne avec les établissements de Reims, Troyes, Saint-Dizier, Charleville-Mézières, Remilly sur Seine, Chaumont et Langres avec une 60 aine d'actes.

Ainsi, un réseau de centres de thrombolyse de proximité (Sarrebouurg, Mont-St-Martin, Bar le Duc, Verdun, Neufchâteau) s'est construit en Lorraine autour du site d'expertise du CHU de Nancy via les services régionaux de téléconsultation (ODYS) et de télé-radiologie (TLor). Ces services permettant aussi un appui par le CHU de Nancy de l'Unité Neuro-vasculaire d'Épinal. On compte aujourd'hui 821 actes de Télé-AVC (depuis 2013) et une augmentation significative du nombre de thrombolyse.

5.1.3 La santé des personnes détenues

La mise en place du service de téléconsultation ODYS a permis de développer, à partir de 2013, la téléconsultation en unités sanitaires autour de spécialités telles que la dermatologie et l'anesthésie avec plus de 660 actes, dispositif impliquant les établissements suivants :

- CHR de Metz Thionville avec la maison d'arrêt de Metz-Queuleu en dermatologie

- CHRU de Nancy avec le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville en anesthésie et en dermatologie
- CH intercommunal Emile Durkheim d'Epinal avec la maison d'arrêt d'Epinal en anesthésie

L'expérimentation générale de télémédecine lancée en 2012 en Alsace a permis aussi de développer la téléconsultation entre le CH de Colmar et la Maison Centrale d'Ensisheim avec une cinquantaine d'actes.

5.1.4 La prise en charge des maladies chroniques

Dans le champ des maladies chroniques, la télémédecine s'est développée sur le territoire Grand Est principalement autour de l'insuffisance rénale. La téléconsultation permet à des associations de dialyse d'assurer à distance les consultations de patients lors de leurs séances de dialyse en unité de dialyses médicalisées (UMD). C'est le cas pour :

- L'Association Régionale de Promotion de la Dialyse à Domicile (ARPDD) de Champagne-Ardenne avec l'UMD de Saint-Dizier ;
- l'Association Lorraine de Traitement de l'Insuffisance Rénale (ALTIR) avec les UMD de Bar le Duc, Saint-Dié, Thionville et Sarreguemines pour près de 6 000 actes depuis 2013 ;
- L'Association Saint André (ASA) avec les UMD de Freyming-Merlebach et de Saint-Avold pour près de 1000 actes depuis 2013.

L'ARS a aussi accompagné en 2015 et en 2016 une expérimentation de l'ASA de télésurveillance de patients dialysés à domicile, via des objets connectés.

5.1.5 Les soins en structures médico-sociales ou en HAD

Le champ des soins en structures médico-sociales a été fortement investi par la télémédecine depuis 2013 sur l'ensemble du territoire Grand Est dans le cadre d'expérimentations régionales.

■ Téléconsultations en établissement médico-social

- CHRU de Nancy avec 5 EHPAD du Grand Nancy : près de 260 actes depuis mai 2014 en gériatrie (via ODYS) ;
- Une activité de téléconsultation psychiatrique avec ces mêmes EHPAD et Centre Psychothérapeutique de Nancy Laxou a aussi été très récemment mise en œuvre
- Hospitalor Saint-Avold avec 4 EHPAD au sein de groupe SOS : une 30aine d'actes depuis octobre 2014 en gériatrie, plaies-cicatrisation et psycho-gériatrie (via ODYS) ;
- CHR de Metz Thionville avec 3 de ses EHPAD : plus de 90 actes depuis juin 2014 en gériatrie (via ODYS) ;
- 14 EHPAD avec 4 sites experts sur l'ensemble du territoire alsacien : plus de 1 100 actes depuis 2013) en :
 - Dermatologie, suivi de plaies et cicatrisation : 60 %
 - Médecine générale, gériatrie : 25 %
 - Psychiatrie, neuropsychologie : 5 %
 - Autres : 10% (ORL, Soins palliatifs, télé-échographie, pneumologie)
- Téléconsultations et télé-expertise multi-spécialités entre la MAS de Cernay et le CHU de Reims : près de 30 actes depuis 2015.

■ Téléconsultations entre SAMU et EHPAD dans le cadre de la régulation médicale

- SAMU 54 avec 12 EHPAD (expérimentation en cours avec ODYS)
- SAMU 88 avec 6 EHPAD (expérimentation en cours avec ODYS)
- SAMU 10 avec 9 EHPAD

■ Téléconsultations et télé-expertises en HAD

- Des projets autour de la télémédecine concernant les plaies chroniques et cicatrisation en HAD, entre autre, ont démarré en Lorraine (via ODYS) et en Alsace (TELECICAL) pour plus de 500 actes.

// 5.2 Les autres activités de télémédecine

En dehors des 5 domaines retenus dans le cadre du programme national, d'autres activités de télémédecine en routine ou expérimentales ont été mises en œuvre sur la région Grand Est.

▪ Les urgences

- Téléconsultation en urgence et en mobilité sur le territoire de Gérardmer entre des infirmières protocolées du SDIS et le SAMU 88 : 13 actes depuis 2015
- Téléconsultations dans le cadre de la prise en charge des grands brûlés sur le territoire du Grand Est et de la Bourgogne Franche-Comté. Aide au diagnostic et à l'orientation des patients brûlés dans le cadre d'une relation à 3 (entre le médecin urgentiste du SMUR, le médecin régulateur du SAMU, l'expert du centre des Grands Brûlés (Metz et Nancy)) (via ODYS, en mobilité pour le médecin du SMUR) : très peu d'actes

▪ Les soins de ville

- Téléconsultation en addictologie entre le Centre d'Aide de St Mihiel et la MSP de Revigny sur Orain : près de 30 actes depuis fin 2014.
- Démarrage d'une expérimentation de téléconsultations primaires à Oberbrück, dans un cadre de désert médical, organisées par l'association ASAME.

▪ Le dépistage

- Dépistage de la rétinopathie diabétique en Champagne Ardenne via un rétinographe mobile et organisé par le Réseau AddicaCarédiab : plus de 3000 actes depuis 2009.
- Démarrage d'une activité de dépistage de rétinopathie diabétique à Dieuze en lien avec l'Hôpital-Clinique Claude-Bernard de Metz

/// 6 LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

La région Grand Est est la seule région française à partager sa frontière de 760 km¹⁴ avec 3 pays de l'Union européenne et un pays hors UE, dont 2 pays francophones et 2 pays germanophones. Ce sont le Royaume de Belgique, le Grand-Duché de Luxembourg, la République Fédérale d'Allemagne et la Confédération suisse. Comme 45% des frontières françaises se trouvent sur la région Grand Est, cela explique l'importance du transfrontalier pour cette région.

6.1.1 Le poids de travailleurs transfrontaliers

La position géographique de la région Grand Est favorise un fort taux de travailleurs frontaliers de l'ordre de 7%¹⁵ de la population active. Les travailleurs frontaliers qui exercent leur activité professionnelle dans un pays de l'UE ont la particularité d'avoir accès aux systèmes de santé de leur lieu de résidence et de leur lieu de travail. En 2012, l'INSEE estimait le nombre de travailleurs frontaliers¹⁶ dans le Grand Est à 159 600 personnes, ce qui représente 44 % de l'ensemble des navetteurs français. La majorité des travailleurs frontaliers résident dans le département de la Moselle (67 500 soit 42 % de l'ensemble des frontaliers du Grand Est), suivi du Haut Rhin (40 400¹⁷) et de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin (22 000 chacun)¹⁷.

Le Luxembourg et les deux cantons de Bâle en Suisse comptent le flux le plus important de travailleurs frontaliers au sein du Grand Est. En 2012, le Luxembourg est la destination de 69 000 frontaliers du Grand Est, l'Allemagne de 46 000, la Suisse de 36 100, la Belgique 8 500. Dans la zone d'emploi de Longwy et de Saint-Louis, les travailleurs frontaliers représentent 49% et 41% de la population active.

Le Grand Est est également une région touristique qui a attiré 22,6 millions de touristes, en 2015, dont 12,5 millions en Alsace, 5,1 millions en Lorraine et 5 millions en Champagne-Ardenne¹⁸.

6.1.2 Les coopérations transfrontalières

De nombreuses structures de coopérations territoriales transfrontalières ont été créées telles que les Eurodistricts, les GECT (Groupement Européen de Coopération Territoriale) pour répondre aux besoins de la population. La région Grand Est fait partie de deux territoires eurorégionaux de coopération transfrontalière basés sur des traités internationaux : la Conférence du Rhin Supérieur franco-germano-suisse et la Grande Région franco-germano-belgo-luxembourgeoise. Ces structures sont devenues le lieu privilégié de la concertation transfrontalière sur les questions de la vie quotidienne, dont la santé. L'ARS Grand Est participe à différents groupes de travail au sein de ces structures.

▪ Les accords-cadres intergouvernementaux sur la coopération transfrontalière

Afin de consolider et de développer la coopération sanitaire transfrontalière, la France a signé des accords-cadres avec l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse permettant de favoriser la conclusion de conventions locales de coopération sanitaire afin de favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les régions frontalières visées. Actuellement, les accords-cadres franco-luxembourgeois et franco-suisse sont en voie de ratification.

Pays	Allemagne	Belgique	Suisse	Luxembourg
Accord-cadre signé le	22/07/2005	30/09/2005	27/09/2016	21/11/2016

¹⁴ Diagnostic de la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine (ACAL), Préfectures Régions Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine, Juillet 2015, p : 90

¹⁵ Insee Analyses Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine N° 3 - février 2016

¹⁶ Le terme travailleur frontalier désigne toute personne qui exerce son activité professionnelle dans un pays différent du pays de résidence et qui retourne quotidiennement, ou au moins une fois par semaine à son domicile.

¹⁷ Insee Analyses Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine N° 3 - février 2016

¹⁸ Observatoire Régional du Tourisme d'Alsace, Observatoire Régional du Tourisme de Champagne-Ardenne, Observatoire Lorrain du Tourisme, mars 2016

Entre la France et la Région wallonne de Belgique, un accord cadre a été conclu en 2011 dans le domaine médicosocial concernant l'accueil des personnes handicapées en Belgique. Cet accord permet de répartir les rôles et compétences pour assurer les prises en charge des patients handicapés en Belgique.

▪ **Les conventions de coopération transfrontalière locales**

Venant en application de l'accord-cadre, les conventions locales visent à donner un cadre juridique à la coopération médicale. En pratique, elles ont pour objet de :

- supprimer l'autorisation préalable pour les patients français,
- mettre en place un circuit de facturation qui permet d'éviter les débours des patients français et ceux de l'autre versant,
- déterminer les conditions de transports, d'assurance, de responsabilité.

Des conventions locales ont été conclues avec l'Allemagne sur les thématiques suivantes :

- Aide Médicale Urgente
- les grands brûlés
- la cardiologie
- la néonatalogie
- l'épilepsie
- Formation en soins infirmiers

Sur la frontière franco-belge, des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) ont été développées pour mettre en œuvre des dispositifs de simplifications administrative et financière en matière d'accès aux soins hospitaliers à l'étranger.

Des conventions locales ont été conclues avec la Belgique sur les thématiques suivantes :

- Aide Médicale Urgente
- Soins Intensifs et Réanimation
- Radiologie (IRM)
- Pédiatrie
- Anatomopathologie

/// 7 DÉPENSES DE SANTÉ

Les dépenses de santé totales de la région Grand Est financées par la solidarité nationale représentent un poids économique conséquent en région Grand Est (16,7 Md€). Au côté de l'Assurance maladie, l'ARS est un acteur majeur du financement du système de santé régional en allouant plus de 4,1 Md€ de dépenses de santé.

/// 7.1 Des dépenses de santé en Grand Est de près de 16,7 Md€

Chaque année les ARS élaborent un état financier pour le territoire de leur ressort. Il ne s'agit pas d'un état comptable mais d'un état statistique.

Il retrace l'ensemble des charges relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux¹⁹ pour l'ensemble des financeurs concernés : Etat, régimes d'Assurance Maladie et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il ne prend pas en compte le reste à charge des assurés pour lequel il n'existe pas de statistique régionale.

7.1.1 Qui finance : le poids prépondérant de l'Assurance maladie

Les principaux financeurs sont l'Assurance maladie qui représente près de 87% des dépenses de santé, puis par la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (10%).

Figure 23 – Répartition des dépenses de santé 2015 du Grand Est par financeur



7.1.2 Qui reçoit : les dépenses de soins de ville et des établissements de santé représentent plus de 82% des dépenses totales

En 2015, sur les 197,7 Md€ de dépenses de santé en France, la région Grand Est a dépensé 16,7 Md€ concernant :

- Les dépenses de soins de ville ;
- Les dépenses versées aux établissements sanitaires
- Les dépenses versées aux médico-sociaux ;
- Les dépenses relatives aux prestations AT-MP, invalidités décès hors champ ONDAM ;
- Les autres dépenses sanitaires et médico-sociales ;
- Les dépenses de santé publique.

¹⁹ Les données utilisées sont d'origine variée : bases de données de la sécurité sociale (SNIIR-AM) pour les dépenses de soins de ville ; bases de données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation pour les dépenses hospitalières, les charges constatées dans la comptabilité générale des contributeurs pour le FIR, les crédits de paiement consommés sur le budget de l'Etat (par exemple pour les ESAT) ; et des données issues d'applicatif de gestion comme HAPI sanitaire.

La dépense en Grand Est rapportée au nombre d'habitants est quasi identique à celle du niveau national, environ 3 000 € par habitant, ce qui se confirme en corrélant la part de la population Grand Est, (8,8%) et le poids des dépenses de santé de la région (8.5%).

Enfin, l'évolution 2014/2015 des dépenses de la région est quasi identique à l'évolution « France » avec respectivement 1,68% et 1,73%.

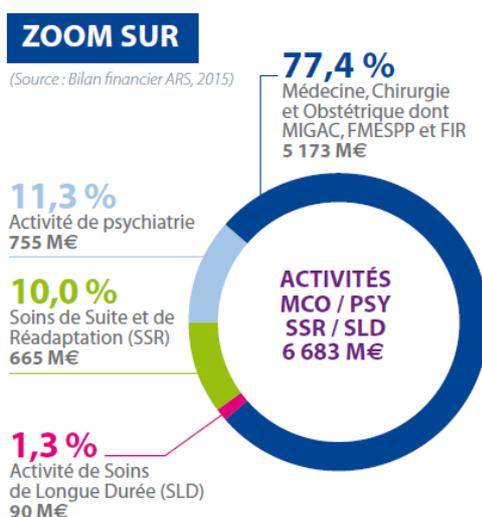
Figure 24 – Répartition des dépenses de santé 2015 du Grand Est par bénéficiaire



7.1.3 Les dépenses des établissements de santé représentent plus de 40% de la dépense régionale

Les dépenses à destination des établissements de santé s'élèvent à près de 6,7 Md€ soit 40% du total des dépenses en région. Plus des trois quarts concernent l'activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO), le quart restant étant à destination des activités de psychiatrie (PSY), de soins de suite et de rééducation (SSR) et soins de longue durée (SLD). Ces dépenses sont en augmentation de 2% entre 2014 et 2015 pour une évolution de 2,15% au niveau national.

A ce niveau également la région est proche de la moyenne nationale avec une dépense de près de 1 200€ par habitant (+2.5% par rapport à la moyenne France).



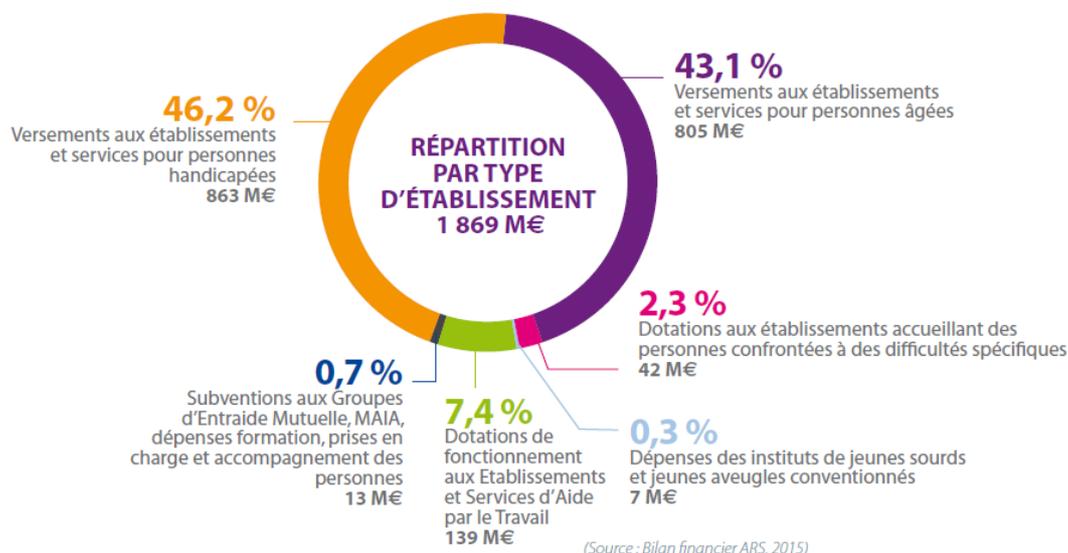
7.1.4 Les dépenses de soins de ville représentent plus de 42% de la dépense régionale

Les dépenses concernant les soins de ville (7 Md€) représentent un peu plus de 42% des dépenses totales de la région. A l'inverse des dépenses à destination des établissements de santé, la dynamique d'activité régionale entre 2014 et 2015 est supérieure à la dynamique nationale avec respectivement 1,6% et 1,4%. En effet, les dépenses d'honoraires progressent de la même manière qu'à la maille nationale (+ 3,3%), l'écart provenant des dépenses de médicaments et de dispositif médicaux avec un écart de 0,2 points par rapport à l'évolution nationale.

7.1.5 Les établissements médico-sociaux représentent 11% de la dépense régionale

Les versements aux établissements sociaux et médico sociaux représentent un peu plus de 11% des dépenses de santé (1,9 M€). Ce montant n'intègre pas les financements des conseils départementaux (dépendance).

Le montant des dépenses par habitant (337 €) est légèrement supérieur à la moyenne nationale de 2%. La variation des dépenses 2014/2015 est également supérieure à la variation nationale (2,1% contre 1,8%) expliqué par la forte dynamique du secteur personnes âgées.

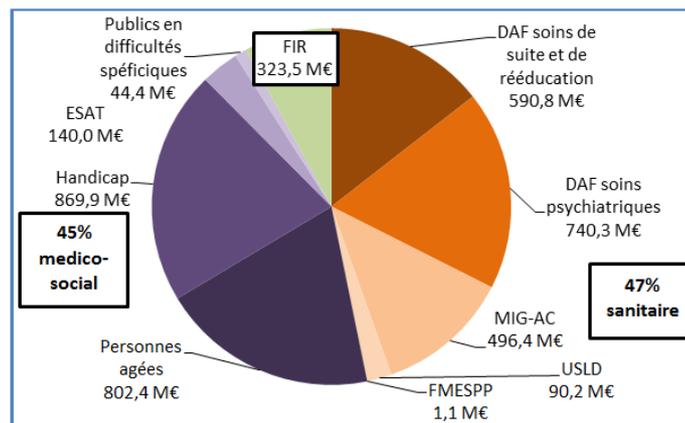


// 7.2 4,1 Md€ de dépenses de santé financées par l'ARS

Pour mettre en œuvre les priorités définies dans la stratégie nationale de santé à l'échelon régional, elle dispose de compétences élargies en matière d'autorisation, notamment financières. Ainsi, en 2016, l'ARS Grand Est a délégué 4,1 Md€ dont :

- 47% des financements à destination du secteur sanitaire ;
- 45% à destination du secteur médico-social ;
- Le fonds d'intervention régional, levier financier de l'ARS Grand Est pour financer ses priorités, représente 8% de la totalité des financements, soit 323,5 M€ en 2016.

Figure 25 – Répartition des financements alloués par l'ARS en 2016



Source : ARS

7.2.1 Le secteur médico-social : 1,8 Md€

Sur le secteur médico-social, l'ARS notifie les crédits des établissements sociaux et médico-sociaux en charge des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre de la trajectoire définie par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social.

A ce titre l'ARS est moteur de la mise en œuvre des réformes nationales pour le pilotage de ces établissements, notamment via le levier de la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. En 2016, ce sont 1,8 milliards d'euros qui ont été délégués aux établissements du secteur médico-social.

7.2.2 Le secteur sanitaire : 1,9 Md€

L'ARS notifie également aux établissements sanitaires les enveloppes régionales correspondant aux missions d'intérêt général (MIG), à l'aide à la contractualisation (AC) et aux dotations annuelles de financement (DAF) pour les établissements de soins psychiatriques et de soins de suite et rééducation (SSR). L'ARS finance également les unités de soins de longue durée (USLD) et les actions du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Ces différentes enveloppes représentent près de 1,9 Md€ pour le financement des actions du secteur sanitaire en 2016.

7.2.3 Le fonds d'intervention régional : 324 M€

Enfin, depuis 2012, les ARS disposent d'un levier financier stratégique, le fonds d'intervention régional (FIR), qui contribue à la mise en œuvre du projet régional de (FIR). Regroupant des crédits auparavant alloués de manière distincte à des priorités de santé transversales, le FIR a vocation à décloisonner les financements des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-sociale afin d'appréhender les politiques de santé dans leur globalité.

En 2016, les missions financées dans le FIR Grand Est sont :

- **Le développement de l'offre de prévention (mission 1 ; 11% du FIR) et de l'éducation thérapeutique du patient :**

La prévention est la première priorité du FIR. A ce titre les crédits de prévention sont protégés par le mécanisme de « fongibilité asymétrique ».

Les contrats locaux de santé (CLS) sont le support privilégié pour la mise en œuvre territorialisée des politiques de prévention. Les actions financées sont nombreuses et reflètent la diversité des priorités territoriales en matière de santé (actions de dépistage, prévention des souffrances psychiques chez les jeunes en maisons de quartiers, activité physique pour les malades...) ;

- **La promotion des parcours de soins (mission 2 ; 19,8% du FIR)**

Il s'agit d'améliorer la coordination des professionnels de santé : projet PAERPA, installation des plateformes territoriales d'appui (PTA), financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et des MAIA ou le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

- **Le renforcement de l'accès aux soins (mission 3 ; 25,8% du FIR)**

Cette mission correspond à la réorganisation de la permanence des soins, le soutien au développement des maisons de santé pluridisciplinaires et de la télémédecine.

- **L'amélioration de la performance du système de santé (mission 4, 43,3% du FIR) et des conditions de travail du personnel.**

A titre d'illustration le FIR soutient le déploiement des programmes d'optimisation des achats (PHARE) et de dématérialisation (PESV2) pour augmenter l'efficacité des établissements de santé.

- **Le développement de la démocratie sanitaire (mission 5, 0,1% du FIR)**

Inclut le financement du fonctionnement des instances de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), d'actions de formation et de débats publics.

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr

