

II.4. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS)

SOMMAIRE

Introduction	2
L'offre de soins Ambulatoire	3
L'offre de soins Hospitalière	52

Introduction

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS) comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération : son intégration au sein du PRS et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Le SROS-PRS a pour objectif l'amélioration de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population. Il doit donc devenir un véritable levier pour la transformation de l'organisation des soins, en substituant aux organisations de soins traditionnelles, des organisations plus efficaces et en mobilisant des outils favorisant la qualité de soins.

Le volet ambulatoire détermine la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'action en matière de structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours pour répondre aux problèmes de démographie médicale de la région Lorraine. Il entend ainsi améliorer la prise en charge globale du patient en renforçant les articulations entre les professionnels de premier et de second recours et les acteurs locaux présents sur le territoire.

Le volet hospitalier positionne et dimensionne l'offre de soins hospitalière au regard des besoins de santé territoriaux, en tenant compte du diagnostic régional, avec les évolutions qu'il convient de conduire. En particulier il s'agira d'optimiser l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des soins hospitaliers et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète, en cohérence avec les principes d'accès, de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité.

L'offre de soins Ambulatoire

Introduction

Le volet ambulatoire du SROS, ayant une valeur essentiellement indicative, a pour ambition de déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de premier recours, voire de second recours. Il concerne donc l'ensemble des professionnels de santé et des structures de ville. Il constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de soins ambulatoires que l'ARS doit mener avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST.

Le volet ambulatoire du SROS doit également préciser les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Dans ce cadre, ce zonage, pluri-professionnel, constitue la partie opposable du volet ambulatoire. Afin de viser une cohérence nationale, le Ministère a fixé pour chaque région un seuil : en Lorraine, les zones fragiles ne peuvent couvrir plus de 7,5 % de la population régionale. Les dispositions relatives à ce zonage doivent faire l'objet d'un arrêté.

Pour l'élaboration du SROS ambulatoire, l'ARS de Lorraine a souhaité être au plus proche des réalités du terrain en organisant, de février à septembre 2011, des réunions départementales associant : Préfet de Département, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseil Général, Association départementale des maires, URPS, représentants des Ordres professionnels, CARMi EST (57), FEMALOR et Union des pôles de santé en Lorraine, Raoul-IMG (internes en médecine générale), ainsi que des représentants des usagers.

Par ailleurs, une équipe projet de l'ARS s'est vu confier le suivi des travaux, en cohérence avec les autres volets et/ou schémas du PRS. Elle était constituée de représentants du Département Ambulatoire et Accès à la Santé, de la Direction de la Stratégie et du service statistique, des délégations territoriales de l'ARS, des Départements des Etablissements de santé, des Etablissements médico-sociaux et réseaux de santé, du chef de projet « lutte contre l'exclusion », du Directeur de projet GDR, du chef de projet « systèmes d'information de santé » et du référent transfrontalier.

Au total, vingt-deux réunions, dont seize départementales, se sont tenues pour l'élaboration de ce volet.

Comme les autres schémas, le SROS-PRS volet ambulatoire, s'appuyant sur un diagnostic partagé de la région Lorraine, décline les priorités et objectifs spécifiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) en objectifs opérationnels et plans d'actions associées.

En Lorraine, outre un contexte démographique et social contrasté, les inégalités devant la santé sont particulièrement marquées, et des difficultés d'accès aux soins, de premier recours notamment, ont été mises en évidence dans les territoires enclavés et les anciennes zones minières.

L'enjeu principal est de garantir et de pérenniser un accès en ambulatoire pour la population Lorraine dans le respect des exigences de PROXIMITE, QUALITE et SECURITE.

La mise en place des soins de premier recours tels que défini par la loi est la priorité absolue.

L'article 36 de la loi HPST en son article L.1411-11 prévoit que **l'accès aux soins de premier recours** ainsi que la prise en charge continue des malades est organisée par l'ARS conformément au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

Le médecin généraliste se trouve ainsi conforté dans ses missions de soins de premier recours par le code de santé publique et comme **médecin traitant** dans le code de sécurité sociale.

Parmi les autres professionnels de santé de premier recours, le pharmacien d'officine est également impliqué. Il prend sa place déjà actuellement dans la permanence des soins ; il peut, sous conditions, renouveler périodiquement des traitements chroniques, et ajuster au besoin leur posologie.

Un exercice de priorisation des objectifs du PSRS a été réalisé par les membres de l'équipe projet de l'ARS et par les participants aux réunions départementales. Il est présenté dans les tableaux suivants.

Grille de lecture :

1 pour l'importance la plus faible, 5 pour l'importance la plus élevée

1^{ère} colonne : résultat synthétique de l'équipe projet ARS

2^{ème} colonne : résultat synthétique des participants aux réunions départementales

3^{ème} colonne : moyenne des deux colonnes précédentes

En orange : objectifs retenus dont le score est compris entre 4,5 et 5

En jaune : objectifs retenus dont le score est compris entre 4 et 4,5

En bleu : objectifs retenus dans le PSRS comme étant relatifs à l'accès à la santé

Priorité régionale 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine

Objectif général n°1 : Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires

1.1 Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du PMSI et de l'Assurance Maladie	1	3,7	2,35
1.2 Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle	4,8	4,5	4,65
1.3 Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique	3,8	3,6	3,7
1.4 Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité	3,4	3,8	3,6
1.5 Développer l'éducation thérapeutique	5	4,7	4,85
1.6 Sensibiliser les acteurs du 1 ^{er} recours à la prévention	4,8	4,7	4,75

Objectif général n°2 : Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide

2.1 Développer l'information et la formation des usagers	3	3,8	3,4
2.2 Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge	4	3,8	3,9
2.3 Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social	4,8	4,7	4,75

Objectif général n°3 : Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neuro vasculaires, maladies respiratoires et suicide

3.1 Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge	2,2	3,2	2,7
3.2 Conforter les pôles d'excellence en cancérologie et maladies cardio neuro vasculaires	1	2,8	1,9

Priorité régionale 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS

Objectif général n°4 : Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes

4.1 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et de l'enfance	3,8	3,3	3,55
4.2 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes	4	3,8	3,9
4.3 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales	3	4	3,5
4.4 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques	4,6	4,7	4,65
4.5 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veille et la sécurité sanitaire et environnementale	2,4	3	2,7
4.6 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la santé mentale	3,8	3,1	3,45

Objectif général n°5 : Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre

5.1 Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires	4,8	5	4,9
5.2 Structurer l'offre de second recours	4	4	4
5.3 Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés	2,8	3,2	3
5.4 Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste	5	4,3	4,65
5.5 Optimiser l'organisation de la permanence des soins	4,8	4,5	4,65
5.6 Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires	3,4	3,2	3,3

Objectif général n°6 : Informer et former les usagers

6.1 Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits	3	2,75	2,875
6.2 Former les usagers au bon usage du système de santé	4	3,8	3,9

Priorité régionale 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Objectif général n°7 : Développer des actions de prévention ciblée

7.1 Prévenir les causes évitables	4,2	4,3	4,25
7.2 Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge	2,8	3,7	3,25
7.3 Repérer et prévenir la souffrance psychologique	4	3,4	3,7
7.4 Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit	2,6	3,5	3,05
7.5 Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie	4,4	3,5	3,95
7.6 Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes	3,75	4	3,875

Objectif général n°8 : Favoriser le fluidité du parcours de soins des personnes en tenant compte de leur situation individuelle

8.1 Elaborer et suivre le projet individuel	4	4	4
8.2 Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social	3	4,5	3,75
8.3 Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant	4,2	4,2	4,2
8.4 Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance	2	3,9	2,95

Objectif général n°9 : Favoriser l'accès au dispositif de droit commun

9.1 Accompagner l'intégration scolaire	1,75	3,2	2,475
9.2 Favoriser l'insertion professionnelle	1,75	3,3	2,525
9.3 Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'inaptitude ou de reclassement professionnel	1,5	3	2,25
9.4 Viser la réhabilitation psychosociale	1,75	3,25	2,5

Priorité régionale 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »

Objectif général n°10 : Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés

10.1 Améliorer la connaissance des besoins	2,75	4,2	3,475
10.2 Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées	1,75	3,3	2,525
10.3 Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins	4,25	4	4,125

Objectif général n°11 : Améliorer le parcours de soins et de vie des personnes

11.1 Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé	3,5	4,7	4,1
11.2 Développer les filières de prise en charge	1,8	4,2	3
11.3 Veiller à une prise en charge globale de la personne	4	4	4

Objectif général n°12 : Développer la culture qualité en recherchant l'efficacité

12.1 Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles	biais	4,3	
12.2 Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux	2,5	3,8	3,15
12.3 Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à - Améliorer la connaissance des établissements - La recherche de l'amélioration de la performance des organisations - La contractualisation avec les acteurs de santé	3,5	3,3	3,4
12.4 Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire	1,5	3,3	2,4
12.5 Développer le démarche qualité	2	3,3	2,65

On note une bonne corrélation entre les objectifs retenus par l'équipe projet de l'ARS et ceux retenus par les participants aux réunions départementales.

Le SROS-PRS volet ambulatoire décline donc ces objectifs spécifiques en objectifs opérationnels et plans d'actions, en cohérence avec ceux prévus dans les 10 priorités nationales de GDR et axes complémentaires régionaux tels que définis dans le programme régional de GDR. L'objectif commun est l'amélioration de l'efficacité du système de santé en Lorraine, à savoir le meilleur rapport entre sa qualité et son coût, en encourageant l'articulation nécessaire entre les différents champs : ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Le premier objectif opérationnel est commun aux trois schémas qui constituent le PRS :

Améliorer l'accès du public à l'information relative au système de santé et garantir le respect du droit des usagers

- En lien avec l'Assurance Maladie (ameli-sante.fr et autres sites de l'Assurance Maladie), faire connaître le système de santé (par exemple, répertoire des centres de santé, des MSP et pôles de santé en Lorraine)
- En lien avec l'Assurance Maladie, informer les usagers quant à leurs droits

Les autres objectifs opérationnels s'articulent autour de quatre axes :

Axe 1 : Partenariat

1. Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé
2. Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie

Axe 2 : Accès

3. Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires
4. Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les territoires en souffrance
5. Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire
6. Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant

Axe 3 : Qualité et prévention

7. Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques
8. Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire

Axe 4 : Coordination

9. Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital

Diagnostic régional et territorial

La Lorraine, seule région française à partager des frontières avec trois pays, est composée de 4 départements : les départements de Meurthe-et-Moselle et de Moselle sont plus fortement urbanisés, au contraire des départements de la Meuse et des Vosges plus ruraux. Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent près d'un habitant sur six.

La Lorraine présente un contexte démographique et social contrasté avec :

- Un regain démographique modeste qui profite principalement aux espaces déjà densément peuplés et qui accompagne un mouvement de périurbanisation
- Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements
- Un vieillissement inéluctable de la population avec des différences marquées entre zones urbaines ou périurbaines et zones rurales
- Un héritage industriel encore présent et une pauvreté monétaire localement élevée, tant urbaine que rurale, et concernant davantage les femmes.

Les inégalités devant la santé sont particulièrement marquées dans la région avec :

- Un état de santé préoccupant en termes de mortalité et de morbidité avec des variations importantes selon les TSP
- Un état de santé dégradé dans les quartiers de la politique de la ville
- Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites.

1 – DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS, DE PREMIER RECOURS NOTAMMENT, DANS LES TERRITOIRES ENCLAVES ET LES ANCIENNES ZONES MINIERES

1.1 – Une présence médicale principalement là où se concentre la population

En Lorraine, comme au niveau national, les effectifs médicaux connaissent un niveau historiquement élevé. Pour autant, la densité médicale est en Lorraine (297 médecins pour 100 000 habitants) moins élevée qu'en France métropolitaine (312). Par ailleurs, la démographie médicale a suivi celle de la population, se concentrant principalement le long du sillon mosellan et dans les territoires peu enclavés.

A - Les médecins spécialistes (hors médecine générale) : une moindre dotation et un ancrage géographique autour des centres hospitaliers

Les médecins spécialistes en activité régulière sont proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine (138,7 pour 100 000 habitants) qu'en France (166,9). Ils se concentrent principalement à proximité des établissements hospitaliers.

La Meuse est le département le plus défavorisé : seulement 69,4 spécialistes pour 100 000 habitants et plus de la moitié des praticiens (55%) est âgé de 55 ans et plus. L'essentiel des spécialistes meusiens exercent à Bar-le-Duc et Verdun. Les faibles dotations meusiennes en pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres attirent particulièrement l'attention.

B - Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus

En Lorraine, selon les sources du Conseil National de l'Ordre, on dénombre 83,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit sept de moins que sur l'ensemble de la France métropolitaine (90,7).

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs. Dans les deux départements ruraux, près de la moitié des médecins généralistes libéraux est âgée de 55 ans et plus (48% en Meuse, 46% dans les Vosges). La proportion peut être localement plus élevée. En Meurthe-et-Moselle, 3 médecins généralistes libéraux sur 10 sont des femmes.

L'exercice libéral de la médecine générale se heurte toutefois à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens.

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

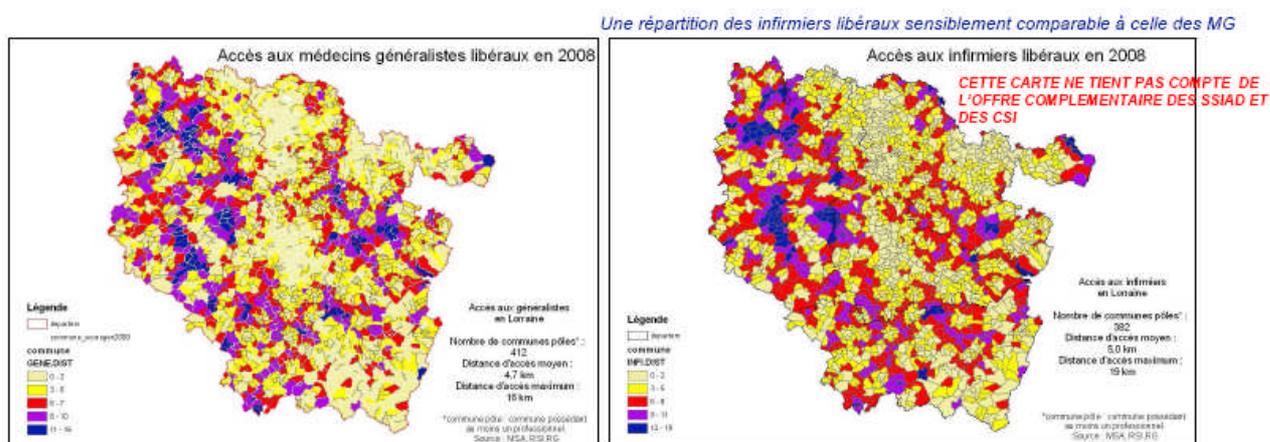
Par ailleurs, la problématique ne peut se limiter à la seule densité médicale ; localement, la charge de travail des médecins en place peut être lourde en dépit d'une couverture médicale apparemment correcte.

1.2 – La démographie plurielle des autres professions de santé de premier recours

A- Les IDEL : une démographie relativement jeune et une répartition sensiblement comparable à celle des médecins généralistes

Les infirmiers libéraux composent un effectif relativement jeune (13% ont plus de 55 ans en Lorraine vs 16% en France métropolitaine). Au 1^{er} janvier 2009 selon la source ADELI, la densité des infirmiers libéraux apparaît en Lorraine inférieure de 13% à la moyenne métropolitaine (102 vs 118 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

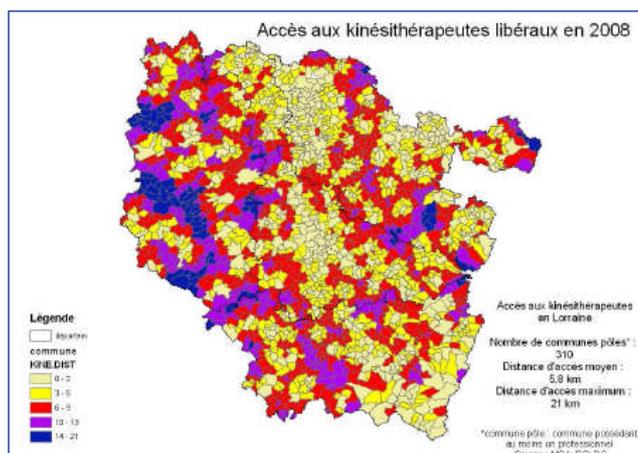
La localisation des infirmiers libéraux paraît sensiblement comparable à celle des médecins généralistes.



Leur répartition laisse apparaître des inégalités territoriales dans un contexte de moindre densité en IDEL et de moindre équipement en places de SSIAD (18,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 18,9 en France métropolitaine).

B - Les masseurs-kinésithérapeutes : faible densité régionale et des disparités départementales marquées

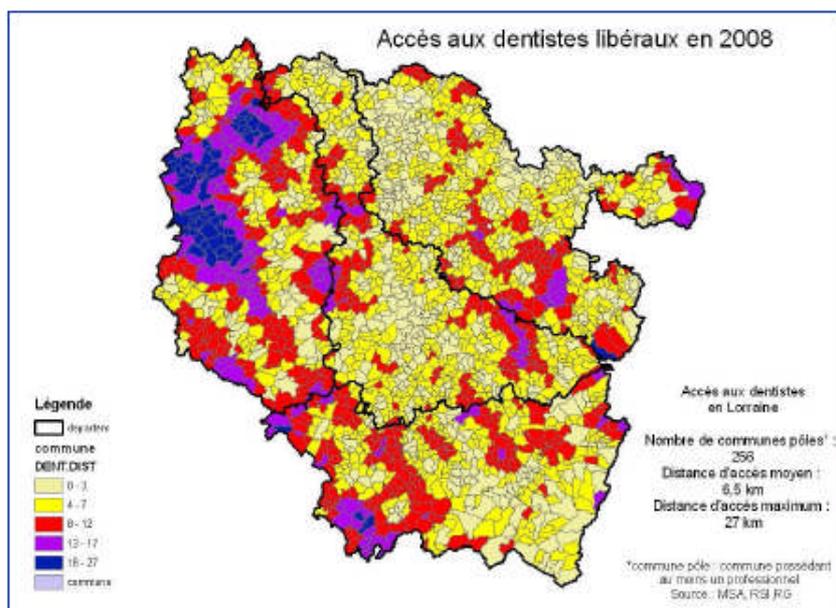
La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux affiche une très faible densité régionale (inférieure de 32% à la moyenne métropolitaine), la Meuse étant le département relativement le moins doté (densité inférieure de 43% à la moyenne en métropole), accentuée par des disparités d'accès marquées.



C - Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité

En Lorraine, la densité des chirurgiens-dentistes libéraux voisine la moyenne nationale (57 vs 60). Dans ce contexte général, le département de la Meuse apparaît relativement fort peu dotée (34 chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants).

La répartition des professionnels est en partie liée aux niveaux et perspectives d'activité professionnelle qu'imposent les conditions de rentabilisation d'un plateau technique lourd et onéreux.



Selon l'URPS lorraine des chirurgiens-dentistes, les praticiens se trouveraient ainsi moins enclins à exercer au sein de maisons de santé qu'à se regrouper entre confrères afin de mutualiser l'investissement matériel nécessaire à l'exercice professionnel.

D - Les officines pharmaceutiques

L'installation des officines est réglementée et obéit à une loi démo-géographique. De fait, la répartition des officines suit globalement celle de la population lorraine.

L'URPS lorraine des pharmaciens souligne cependant que l'activité officinale étant dépendante à plus de 85% des de la prescription, toute modification de l'environnement médical et paramédical est susceptible de produire une incidence sur le maillage officinal du territoire régional. A cela, elle met en exergue de probables difficultés à venir de renouvellement des titulaires qui cesseront leur activité par des pharmaciens disposés à reprendre une officine.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Garantir l'accès à ces professionnels de santé consiste :

- ***à veiller à une équité territoriale pour les territoires d'immédiate proximité***
- ***à rendre attractive la Lorraine aux yeux des professionnels et à favoriser leur bonne répartition sur le territoire***
- ***à anticiper et organiser le futur***
- ***à organiser la permanence des soins ambulatoire.***

2 – DES SERVICES DE SANTE TRES PRESENTS

L'exercice interprofessionnel regroupé se pratique sous deux grandes formes relativement novatrices et composant ce qui est usuellement dénommé des services de santé : dans le cadre des **réseaux de santé** d'une part, au sein de **structures d'exercice collectif** d'autre part

Pour leur part, les structures collectives de prise en charge coordonnée des patients forment elles-mêmes un ensemble protéiforme, constitué des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et des centres de santé.

Ces structures répondent à des objectifs variés :

- pérenniser la présence de professionnels de santé dans des territoires où l'offre de soins, notamment de premier recours, nécessite d'être confortée
- participer à la continuité et à la permanence des soins
- optimiser la prise en charge globale des besoins de santé des populations
- contribuer à la formation des futurs professionnels de santé.

La Loi HPST impose aux maisons de santé et aux centres de santé de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités.

La contractualisation est le maître mot : l'ARS conclut des contrats d'objectifs avec les structures d'exercice coordonné (centres de santé, pôles de santé et maisons de santé, réseaux de santé). Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé est subordonné à la conclusion de ces contrats.

Le volet ambulatoire du SROS doit indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations de maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Il constitue à ce titre un maillage territorial de référence appelé à orienter, notamment par le truchement des conditions d'éligibilité aux financements publics, l'aménagement géographique de ces structures selon les besoins identifiés.

A- Les centres de santé

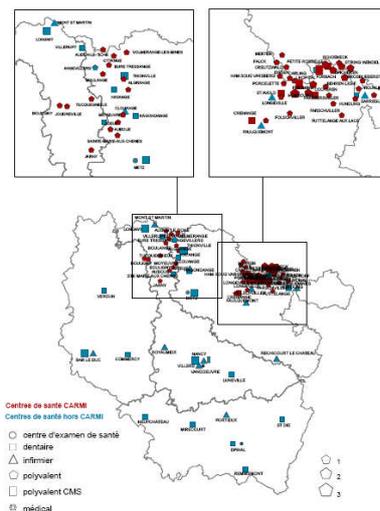
Le régime de sécurité sociale des mines gère le réseau d'offre de santé **FILIERIS**. Depuis 2005, les structures de santé du régime minier, autrefois réservées aux mineurs et à leur famille, sont ouvertes à l'ensemble de la population. On compte actuellement 15 CDS polyvalents dans le bassin ferrifère et 44 CDS (dont 4 dentaires et 2 médicaux spécialisés) dans le bassin houiller.

D'autres centres de santé ne relevant pas du régime minier complètent l'offre de santé.

Localisation des Centres de Santé
au 31.12.2010



Localisation des Centres de Santé
au 31.12.2010



B - Les maisons et les pôles de santé



Les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en Lorraine
(situation au 15 octobre 2011)



Définies par l'article 39 de la Loi HPST, les maisons de santé pluridisciplinaires constituent une forme d'exercice regroupé rénové qui, par la coordination de professionnels de santé autour d'un projet de santé partagé, participe à assurer l'accès à la santé et aux soins de la population dans des territoires fragilisés.

A la faveur d'un mouvement amorcé dès le début des années 2000 en Lorraine, dix-sept structures réputées en activités ont bénéficié de divers financements publics. La mise en œuvre depuis juillet 2010 d'un plan national d'équipement en maisons de santé entretient la dynamique : dix projets ont déjà été retenus en région.

Nombre de projets et de réflexion ont récemment émergé et investissent des territoires jusqu'alors dépourvus. D'autres émergent également dans à grande proximité voire au sein des agglomérations lorraines.

Le département de la Meuse est davantage concerné par des projets fédérant plusieurs implantations de maisons de santé pluridisciplinaires pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés.

L'ensemble des réalisations, constructions, projets et réalisations offre une bonne couverture du territoire régional.

L'article 40 de la loi HPST donne aux pôles de santé une définition et une reconnaissance législatives. Il s'agit d'organisations fonctionnelles, indépendamment de tout regroupement physique.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles fonctionnant à l'heure actuelle. Trois pôles de santé « hors les murs », financés à titre privé, peuvent cependant être comptés.

C - Les réseaux de santé ou de soins

La prise en charge d'un malade est souvent une situation médicale, psychologique et sociale compliquée qui exige l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses. Ainsi, c'est dans l'optique d'apporter une réponse adéquate et coordonnée face à cette situation complexe que les réseaux de santé se sont institués.

Ces réseaux de santé ont pour premier objectif l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par un décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé, les professionnels des champs médico-social et social.

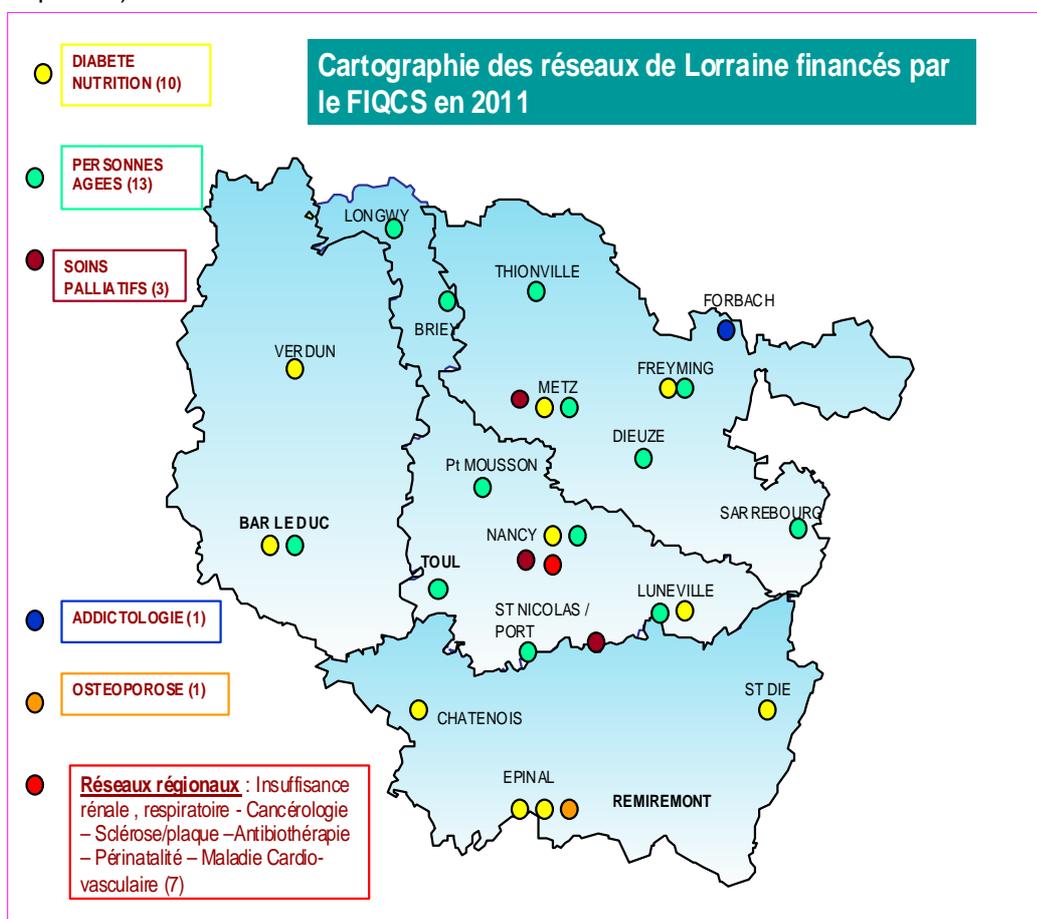
Le constat de ces années de fonctionnement et le souci de cohérence et de lisibilité pour les médecins traitants et leurs patients, ont conduit l'ARS Lorraine à réfléchir à un nouveau mode d'organisation des réseaux au niveau régional et territorial de proximité, dès juillet 2010.

L'ARS de Lorraine a défini la politique régionale suivante en matière de réseaux de santé :

- des réseaux régionaux en charge de l'expertise, formalisation de protocoles en lien avec les référentiels de bonnes pratiques, formation des professionnels de santé,... , sans prise en charge de patients
- des réseaux populationnels, pluri-thématiques et territoriaux, au plus près des besoins des patients et de leurs médecins traitants, s'appuyant sur les réseaux gérontologiques existants.

Actuellement, en Lorraine, l'enveloppe expérimentale du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) sert le financement de :

- 7 réseaux régionaux
- 28 réseaux thématiques (13 gérontologie, 10 diabétologie, 3 soins palliatifs, 1 addictologie, 1 ostéoporose)



3 – DES DISPOSITIONS INCITATIVES DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Adapter les conditions d'exercice aux missions et aux aspirations des professionnels de santé est un préalable obligatoire pour maintenir une démographie suffisante dans les territoires.

Selon une enquête BVA pour l'Académie nationale de Médecine, le constat est le suivant : les généralistes jugent assez convaincante à 89% l'idée de mettre en place des maisons de santé pluridisciplinaire, et à 75% de développer la collaboration libérale et le travail en réseau, à 79% de favoriser l'exercice à temps partiel, et à 75% la mise à disposition d'un local professionnel par les collectivités locales.

Par contre, ils sont moins convaincus par la prime à l'installation (64%), l'exercice en lieux multiples (62%), la délégation de tâches (60%) ; enfin 90% refusent l'affectation autoritaire pendant les dix premières années d'exercice.

Le recensement effectué en Lorraine confirme ces tendances en ce qui concerne la prime à l'installation, l'exercice en lieux multiples, voire le statut de collaborateur salarié.

Cependant, un meilleur accompagnement pourrait aider les professions libérales à mieux connaître et à développer de nouvelles modalités d'exercice. Par ailleurs, le cadre juridique doit être complété afin de combler les vides existants pouvant être actuellement des freins pour les professionnels.

Enfin, des dispositions relatives aux professionnels de santé, en termes de formation initiale, de contrats d'engagement de service public et de **coopérations entre professionnels de santé** complètent le dispositif mis en place.

4 – CONCLUSION

Même si le nombre de médecins n'a jamais été élevé depuis ces dernières années, l'exercice libéral de la médecine présente deux fragilités majeures ; d'une part, un attrait croissant pour la pratique salariée et, d'autre part, une répartition inégale des praticiens sur le territoire. L'accès, la continuité et la permanence des soins sont localement en jeu. Au-delà des aspects quantitatifs, le vieillissement de la population, davantage prononcé dans les territoires déjà en souffrance, et la prévalence des maladies chroniques exercent une pression supplémentaire sur les besoins de soins.

L'inégale répartition géographique des professionnels de santé est de nature à renforcer les fragilités de territoires déjà affectés par des inégalités sociodémographiques et territoriales.

Pour autant, la région présente des atouts, notamment au regard du nombre et de la répartition géographique des structures d'exercice pluridisciplinaire coordonné qui offrent une couverture relativement satisfaisante de l'espace régional.

Amorcé depuis le début des années 2000, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires connaît un vif dynamisme en Lorraine. Celles-ci offrent aux professionnels de santé intéressés la perspective de meilleures conditions d'exercice, correspondant notamment aux attentes des jeunes praticiens et des internes, et aux patients, une meilleure prise en charge notamment des maladies chroniques.

Si elles se sont développées, dans un premier temps, dans des zones rurales situées à une relative proximité des principales agglomérations et foyers d'emplois, les projets et réflexions concernent depuis un passé récent des territoires ruraux jusqu'alors peu investis. Dans les espaces ruraux de vaste étendue et relativement enclavés, principalement meusiens et vosgiens, apparaissent des organisations multi sites destinées à répondre de manière adaptée aux spécificités géographiques du territoire et aux besoins de soins locaux des populations.

De surcroît, des initiatives privées, portées par des professionnels de santé libéraux, accompagnent la diffusion des maisons de santé également soutenues par des communes ou des communautés de communes.

A côté des maisons de santé, les pôles de santé constituent une forme alternative d'exercice pluridisciplinaire coordonné pour des professionnels de santé qui ne souhaitent pas se regrouper au sein de structures communes.

Enfin, le tissu d'offre de santé FILIERIS, géré par le régime de sécurité sociale des mines avant une intégration progressive au régime général de sécurité sociale, irrigue particulièrement les bassins ferrifère et houiller autour de dynamiques axées vers les personnes âgées, les populations précaires et la prise en charge des maladies chroniques.

Dans ce contexte, le déploiement des maisons de santé et le développement prévisible des pôles de santé ambulatoires libéraux parsèment l'espace régional de points d'ancrage sur la base desquels les acteurs locaux, accompagnés par l'ARS, pourront donner corps à des organisations territoriales de l'offre de soins de premier recours adaptées aux besoins et aux spécificités locales.

Pour autant, certaines conditions apparaissent nécessaires.

Maisons et pôles de santé ont certes vocation à accueillir des professionnels de santé en formation, étudiants ou internes. Il convient cependant d'agir pour développer le nombre de maîtres de stages, notamment dans la supervision des internes de médecine générale effectuant un SASPAS (semestre autonome en soins primaires ambulatoires supervisés), dont l'insuffisance des effectifs constitue un facteur limitant l'augmentation du nombre des stages pouvant être proposés.

Il est également souhaitable que le développement des maisons de santé s'inscrive dans une dimension et un portage communautaires ou à défaut intercommunaux, afin de développer une dynamique et une coordination des initiatives sur une échelle territoriale élargie et d'assurer la pérennité de projets dont des communes trop faiblement peuplées seraient tentées d'assumer seules la charge financière pour consolider localement l'offre de soins.

Enfin, l'activité des officines étant dépendante à plus de 85% de la prescription, il convient d'être vigilant à l'éventuelle incidence de toute modification de l'environnement médical et paramédical sur le maillage officinal du territoire régional.

Voir annexe n° 1 : Volet ambulatoire du SROS-PRS – Diagnostic détaillé

Synopsis des forces et faiblesses régionales

Faiblesses	Forces	Conditions des axes de progrès
<ul style="list-style-type: none"> ○ Une concentration de la population (en T inversé) : <i>sillon mosellan, autour de Forbach, le long d'un axe reliant le lunévillois au toulois</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un renouveau démographique dans des petites communes rurales péri urbanisées, dans la bordure transfrontalière et dans les anciennes zones sidérurgiques ou minières 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développer le nombre insuffisant de maîtres de stages en médecine générale, notamment supervision des internes effectuant un SASPAS (<i>stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Un regain démographique qui profite aux espaces déjà densément peuplés 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une offre de santé diversifiée gérée par le régime minier prégnante dans les bassins ferrifère et houiller 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des maisons de santé dans une dimension et un portage communautaires, ou à défaut intercommunaux (<i>coordination des initiatives et pérennité financière des projets sur une échelle territoriale élargie</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Des centres de santé complétant l'offre de santé minière 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etre vigilant à l'incidence éventuelle de l'environnement médical et paramédical sur l'activité des officines et le maillage officinal du territoire régional
<ul style="list-style-type: none"> ○ Un vieillissement inéluctable de la population avec des différences marquées entre zones urbaines et zones rurales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une vive dynamique des maisons de santé pluridisciplinaires amorcées dès le milieu des années 2000 et maillant une large part du territoire régional 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Un niveau de revenus relativement moins élevé et une pauvreté, tant urbaine que rurale, localement élevée et touchant des espaces par ailleurs en déclin démographique 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un déploiement des maisons de santé entretenu par un plan national d'équipement pour la période 2010-2013 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Des fragilités plurifactorielles des zones urbaines sensibles (<i>fragilités sociodémographiques, inégalités d'accès aux soins et à la prévention, état de santé dégradé</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maisons et pôles de santé : une vocation à accueillir des professionnels de santé en formation et à leur faire découvrir les spécificités de l'exercice professionnel de proximité en dehors d'un cadre salarié ou de la proximité des agglomérations 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Un état de santé préoccupant en termes de mortalité et de morbidité 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Des organisations multi sites de maisons de santé pour répondre aux spécificités géographiques des espaces ruraux étendus et aux besoins de soins locaux 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une élaboration par l'ARS d'un cahier des charges des pôles de santé susceptible de catalyser leur développement à compter de sa diffusion 	

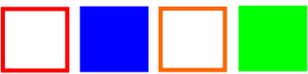
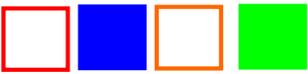
<ul style="list-style-type: none"> ○ Une présence de professionnels de santé principalement là où se concentre la population 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un déploiement des maisons de santé et un développement prévisible des pôles de santé constituant des points d'ancrage pour des organisations territoriales de l'offre de soins de premier recours adaptées aux besoins et aux caractéristiques locales 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une politique régionale des réseaux bien définie par l'ARS (développement de réseaux de santé de proximité pluri-thématiques et recentrage des réseaux de santé régionaux sur leurs missions d'expertise) 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Les infirmiers : une répartition inégale dans un contexte de moindre densité et de moindre équipement en places de SSIAD 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une réflexion relative aux coopérations entre professionnels de santé bien engagée 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Les masseurs-kinésithérapeutes : une faible densité régionale et des disparités départementales marquées 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Des solutions régionales opérationnelles d'échanges sécurisés et interopérables 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Des difficultés probables à venir de renouvellement des titulaires d'officines 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Des médecins spécialistes libéraux peu nombreux avec un ancrage géographique autour des centres hospitaliers 		

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
<p><u>Objectif opérationnel n° 1 :</u></p> <p>Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectif spécifique n° 11.1</u> « Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé » - <u>Objectif spécifique n° 2.3</u> « Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social » - <u>Objectif spécifique n° 1.3</u> « Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique » - <u>Objectif spécifique n° 1.4</u> « Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité » - <u>Objectif spécifique n° 1.6</u> « Sensibiliser les acteurs du 1^{er} recours à la prévention » - <u>Objectif spécifique n° 12.4</u> « Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire »
<p><u>Objectif opérationnel n° 2 :</u></p> <p>Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectif spécifique n° 11.1</u> « Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »
<p><u>Objectif opérationnel n° 3 :</u></p> <p>Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectif spécifique n° 10.1</u> « Améliorer la connaissance des besoins » - <u>Objectif spécifique n° 5.1</u> « Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires » - <u>Objectif spécifique n° 5.6</u> « Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires » - <u>Objectif spécifique n° 10.3</u> « Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins » - <u>Objectif spécifique n° 5.3</u> « Développer des modalités d'intervention à l'égard des publics en difficultés »
<p><u>Objectif opérationnel n° 4 :</u></p> <p>Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectif spécifique n° 5.1</u> « Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires »

territoires déficitaires	- <u>Objectif spécifique n° 5.6</u> « Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires »
<u>Objectif opérationnel n° 5 :</u> Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire	- <u>Objectif spécifique n° 5.1</u> « Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires » - <u>Objectif spécifique n° 5.6</u> « Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires »
<u>Objectif opérationnel n° 6 :</u> Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant	- <u>Objectif spécifique n° 10.1</u> « Améliorer la connaissance des besoins » - <u>Objectif spécifique n° 5.2</u> « Structurer l'offre de second recours » - <u>Objectif spécifique n° 10.3</u> « Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins »
<u>Objectif opérationnel n° 7 :</u> Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques	- <u>Objectif spécifique n° 1.5</u> « Développer l'éducation thérapeutique » - <u>Objectif spécifique n° 1.6</u> « Sensibiliser les acteurs du 1 ^{er} recours à la prévention » - <u>Objectif spécifique n° 1.2</u> « Agir sur les principaux déterminants comportementaux et les facteurs de risque d'origine professionnelle » - <u>Objectif spécifique n° 1.3</u> « Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique » - <u>Objectif spécifique n° 1.4</u> « Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité » - <u>Objectif spécifique n° 4.4</u> « Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques »
<u>Objectif opérationnel n° 8 :</u> Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire	- <u>Objectif spécifique n° 12.1</u> « Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles » - <u>Objectif spécifique n° 2.2</u> « Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge » - <u>Objectif spécifique n° 12.5</u> « Développer la démarche qualité »
<u>Objectif opérationnel n° 9 :</u> Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital	- <u>Objectif spécifique n° 2.3</u> « Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du

	<p>médico-social »</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Objectif spécifique n° 8.2</u> « Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social »- <u>Objectif spécifique n° 11.1</u> « Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »- <u>Objectif spécifique n° 11.3</u> « Veiller à une prise en charge globale de la personne »- <u>Objectif spécifique n° 1.5</u> « Développer l'éducation thérapeutique »- <u>Objectif spécifique n° 5.3</u> « Développer des modalités d'intervention à l'égard des publics en difficultés »- <u>Objectif spécifique n° 12.1</u> « Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles »
--	--

Objectif opérationnel Ambulatoire	Développer les partenariats avec les représentants des professionnels de santé
--	---

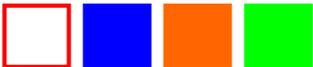
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser le travail de l'ARS de sorte qu'il soit compatible avec celui des professionnels de santé afin de pouvoir les associer aux réflexions relatives à l'ambulatoire et à la GDR
Mesure n°2 	En tenant compte des prochains décrets relatifs au développement professionnel continu (DPC), réfléchir avec les représentants des professionnels de santé à la faisabilité de la mise en place de formations interprofessionnelles dans les territoires de premier recours, en particulier dans les champs suivants : maladies chroniques, santé mentale et addictologie, prise en charge des personnes en situation de handicap, pédiatrie et gynéco-obstétrique (associer les réseaux et les services ou établissements de santé et médico-sociaux)
Mesure n°3 	Convaincre les partenaires de l'intérêt de signaler tout évènement de portée sanitaire et améliorer la réactivité dans le signalement d'évènements à l'ARS (formation, rétro information, participation des médecins déclarants aux retours d'expériences,...)
Mesure n°4 	Intégrer les professionnels de santé aux plans de gestion de crise.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, organismes de formation, représentants des réseaux, des services ou établissements de santé et médico-sociaux concernés, Assurance Maladie, ...

Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Association des partenaires à la politique régionale de santé - Amélioration de l'offre de soins de 1^{er} recours 	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS hospitalier SROMS SRP

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme régional de GDR

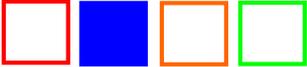
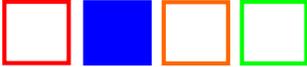
Objectif opérationnel Ambulatoire	Développer des dynamiques territoriales de proximité cohérentes et coordonnées entre l'ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	<p>Etablir en concertation des contrats locaux de santé (CLS), en cohérence avec les axes du PRS, et ce particulièrement dans les zones prioritaires (déficitaires et de la politique de la ville notamment)</p> <p><i>Dans la perspective de soutenir, d'amplifier et d'étendre les dynamiques territoriales de santé existantes au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), la loi HPST a prévu que la mise en œuvre du PRS pourra faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial.</i></p> <p><i>Le contrat local de santé aura vocation à s'appliquer aux territoires prioritaires urbains ou ruraux déterminés par l'ARS.</i></p> <p><i>Les animateurs territoriaux de l'ARS auront un rôle essentiel dans la définition de ces territoires, de par leur connaissance du terrain (diagnostic local, identification les besoins, notion de faisabilité et force de proposition).</i></p>
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Mairies, délégués départementaux et régional de l'ACSé (agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), Assurance Maladie, Professionnels de santé, ...

Résultat attendu	Mise en cohérence de la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation entre le PRS et les démarches locales de santé	Indicateur n° Signature de CLS
-------------------------	--	-----------------------------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale »

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme régional de GDR PRAPS

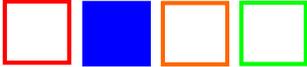
Objectif opérationnel Ambulatoire	Améliorer l'accès aux soins de premier recours en particulier dans les zones identifiées comme étant prioritaires
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la connaissance dans le champ ambulatoire dans une logique de recherche d'adéquation entre les besoins de santé exprimés et l'offre (actualiser les données relatives à la démographie des professionnels de santé en Lorraine, ainsi que les projections pour chaque catégorie de professionnels)
Mesure n°2 	Déterminer des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé, et évaluer le dispositif <i>Cette nouvelle géographie différentielle constituera une référence indispensable pour diverses fins, notamment :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ le maillage territorial soutenant l'implantation et le financement public de structures d'exercice collectif (maisons de santé, pôle de santé, centres de santé) ○ le recensement des territoires dans lesquels les étudiants et internes en médecine, ayant souscrit un contrat d'engagement de service public, seront invités à pratiquer ○ l'application de dispositifs financiers conventionnels d'incitation à l'installation ou au maintien de l'exercice.
Mesure n°3 	Organiser les soins de premier recours en organisant des réunions dans les territoires de premier recours (réfléchir également à l'accès à un LABM, à un plateau d'imagerie conventionnelle, etc., ainsi qu'à la situation globale du territoire concerné en termes d'attractivité, de services et d'équipements)
Mesure n°4 	Soutenir le développement des MSP (en s'intéressant à l'interaction avec les officines), pôles de santé et centres de santé <i>Il s'agit de soutenir le développement de modes d'exercice facilitant la coordination et rompant ainsi l'isolement professionnel.</i> <i>Aucun type de structure d'exercice collectif n'étant imposé à priori, l'encouragement de leur implantation sera fonction du contexte local.</i>
Mesure n°5 	Sensibiliser les professionnels aux difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes vulnérables, et intégrer une dimension sociale dans les services de santé (centres de santé, MSP et pôles de santé, réseaux) en développant les partenariats avec les structures existantes (CCAS, service social de secteur, CPAM, PASS, etc.)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine

Partenaires	Préfectures de Départements, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, représentants des centres de santé, services d'urgence, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, ...
--------------------	--

Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions d'exercice des professionnels - Amélioration de la prise en charge coordonnée et de la continuité des soins 	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS hospitalier SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale »

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme régional de GDR Plan national d'équipement en maisons de santé pluridisciplinaires PRAPS

Objectif opérationnel Ambulatoire	Favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé, notamment dans les territoires déficitaires	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	<p>Mettre en œuvre les leviers dont dispose l'ARS (par exemple : encourager la signature de contrats d'engagement de service public)</p> <p><i>A destination des étudiants, à partir de la deuxième année, et des internes de médecine, le contrat d'engagement de service public a été mis en place dès la rentrée universitaire 2010-2011. Le rôle de l'ARS est majeur et multiple : participer annuellement à la sélection des candidats, proposer une liste des territoires dans lesquels les lauréats s'engageront à exercer, rendre un avis sur les demandes de mouvements dans les choix de postes d'internes, de région d'internat et de lieu d'exercice.</i></p>	
Mesure n°2 	<p>Enrichir la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)</p> <p><i>La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) est un projet collectif qui réunit l'ensemble des acteurs régionaux proposant des services à destination des professionnels de santé. Ce site internet (www.lorraine.paps.fr) a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé, qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés dans la région Lorraine. La PAPS relaie les initiatives proposées par les acteurs mobilisés dans la région. Quel que soit le statut (étudiant ou professionnel) et le mode d'exercice, les initiatives régionales et nationales recensées par la PAPS s'articulent autour des moments clés de la formation et de l'exercice professionnel.</i></p>	
Mesure n°3 	<p>Mettre en place des actions d'information et de sensibilisation (ex : forum)</p>	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Faculté de médecine, Département de médecine générale, Conseil Régional, Conseils Généraux, Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, ...	
Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'offre de soins de premier recours en particulier dans les territoires déficitaires - Information des professionnels de santé en exercice et en formation 	Indicateur n°

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

--

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme régional de GDR

Objectif opérationnel Ambulatoire	Soutenir l'exercice des professionnels de santé en milieu ambulatoire
Plan d'actions associées	Libellé
	<p><i>Le moindre intérêt pour la médecine générale et l'exercice libéral se manifeste notamment par :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>une récurrence de postes non-pourvus à l'internat de médecine générale en Lorraine</i> - <i>un attrait croissant pour l'exercice salarié et le remplacement.</i> <p><i>Face à ces constats, il convient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>en liaison avec la Faculté de Médecine, d'agir sur la gestion des postes d'internes, tant au niveau de l'allocation régionale proposée aux ECN que de leur répartition par spécialité médicale</i> - <i>toujours en lien avec la Faculté de Médecine, d'accroître le nombre de maîtres de stages encadrant des internes de médecine générale et exerçant notamment au sein des MSP (Stages Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : SASPAS). Il s'agirait également de développer les stages de second cycle prioritairement dans les MSP et de sensibiliser le plus en amont possible les étudiants à ces modalités d'exercice.</i> - <i>en lien avec l'Ordre et la Faculté, de faire connaître les nouvelles formes d'exercice de la médecine ambulatoire (statut de collaborateur libéral, statut de collaborateur salarié, possibilité d'exercice sur des lieux multiples)</i> - <i>de favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements.</i> - <i>de répondre aux attentes des jeunes médecins généralistes en soutenant le développement de maisons de santé et de pôles de santé de territoires ainsi que la coopération entre professionnels de santé.</i>
<p>Mesure n°1</p> 	<p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Améliorer la répartition des postes d'internes sur le territoire et encourager le développement de stages en périphérie dans des cabinets libéraux</p>
<p>Mesure n°2</p> 	<p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Accroître le nombre de maîtres de stages encadrant des internes de médecine générale et exerçant notamment au sein des MSP (SASPAS)</p>
<p>Mesure n°3</p> 	<p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Faire connaître les nouvelles formes d'exercice de la médecine ambulatoire (statut de collaborateur libéral, statut de collaborateur salarié, possibilité d'exercice sur des lieux multiples)</p>
<p>Mesure n°4</p> 	<p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements</p>

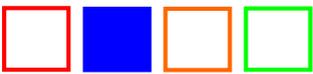
<p>Mesure n°5</p> 	<p>➤ <i>Médecins</i></p> <p>Répondre aux attentes des médecins généralistes en soutenant le développement de MSP et de pôles de santé ainsi que la coopération entre professionnels de santé</p>
<p>Mesure n°6</p> 	<p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Encourager le développement de stages en périphérie (pharmaciens, chirurgiens-dentistes,...)</p>
<p>Mesure n°7</p> 	<p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Favoriser l'exercice partagé entre activité libérale et activité en établissements</p>
<p>Mesure n°8</p> 	<p>➤ <i>Autres professionnels de santé</i></p> <p>Au sein d'un pôle ou d'une MSP, faciliter les associations de chirurgiens-dentistes pour obtenir des plateaux techniques solides et un cumul de savoir-faire</p>
<p>Pilotage de l'objectif</p>	<p>ARS Lorraine</p>
<p>Partenaires</p>	<p>Faculté de médecine, Département de médecine générale, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Assurance Maladie, ...</p>

<p>Résultat attendu</p>	<p>Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, et des conditions de stage en ambulatoire des étudiants et internes</p>	<p>Indicateur n°</p>
--------------------------------	--	----------------------

<p>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</p>
<p> </p>

<p>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</p>
<p>Programme régional de GDR</p>

Objectif opérationnel Ambulatoire	Améliorer l'accès aux soins de second recours dans le respect du rôle du médecin traitant
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Approfondir la connaissance des besoins de santé de second recours en incluant les ressources hospitalières (Meuse, Vosges)
Mesure n°2 	Définir l'échelon territorial pertinent pour réfléchir à une meilleure organisation des soins de second recours à la fois pour ce qui concerne les spécialités à accès direct et les recours pour avis expert à la demande du médecin traitant
Mesure n°3 	Soutenir financièrement les postes d'assistants spécialistes temps partagé pour les spécialités et disciplines les plus déficitaires, notamment en Meuse et dans les Vosges
Mesure n°4 	Améliorer l'organisation des soins de second recours en encourageant les solutions innovantes, dont la télémédecine
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Préfectures de Départements, Assurance Maladie, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Fédération Hospitalière de France, Fédération Hospitalière Publique, GCS Télésanté, ...

Résultat attendu	Réduction des distances et délais d'accès à un avis spécialisé de second recours	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS hospitalier

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme régional de GDR Programme régional Télémédecine

Objectif opérationnel Ambulatoire	Inciter les professionnels de santé de premier recours à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, en particulier pour les maladies chroniques
Plan d'actions associées	Libellé
	<p><i>L'accès à une santé de qualité et de proximité ne concerne pas uniquement la prise en charge des urgences, des maladies chroniques,... Promouvoir la santé au niveau local c'est également permettre un accès à la prévention pour l'ensemble de la population.</i></p> <p><i>Dans le cadre des CAPI, les médecins signataires s'engagent à adopter certaines pratiques individuelles notamment en matière de prévention. Les pathologies ciblées sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires, et les maladies respiratoires. Il s'agit également pour les professionnels d'inciter au dépistage des cancers du sein et colorectal.</i></p> <p><i>Les centres de santé mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.</i></p> <p><i>La circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural prévoit dans le socle minimal obligatoire pour toute MSP financée que la MSP propose des actions de prévention.</i></p> <p><i>Les réseaux de santé, quant à eux, assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.</i></p> <p><i>Force est de constater que la prévention et l'éducation thérapeutique sont actuellement insuffisamment développées. Les professionnels de santé ainsi que les structures participant à l'offre de premier recours devront s'investir davantage dans ces domaines.</i></p>
Mesure n°1 	➤ <i>Prévention</i> Développer des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé de premier recours afin de développer la prévention primaire (mettre en place des modules santé-environnement dans la formation continue des professionnels de santé de 1 ^{er} recours, sensibiliser à la nécessité d'un dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires, rappeler aux médecins l'obligation de transmettre les certificats de santé aux services de PMI et développer à leur égard des stratégies visant à favoriser la vaccination ROR, Hépatite B et HPV, etc.)
Mesure n°2 	➤ <i>Prévention</i> Développer des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé de premier recours afin de développer la prévention secondaire (promouvoir la détection précoce de l'excès de corpulence chez l'enfant en systématisant la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours, de la BPCO, améliorer le repérage de la souffrance psychique, sensibiliser au dépistage précoce des cancers de la peau, privilégier le dépistage organisé du cancer du sein par rapport au dépistage individuel, inciter au dépistage du VIH, etc.)

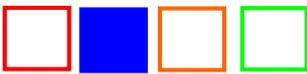
<p>Mesure n°3</p> 	<p>➤ <i>Prévention</i></p> <p>Concernant les maladies chroniques, rendre lisible l'organisation des acteurs de prévention primaire (définition du rôle de chacun dans un document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire)</p>
<p>Mesure n°4</p> 	<p>➤ <i>Education thérapeutique</i></p> <p>Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique en réaffirmant que l'ETP fait partie intégrante « du soin », en accompagnant les projets portés par les MSP, les pôles de santé et les réseaux de santé pluri-thématiques, en faisant évoluer l'offre de programmes monothématiques vers une organisation pluri-thématique et territorialisée, et en rendant visible l'offre en matière d'éducation thérapeutique</p>
<p>Mesure n°5</p> 	<p>➤ <i>Education thérapeutique</i></p> <p>Développer une formation en ETP de qualité en identifiant les besoins des professionnels en matière de formation et en intégrant l'éducation thérapeutique dans la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux</p>
<p>Pilotage de l'objectif</p>	<p>ARS Lorraine</p>
<p>Partenaires</p>	<p>Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, services de PMI, médecine scolaire et universitaire, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, réseaux, Facultés et instituts de formation, ...</p>

<p>Résultat attendu</p>	<p>Augmentation de la part consacrée à la prévention et à l'ETP dans l'exercice professionnel</p>	<p>Indicateur n°</p>
--------------------------------	---	----------------------

<p>Lien avec les autres thématiques des différents schémas</p>
<p>SRP</p>

<p>Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</p>
<p>Programme régional de GDR</p>

Objectif opérationnel Ambulatoire	Favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins en ambulatoire
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles et médico-économiques en ambulatoire. Par exemple : l'organisation du cabinet et la qualité de service, la prise de RDV, l'affichage d'un certain nombre d'information comme la permanence des soins, les actions de prévention, de dépistage dont les transports.
Mesure n°2 	Faire connaître l'évaluation quantitative et qualitative des MSP (évaluation à réaliser dans un cadre partenarial au regard du développement des structures, des enjeux locaux d'accès à la santé et de la diversité des sources de financements publics)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance Maladie, Préfectures de Départements, Conseil Régional, Conseils Généraux, Association départementale des maires et présidents d'EPCI à fiscalité propre, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, Raoul-IMG et autres associations représentant les étudiants et les internes, REAGJIR, Facultés et instituts de formation, ...

Résultat attendu	Amélioration de la qualité de prise en charge des patients et de l'efficacité du système de santé	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme régional de GDR

Objectif opérationnel Ambulatoire	Favoriser la coordination autour du patient en ambulatoire et développer les articulations ambulatoire / hôpital
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Encourager les coopérations interprofessionnelles (formations et réunions pluri professionnelles)
Mesure n°2 	Suivre l'élaboration des projets de santé au sein des centres de santé, MSP (et pôles de santé), et veiller à leur mise en œuvre (et y inclure la problématique de la prise en charge des personnes vulnérables) <i>Les Pôles de santé, Centres de santé ont en commun avec les MSP le projet de santé (même si non obligatoire pour les pôles de santé), support de contractualisation.</i> <i>La mise en place du projet de santé, dans les centres de santé, maisons et pôles de santé, doit témoigner d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux.</i>
Mesure n°3 	Encourager la coordination des professionnels de santé des différents secteurs (libéral, hospitalier, médico-social et social), notamment pour la prise en charge des personnes vulnérables, et veiller à la mise en place ou à la poursuite des réseaux « informels » santé- précarité
Mesure n°4 	Promouvoir le développement de réseaux de santé de proximité pluri-thématiques autour de quatre missions principales de coordination : éducation thérapeutique, maintien à domicile, soins palliatifs et addictions (y inclure la problématique de la prise en charge des personnes vulnérables) <i>Les réseaux de santé ou de soins sont positionnés sur un territoire plus étendu mais apportent un soutien en termes d'organisation des filières de soins et de lien avec les structures hospitalières et médico-sociales. Devenus populationnels et englobant plusieurs thématiques, ils se positionnent en complément des structures d'exercice collectif.</i>
Mesure n°5 	Recentrer les réseaux de santé régionaux sur leurs missions d'expertise
Mesure n°6 	Soutenir les dispositifs innovants en médecine libérale (article 44 de LFSS pour 2008) <i>L'article visé prévoit que des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé. Ces modes de rémunération viennent compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer. L'objectif final de ces expérimentations est donc de favoriser la qualité et l'efficacité des soins.</i>

<p>Mesure n°7</p> 	<p>Poursuivre la réflexion sur les coopérations entre professionnels de santé (article 51 de loi HPST)</p> <p><i>L'article visé définit la coopération entre professionnels de santé comme suit :</i></p> <p><i>« par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».</i></p> <p><i>La démarche de coopération s'incarne concrètement dans un protocole de coopération lequel précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. Ce protocole de coopération est autorisé par le directeur général de l'ARS après avis conforme de la HAS.</i></p>	
<p>Mesure n°8</p> 	<p>Encourager le partage et les échanges électroniques d'informations de santé (DMP, partage et échanges électroniques entre les PS, les centres de santé, les établissements hospitaliers, les caisses,...)</p> <p><i>La mise en place d'un partage sécurisé d'informations, informatisé ou non, est demandée à tout professionnel et/ou structure pour ses propres besoins internes de gestion et de coordination. De par la même il leur est aussi demandé de se mettre en capacité de partager et d'échanger avec l'ensemble de la communauté de manière sécurisée des informations de santé.</i></p> <p><i>En particulier, cette demande s'applique à toute MSP souhaitant obtenir un financement dans le cadre du plan d'équipement en MSP en milieu rural.</i></p>	
<p>Mesure n°9</p> 	<p>Soutenir les hospitalisations directes par le médecin traitant</p>	
<p>Mesure n°10</p> 	<p>Développer les consultations avancées de médecine spécialisée</p>	
<p>Pilotage de l'objectif</p>	<p>ARS Lorraine</p>	
<p>Partenaires</p>	<p>Assurance Maladie, URPS, Ordres professionnels départementaux et régionaux, Fédération Hospitalière Publique, Fédération Hospitalière de France, réseaux, FEMALOR, Union des Pôles de Santé Libéraux, représentant des centres de santé, Facultés et instituts de formation, GCS Télésanté, ...</p>	
<p>Résultat attendu</p>	<p>Amélioration de la coordination entre les professionnels de santé dans leur exercice</p>	<p>Indicateur n°</p>

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS-PRS hospitalier
SROS-PRS hospitalier volet « lutte contre l'exclusion sociale »
SROMS
SRP

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme régional de GDR
Programme régional Télémedecine
PRAPS

Déclinaison territoriale

Territoire de la Meurthe et Moselle

Au centre de la Lorraine, frontalière de la Belgique et du Luxembourg, voisine de l'Allemagne, la Meurthe-et-Moselle jouit d'une situation privilégiée au sein de l'espace européen. Le département s'étend des frontières belge et luxembourgeoise au piémont vosgien. Étirée du Nord au Sud sur près de 150 km, mais d'une dimension Est-Ouest très variable, la Meurthe-et-Moselle possède une forme étonnante que les vicissitudes du passé éclairent et qui scinde le département : le Pays Haut (territoires de Briey et Longwy) est traditionnellement et socialement tourné vers la Moselle et de plus en plus vers le Luxembourg alors que dans la partie sud, Nancy, rayonne sur un ensemble de plus de 400 000 habitants.

Avec près de 727 000 habitants, la Meurthe-et-Moselle est le 2^{ème} département le plus dense de la région derrière la Moselle mais des disparités infra départementales marquent le territoire. Les deux-tiers de la population, la plus forte proportion de la région, résident dans des pôles urbains (Briey, Longwy, Lunéville, Nancy, Pont-à-Mousson et Toul). Et comme ailleurs, une partie de son territoire conserve un caractère rural : l'agriculture occupe une large partie de l'espace (16% de la surface et des communes) et des problèmes récurrents propres aux zones rurales existent, tels les difficultés d'accès aux services, le déclin du commerce traditionnel, l'éloignement par rapport aux grands centres de décision et de création de richesse.

La population augmente. La croissance démographique continue de se répandre dans les communes autour de Nancy, dans un vaste mouvement de périurbanisation qui se manifeste dans de petites communes (moins de 2000 habitants) jusqu'à une distance de 30 kilomètres. Le Val de Lorraine, le Lunévillois et surtout le sud-ouest du département, profitent de cette situation et affirment leur vocation de zones résidentielles (les jeunes enfants y sont proportionnellement les plus nombreux ce qui contraste avec Nancy Grand Couronné où le nombre de naissances baisse). Au nord du département, un véritable renouveau souffle également sur le Pays-Haut qui attire de jeunes couples avec enfants : le territoire de Longwy est entraîné par la dynamique luxembourgeoise et, surtout, celui de Briey bénéficie de l'attractivité de Metz et de la Moselle.

La situation départementale, qu'elle soit démographique ou économique, reste fragile : croissance très modeste de la population, avenir démographique incertain, vieillissement appelé à s'accroître même si la Meurthe-et-Moselle est l'un des départements les moins âgés du Grand-Est (sauf dans l'est du Lunévillois), stagnation de l'emploi dans le tertiaire ne parvenant pas à compenser les pertes de l'industrie.

Un clivage assez marqué oppose donc des secteurs urbains ou périurbains « jeunes » proches des marchés du travail dynamiques (Grand Couronné et sud-ouest) à d'autres excentrés, ruraux ou post-industriels plutôt âgés (principalement l'est du lunévillois et le territoire de Briey).

Les revenus sont relativement plus élevés mais présentent de fortes inégalités notamment à Nancy Grand Couronné, signe que des populations très aisées y côtoient d'autres très pauvres. À l'inverse, les ménages résidant dans le territoire de Briey et le Lunévillois déclarent les revenus les plus bas, notamment dans les trois « cantons prioritaires » du Lunévillois (Badonviller, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze), éloignés des centres de création de richesse. La pauvreté (part de la population de moins de 65 ans vivant sous le seuil de bas revenus) est la moins élevée de la région mais voisine celle observée au niveau national. À une pauvreté urbaine liée à la localisation des logements sociaux et des zones urbaines sensibles (au nombre de neuf, dont six dans l'agglomération nancéienne, les autres à Lunéville, Mont-Saint-Martin et Toul) s'ajoute une pauvreté rurale, particulièrement élevée dans l'Est du Lunévillois.

L'espérance de vie est la plus élevée de la région mais elle demeure inférieure à celle observée en France. Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs demeurent les deux causes médicales majeures de décès. Les territoires de Longwy, du Val de Lorraine et de Briey se distinguent par une surmortalité masculine par tumeur de la trachée, des bronches et du poumon.

Le département apparaît bien doté en matière de structures d'accueil pour personnes handicapées. Les besoins sont grandissants en services et structures d'accueil pour les personnes «fragiles», notamment les personnes âgées, dont le vieillissement à venir de la population va faire augmenter significativement les effectifs des personnes dépendantes. Parmi les établissements sanitaires qui renforcent la prépondérance de l'agglomération nancéenne, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy est de loin le plus important.

La densité des médecins y est la plus élevée de la région. Les médecins spécialistes offrent en outre une large palette de soins. **Mais, à l'instar des autres professionnels de santé, leur présence, principalement concentrée là où se trouve la population, est un facteur de renforcement de fragilités de territoires déjà peu pourvus.** Le développement de projets de maisons de santé pluridisciplinaires, notamment dans l'est du lunévillois, vise à renforcer l'offre de soins de premier recours et à consolider la prise en charge coordonnée des populations.

Territoire de la Meuse

Situé à la bordure orientale du bassin parisien, la Meuse offre un relief de côtes qui alternent avec des plateaux et des plaines. A l'ouest, le massif de l'Argonne sépare la Lorraine de la Champagne. Au nord, le département s'ouvre sur la Belgique et le Luxembourg voisin. Le paysage est dominé par l'agriculture (73% de la superficie) et la forêt (un tiers de la surface départementale).

Accueillant 194 000 habitants, répartis sur une superficie totale de 6211 km² (la plus étendue avec la Moselle), la Meuse est le département le moins densément peuplé (32,4 hab/km² vs 99 en Lorraine (114 en France métro)).

La Meuse compte un nombre particulièrement élevé de très petites communes (87% ont moins de 500 habitants, et 62% moins de 200). Seules les agglomérations de Bar-le-Duc et Verdun sont peuplées de plus de 10 000 habitants.

Le peuplement est organisé :

- le long des vallées de la Meuse, de l'Ornain et de la Saulx (Vaucouleurs, Commercy, Saint-Mihiel, Verdun, Bar-le-Duc, Dun-sur-Meuse, Stenay), les agglomérations de Bar-le-Duc et Verdun structurant leur territoire
- le reste de la population étant groupé autour de Commercy, Ligny-en-Barrois, Saint-Mihiel et Stenay et dans une dizaine de bourgs ruraux de moindre importance, généralement chefs-lieux de cantons.

Deux axes routiers majeurs et orientés Est-Ouest (autoroute A4 au Nord et nationale N4 au sud) assurent les communications rapides avec les départements voisins mais profitent peu aux liaisons internes.

La baisse tendancielle, pendant plus de 40 ans, de la population est stoppée. Mais l'arrêt du déclin démographique n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. **A une façade Est placée désormais sous les influences de Toul-Nancy, Metz-Thionville, et depuis peu du Luxembourg, s'oppose une frange Ouest en dépression démographique** et qui ne peut compter sur des effets d'entraînement de ses voisins champardennais eux-mêmes en difficulté.

La Meuse compte proportionnellement davantage de jeunes que la France mais passé 18 ans, ils partent suivre leurs études hors du département. De ce fait, le profil démographique meusien est marqué par une surreprésentation des personnes âgées, caractéristique d'un territoire rural, notamment aux franges du département et face à d'autres territoires situés dans les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne ou les Vosges qui présentent le même profil.

Il se dégage ainsi en Meuse un clivage assez marqué opposant des secteurs excentrés et ruraux «âgés», à des secteurs urbains ou périurbains «jeunes» proches des marchés du travail dynamiques de la région. Une situation que l'on retrouve dans nombre de départements ou régions.

Dans un futur proche, le vieillissement plus accentué annoncé de la population nécessitera un renforcement des mesures d'accompagnement. Dans le département, les activités économiques historiques sont encore présentes en dépit d'une ouverture sur les marchés du travail extérieurs, notamment à l'Est vers le sillon mosellan et dans le nord meusien (vers le Luxembourg qui a détrôné la Belgique en 2001).

Le revenu des ménages meusiens reste inférieur à celui des ménages lorrains ou de la France de province et leur dispersion est moindre. Les ménages proportionnellement les plus aisés résident autour de Bar-le-Duc (présence renforcée de professions intermédiaires, cadres et professions intellectuelles supérieures). Les agglomérations de Bar-le-Duc et de Verdun concentrent à la fois les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres. **La proportion de personnes à bas revenus est la plus importante de la région. Elle reste cependant du même ordre que celle observée au niveau national.**

Pour les soins hospitaliers, Verdun reste le premier pôle départemental. Le niveau d'équipement en structures apparaît satisfaisant.

L'offre de soins de premier recours présente globalement une densité inférieure à la moyenne lorraine, voire très faible, notamment à l'ouest du département, dans les territoires en déprime démographique chronique. En Meuse, comme ailleurs, l'offre de soins se concentre en effet dans les agglomérations, et en particulier dans leur commune-centre.

En réponse aux perspectives alarmantes, des réalisations et projets de maisons de santé, ou de pôles de santé, se sont développés de façon proactive depuis le milieu des années 2000, en grande partie sous la forme d'organisation multi sites (une maison de santé à laquelle est annexée une antenne éloignée de quelques kilomètres) pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés. Aujourd'hui, l'ensemble des réalisations, projets et réflexions couvre largement le territoire départemental.

Territoire de la Moselle

Situé au nord-est de la Lorraine, le département de la Moselle est délimité par la Meurthe-et-Moselle à l'ouest, l'Alsace à l'est, les Vosges au sud. Il est frontalier au nord de l'Allemagne et du Luxembourg.

L'aire métropolitaine rayonnant autour de Metz se trouve idéalement située au carrefour d'importantes voies de communication (l'autoroute A31 reliant le nord et le sud de l'Europe, l'autoroute A4 s'étirant de Paris à Strasbourg, l'aéroport régional, la ligne TGV-est). Mais le sud-est et le centre du département restent plus ou bien desservis et une liaison routière insuffisamment performante au sud isole le Saulnois des agglomérations de Metz, Sarrebourg et Nancy.

La topographie de la Moselle est essentiellement constituée par le plateau lorrain. L'organisation spatiale de la population distingue des espaces peuplés et urbanisés au nord du département et des espaces ruraux et agricoles au centre. La population se concentre dans l'aire métropolitaine étendue de Metz, le bassin Thionvillois et le bassin Houiller.

La Moselle est le département le plus peuplé de la région. Bien que millionnaire en nombre d'habitants, il conserve un faible dynamisme démographique (3,5 fois inférieur au rythme de progression de la population en France métropolitaine sur la période 1999-2009).

La population s'accroît principalement dans le périurbain, la bande frontalière avec le Luxembourg et dans certaines zones rurales notamment la communauté de communes du Saulnois, alors que les cinq principales agglomérations et le bassin Houiller stagnent ou régressent. Cinq cantons ruraux sont même en passe, si ce n'est déjà réalisé, de rejoindre l'espace périurbain : Albestroff et Grostenquin (57) tournés de plus en plus vers Morhange et Saint-Avold ; Fénétrange et à un degré moindre Réchicourt-le-Château (57) placés dans l'orbite de Sarrebourg ; Vic-sur-Seille (57) où seulement un tiers des actifs résident et travaillent dans le canton.

Le nombre des habitants du département devrait rester stable à l'horizon 2030, à l'exception notable de l'arrondissement de Forbach qui devrait perdre 10% de sa population actuelle.

L'INSEE prévoit un vieillissement de la population à l'échelle du département ; en particulier, les territoires du bassin Houiller, de la Nied et de Moselle centre y contribueront de manière significative. La dépendance potentielle évoluerait de moins de 20% d'ici 2020 ; la population potentiellement dépendante s'accroîtrait plutôt à domicile qu'en institution.

L'offre de soins gérée par le régime minier, en cours de restructuration, est prégnante dans les bassins miniers Fer et Sel (bassin de Hayange) et Houiller (Moselle-Est, centré sur Freyming-Merlebach). Elle constitue un tissu sanitaire composé de centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux,...

La démographie des médecins généralistes et chirurgiens-dentistes libéraux, dont les densités sont les deuxièmes les plus élevées parmi les quatre départements lorrains, présente des traits comparables à ceux de la Lorraine. La densité en infirmiers libéraux est la plus élevée de la région dans un contexte de plus faible taux d'équipement en SSIAD derrière les Vosges. La densité des masseurs-kinésithérapeutes se trouve peu élevée au regard de la situation de la France métropolitaine et présente de surcroît des disparités marquées ; elle apparaît relativement plus faible en dehors des poches de concentration de la population.

Il est prêté aux maisons de santé pluridisciplinaires la capacité de maintenir localement une offre de santé suffisante, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels et en garantissant des soins de qualité à l'ensemble de la population.

Toutefois, leur recensement laisse apparaître une concentration de réflexions et de projets (en cours d'élaboration avancée ou de construction) le long du sillon mosellan, cependant relativement épargné par des difficultés fortes en termes d'accès aux soins, et à proximité des principales agglomérations. **Quelques projets concernent des territoires ruraux.** L'attention doit être attirée sur deux points majeurs : d'une part, la difficulté et le risque financier inhérents au portage d'un projet de maison de santé par une seule commune peuplée de quelques centaines d'habitants, et d'autre part, il convient de rechercher dans des solutions intercommunales des perspectives intéressantes d'installation pour les jeunes professionnels de santé.

Territoire des Vosges

Le département des Vosges, porte de la Lorraine sur l'Alsace et la Franche-Comté, présente un relief composé d'une zone de moyenne montagne à l'est et d'une plaine à l'ouest. Son armature urbaine repose sur Épinal, son chef-lieu, Saint-Dié-des-Vosges et Remiremont, ainsi que sur des agglomérations plus modestes, isolées dans la plaine ou s'étirant dans les vallées, mais qui assurent un réel maillage du territoire.

Il a développé de longue date des activités liées à ses ressources que complète une industrie encore très présente et qui, malgré les crises successives, continue d'employer une part importante des actifs malgré l'érosion des effectifs. La baisse du nombre d'exploitations agricoles dans les Vosges, la plus forte de la région se poursuit, alors que les structures sont de plus en plus grandes. Profitant d'un environnement naturel remarquable, le tourisme est devenu une activité économique majeure qui se pratique aussi bien l'été que l'hiver, mais reste dépendante des aléas climatiques.

Le secteur tertiaire, emploie deux 2 salariés sur 3. Malgré une progression de 33% depuis les années 80, il est moins pesant qu'aux niveaux régional et national. Les services offrent des opportunités de développement dans les services à la personne (en lien avec le vieillissement annoncé de la population) et aux entreprises.

Plusieurs axes routiers irriguent le département dans le sens nord-sud, mais les liaisons internes souffrent de l'absence d'un axe performant dans le sens est-ouest.

Au contraire des autres départements lorrains, la population vosgienne continue de baisser mais moins qu'auparavant. À une hausse du nombre d'habitants dans les zones d'emploi d'Épinal et de Saint-Dié-des-Vosges s'oppose une frange ouest et sud en dépression démographique qui ne peut compter sur des effets d'entraînement de ses voisins champ ardennais et franc-comtois eux-mêmes en difficulté. Les espaces périurbains poursuivent leur croissance et enregistrent en moyenne une hausse de la population alors que les grandes villes et les pôles d'emploi du rural sont victimes d'une désaffectation.

La population vosgienne est relativement plus âgée et son vieillissement apparaît plus marqué.

Les perspectives démographiques du département à l'horizon 2030 apparaissent structurellement plus défavorables que celles de la Lorraine. Seuls les territoires situés en périphérie des agglomérations d'Épinal et de Saint-Dié-des-Vosges échapperaient à cette tendance et seraient en croissance démographique. Parallèlement, la population vosgienne connaîtrait un vieillissement certain avec une augmentation de 46% du nombre de personnes âgées, dont un doublement du nombre de personnes de 85 ans et plus.

Le département présente des revenus relativement plus faibles qu'au niveau régional et des poches de pauvreté marquées. La population vivant sous le seuil de bas revenus est concentrée dans un périmètre géographique très restreint : 13 communes (Bruyères, Charmes, Épinal, Gérardmer, Golbey, Le Thillot, Mirecourt, Neufchâteau, Rambervillers, Raon-l'Étape, Remiremont, Saint-Dié-des-Vosges et Thaon-les-Vosges) accueillent en effet à elles seules la moitié des Vosgiens concernés, alors que dans le même temps elles ne rassemblent qu'un tiers des Vosgiens de moins de 65 ans susceptibles de l'être.

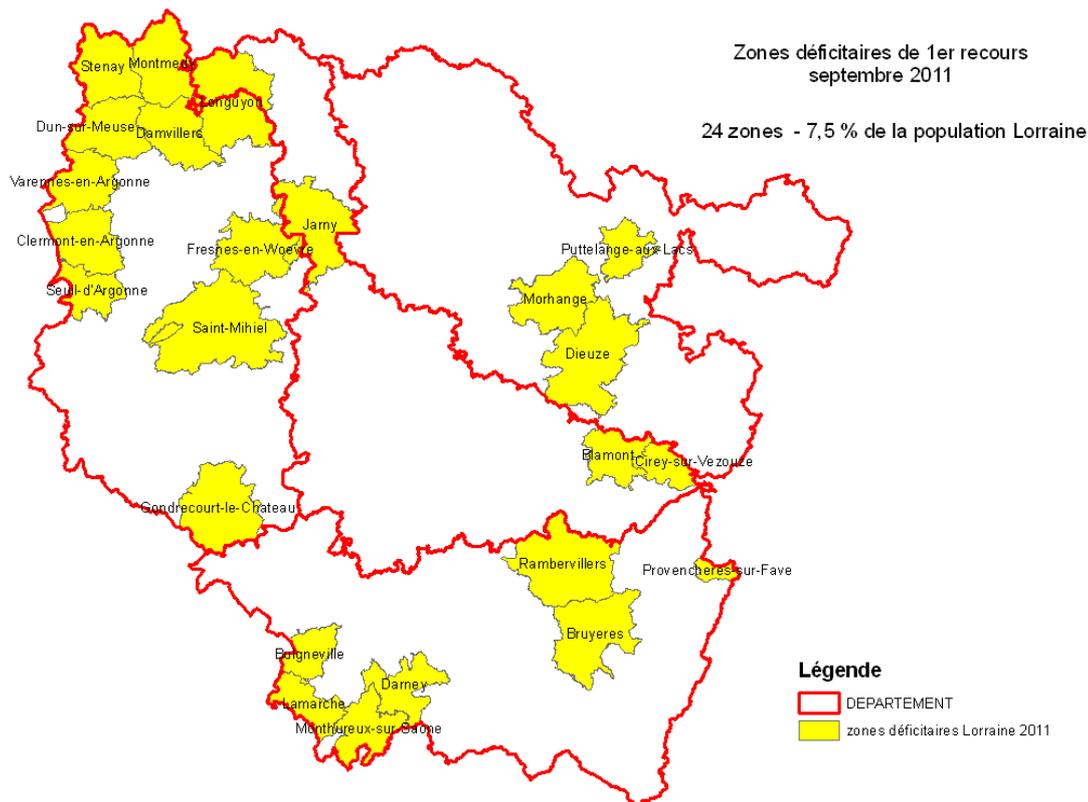
À côté de cette pauvreté urbaine, existe aussi une pauvreté rurale. Quinze communes, dont six sont chefs-lieux de canton, comptent au moins 100 habitants vivant sous le seuil de pauvreté et représentant au moins 15% des moins de 65 ans : Bains-les-Bains, Celles-sur-Plaine, Châtenois, Corcieux, Darney, Dompain, Fontenoy-le-Château, Grand, Grandvillers, Harsault, Lépanges-sur-Vologne, Monthureux-sur-Saône, Moussey, Plombières-les-Bains et Portieux.

L'espérance de vie est l'une des plus faibles de France, pour les hommes comme pour les femmes. La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) est bien plus élevée dans les Vosges qu'ailleurs en Lorraine, surtout chez les hommes. C'est dans le Pays du Coeur des Vosges que le taux de mortalité prématurée est le plus élevé de la région et dans le Pays de la Déodatie, il est l'un des plus élevés.

Le niveau d'équipement en structures apparaît globalement satisfaisant. **La démographie des professionnels de santé de premier recours apparaît âgée et plus faible en densité relativement aux niveaux régional et national. Le département des Vosges a tout intérêt à être attractif pour susciter de nouvelles installations.** Le développement de réalisations et projets de maisons de santé, ou d'autres structures d'exercice regroupé, constitue une réponse face à des perspectives démographiques alarmantes. Le sud-ouest Vosgien est concerné par un programme intercommunautaire, intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », visant la création de trois maisons de santé coordonnées dans les sièges respectifs des communautés de communes du Pays de Saône et Madon (Darney), des Marches de Lorraines (Lamarche) et du Pays de la Saône Vosgienne (Monthureux-sur-Saône). L'ensemble du projet a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale, lancé le 9 novembre 2009.

Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

Zones déficitaires de 1^{er} recours :



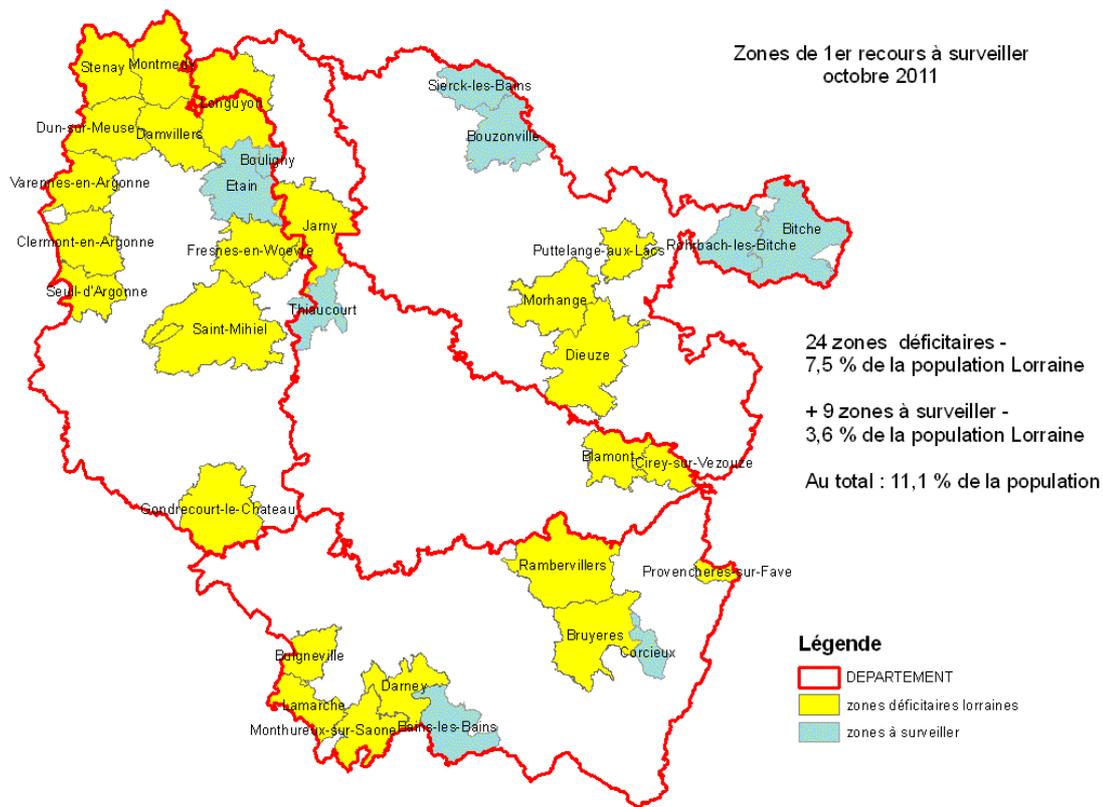
Voir annexe n° 2 : Les territoires de premier recours en Lorraine – méthodologie

Les zones déficitaires de 1^{er} recours ont été définies en respectant le seuil fixé par le Ministère (les zones ne doivent pas excéder une part de la population supérieure à 7,5 % de la population régionale).

Cependant, en Lorraine, d'autres territoires de 1^{er} recours nécessitent une vigilance particulière au regard de la démographie des professionnels de santé.

La liste n'est pas exhaustive, la situation étant rapidement évolutive. Il convient en effet régulièrement de l'actualiser au vu des données statistiques et des remontées du terrain.

Zones de 1^{er} recours à surveiller :



Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<p>24 zones déficitaires, 175 452 habitants (7,5 % population 2008) 9 zones à surveiller, 83 502 habitants (3,6 % population 2008)</p>
Territoire de la Meurthe et Moselle	<p>5 zones déficitaires, 42 513 habitants (5,8 % population 2008) Blâmont Cirey-sur-Vezouze Jarny (commune avec Meuse) Longuyon (commune avec Meuse) Montmédy (commune avec Meuse)</p> <p>1 zone à surveiller, 3 161 habitants (0,4 % population 2008) Thiaucourt-Regniéville (commune avec Meuse)</p>
Territoire de la Meuse	<p>12 zones déficitaires, 51 972 habitants (26,8 % population 2008) Clermont-en-Argonne Damvillers Dun-sur-Meuse Fresnes-en-Woëvre Gondrecourt-le-Château Jarny (commune avec la Meurthe et Moselle) Longuyon (commune avec la Meurthe et Moselle) Montmédy (commune avec la Meurthe et Moselle) Saint-Mihiel Seuil-d'Argonne Stenay Varennes-en-Argonne</p> <p>3 zones à surveiller, 11 466 habitants (5,9 % population 2008) Boulogny Étain Thiaucourt-Regniéville (commune avec la Meurthe et Moselle)</p>
Territoire de la Moselle	<p>3 zones déficitaires, 34 134 habitants (3,3 % population 2008) Dieuze Morhange Puttelange-aux-Lacs</p> <p>4 zones à surveiller, 61 531 habitants (5,9 % population 2008) Bitche Bouzonville Rohrbach-lès-Bitche Sierck-les-Bains</p>
Territoire des Vosges	<p>7 zones déficitaires, 46 833 habitants (12,3 % population 2008) Bruyères Bulgnéville Darney Lamarche</p>

	<p>Monthureux-sur-Saône Provençères-sur-Fave Rambervillers</p> <p>2 zones à surveiller, 7 344 habitants (1,9 % population 2008) Bains-les-Bains Corcieux</p>
--	---

La biologie médicale

Diagnostic régional et territorial

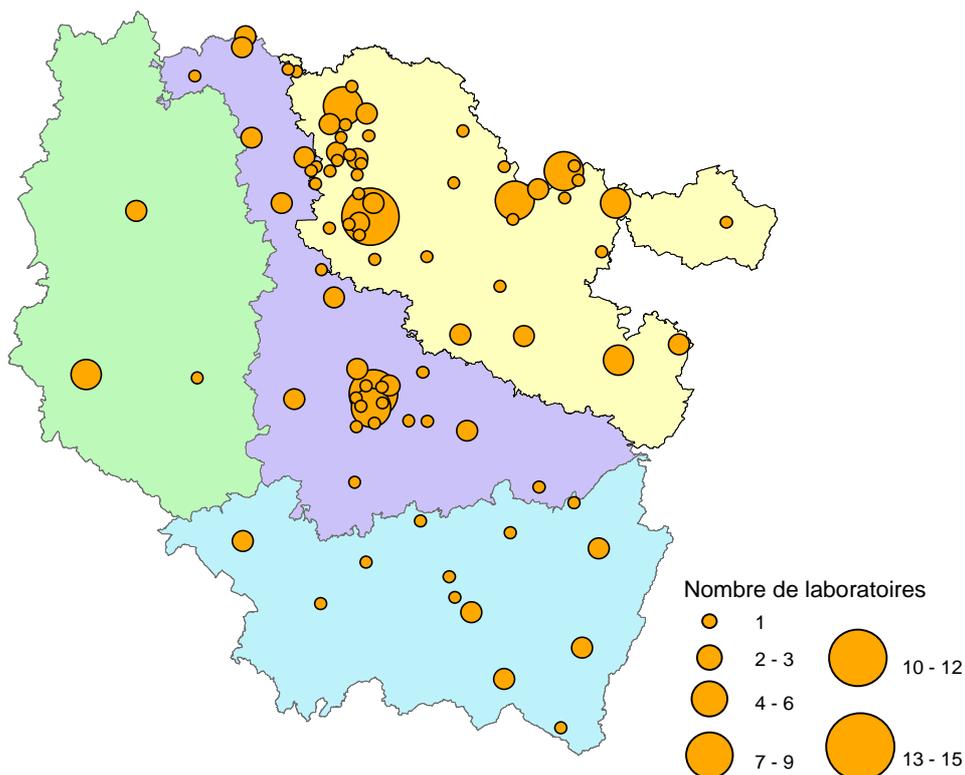
1. L'offre et les besoins :

On note une concentration élevée des laboratoires sur le sillon Nancy Metz Thionville, en lien avec l'offre de soins.

A l'inverse, l'offre est moins importante aux limites territoriales. Il persiste quelques zones blanches localisées au niveau des frontières régionales notamment entre la Meuse et les Ardennes, les Vosges et la Haute Saône.

Ces observations seront à prendre en compte lors des regroupements, des ouvertures et des fermetures de laboratoires ou de sites de laboratoires de biologie médicale.

IMPLANTATION DES LABORATOIRES PAR TERRITOIRE DE SANTE AU 31 DECEMBRE 2010 EN LORRAINE



2. L'activité :

La déclaration annuelle d'activité exprimée en nombre d'examen doit être effective, permettant de suivre les évolutions éventuelles de l'offre par rapport à l'existant.

En 2010, d'après les résultats de l'enquête régionale effectuée auprès des laboratoires lorrains, de nombreux examens (10%) étaient transmis à des laboratoires hors région, alors que certains pourraient être réalisés en intra-régional. Ceci est lié à l'absence de logistique régionale de transport autour des pôles de référence amenant à la réalisation de certains examens hors région.

3. La permanence des soins :

L'enquête régionale montre que 17 laboratoires sont ouverts le samedi après 13 heures et 1 seul s'est déclaré ouvert au public le dimanche. Une réflexion sur l'organisation d'une permanence d'accessibilité aux laboratoires en lien avec la PDSA doit être menée avec les différents acteurs concernés.

4. La qualité :

Tous les laboratoires de biologie médicale devront selon les dispositions de l'Ordonnance du 13 janvier 2010, être accrédités au 1^{er} novembre 2016.

Une étape intermédiaire est prévue : les laboratoires devront justifier de leur entrée effective dans la démarche qualité avant le 31 Mai 2013 avec 2 possibilités :

- Soit avoir obtenu l'accréditation partielle auprès du COFRAC
- Soit présenter la « qualification BIOQUALITE 36 mois »

Les établissements de santé ont démarré plus tardivement l'entrée dans la démarche qualité.

Au 31 mai 2011, aucun laboratoire en établissement de santé ne possède l'attestation Bioqualité 36 mois, ni d'accréditation partielle à la norme ISO 15189 relative à la biologie médicale.

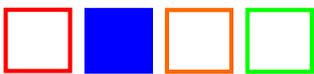
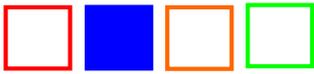
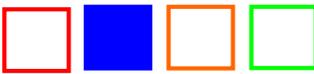
34 attestations Bioqualité 36 mois ont été délivrées aux laboratoires ou sites de biologie médicale privés au 31 mai 2011.

Aucun laboratoire public ou privé n'est accrédité à la norme ISO 22 870 relative à la biologie délocalisée.

Pour faciliter l'accréditation des laboratoires hospitaliers, les regroupements entre établissements de santé et les rapprochements laboratoires privés et laboratoires des établissements de santé devront être encouragés.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel 1 : Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains	OS 10.1, 10.3 et 11.1
Objectif opérationnel 2 : Veiller à la poursuite de la démarche qualité	OS 12.5

Objectif opérationnel Biologie médicale	Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains
--	---

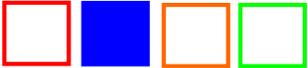
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Assurer un maillage territorial des laboratoires permettant un accès à tous en s'appuyant sur la déclaration annuelle d'activité des laboratoires exprimée en nombre d'examens
Mesure n°2 	Assurer une permanence infra-territoriale de l'offre de biologie médicale en lien avec la PDSA (art L.6222-2 et 3 du CSP)
Mesure n°3 	Renforcer l'attractivité des laboratoires régionaux en développant une analyse sur : <ul style="list-style-type: none"> • le taux et la nature des examens réalisés hors région • l'organisation d'une logistique régionale des transports
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Groupe de travail de professionnels, les laboratoires, acteurs de la PDSA

Résultat attendu	Amélioration de l'accessibilité des lorrains à une offre de biologie médicale	Indicateur n° mise en ligne de l'information
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet SROS urgence et PDSA (permanence des soins ambulatoires) Volets SROS AMP DPN, génétique et transfusion sanguine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Biologie médicale	Veiller à la poursuite de la démarche qualité
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser le regroupement des laboratoires publics (ex CHT, GCS..) tout en maintenant la continuité de l'offre en biologie médicale
Mesure n°2 	Suivre l'avancement de la démarche qualité par un accompagnement BIOQUALITE pour les ES et les laboratoires de biologie médicale privés
Mesure n°3 	Suivre l'avancement de la démarche qualité et de l'accréditation COFRAC
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	COFRAC, BIOQUALITE, les laboratoires

Résultat attendu	Amélioration de la qualité Maintien de l'offre de biologie médicale	Indicateur n° Nombre de laboratoires accrédités et champ d'accréditation
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région Lorraine	
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Externalisation activité de biologie Mont St Martin • Rapprochement Maternité / CHU • Regroupement des activités de biologie médicale du CHU (hôpital Central et Brabois)
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des activités de biologie médicale des hôpitaux de Bar le Duc, Vitry le François et Saint-Dizier
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des laboratoires de Freyming Merlebach – Hospitalor St AVOLD – Hospitalor Forbach • Externalisation activité de biologie Hayange
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des laboratoires de biologie d'Epinal et Remiremont (GCS) • Rapprochement des établissements de Neufchâteau et de Vittel incluant des réflexions sur l'activité de biologie

L'offre de soins Hospitalière

Introduction

Le schéma régional d'organisation des soins volet hospitalier couvre les années 2012 à 2017. Des avenants pourront réviser certaines thématiques pour tenir compte de l'évolution de la réglementation et/ou de la mutation de l'offre en Lorraine.

Le volet hospitalier est **opposable** (hors transfusion sanguine) dans son intégralité (opposabilité des fiches actions, y compris la déclinaison territoriale, les objectifs quantifiés de l'offre de soins –OQOS- implantations et les diagnostics détaillés).

Le SROS PRS a été élaboré en tenant compte des éléments de cadrage national et régional :

- Cadre national :
 - o Loi HPST et ses décrets d'application
 - o La circulaire DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du SROS PRS
- Cadre régional :
 - o Le plan stratégique régional de santé (PSRS)
 - o Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'Etat.

Le SROS PRS est un outil opérationnel de mise en œuvre des objectifs du PSRS.

L'offre de soins doit être dimensionnée et organisée en regard notamment des évolutions démographiques et des pratiques professionnelles.

Le SROS PRS doit permettre une amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des soins tout en répondant aux enjeux d'efficience.

I. La méthode d'élaboration:

a. Composition du volet hospitalier du SROS PRS

Le SROS PRS volet hospitalier est composé de plusieurs volets répartis en 5 groupes :

- Des activités soumises à autorisation : médecine, chirurgie, cardiologie interventionnelle, réanimation, soins de suite et réadaptation –SSR-, soins de longue durée (inclus dans la thématique transversale personnes âgées), médecine d'urgence, traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale, traitement du cancer, gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, activités cliniques et biologiques d'AMP et DPN, examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, la psychiatrie (inclus dans la thématique transversale psychiatrie et santé mentale).

- Des thématiques structurantes de l'offre de soins : l'hospitalisation à domicile –HAD- et la transfusion sanguine.

- Des missions de service public : focus réalisé sur 5 missions qui sont les soins palliatifs, la santé des personnes détenues, la lutte contre l'exclusion, l'aide médicale urgente et la permanence des soins dans les établissements de santé.

- Des thématiques sur la qualité de prise en charge des patients : La prise en charge de la douleur et les soins de support.

- Des thématiques transversales : avec une approche par parcours de santé autour de 8 thématiques qui sont la santé des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, la psychiatrie et la santé mentale, l'accident vasculaire cérébral, la chirurgie dentaire, les maladies chroniques, la santé de l'enfant et de l'adolescent et l'addictologie. Ces thématiques sont communes aux 3 schémas et comportent donc une partie hospitalière opposable.

Pour chaque volet, des chefs de projet internes à l'ARS ont été désignés et les travaux ont été menés en lien avec un groupe expert composé de représentants des usagers, des fédérations, des ordres, des URPS, de l'assurance maladie, et des experts régionaux. L'élaboration par l'ARS des différents volets s'est donc appuyée sur les retours d'expertise de ces groupes.

b. Diagnostic des différents volets :

Un diagnostic a été élaboré par chaque groupe expert, s'appuyant sur un bilan du SROS III, une approche des besoins passant notamment par l'analyse des taux de recours¹ et intégrant l'offre transfrontalière et les besoins en télémédecine.

Une instance opérationnelle de dialogue, au sein de laquelle des échanges pourront se poursuivre autour du SROS PRS et en particulier sur les taux de recours, sera créée. Cette instance sera composée d'acteurs de la santé (établissements, professionnels...) et sera opérationnelle courant 2012.

c. Objectifs opérationnels et suivi du schéma :

Afin d'accroître l'opérationnalité des fiches actions, chaque objectif est décliné en mesures et intègre également des réflexions sur le droit des usagers et la qualité de prise en charge.

Ces objectifs seront priorisés. Une méthodologie de priorisation interne à l'ARS tient compte de la faisabilité de l'objectif en fonction de la démographie des professionnels de santé et des surcoûts éventuels notamment.

Un suivi du schéma sera réalisé à l'aide d'indicateurs et permettra de répondre en partie à l'évaluation globale du PRS.

d. Objectifs quantifiés d'organisation des soins en implantations (OQOS implantations) et indicateur de pilotage d'activité (IPA) :

Les activités soumises à autorisation se déclinent en OQOS implantations (opposables). Afin d'assurer une transparence sur les projections des OQOS à horizon 2017, un état des lieux des implantations au 1^{er} décembre 2011 est présenté pour chaque thématique concernée.

L'organisation territoriale de l'offre est également structurée autour des indicateurs de pilotage, qui se substituent aux anciens OQOS volumes. Ces indicateurs n'ont pas de valeur opposable aux établissements de santé. Ils sont calculés à partir du taux de recours de la population domiciliée en Lorraine. L'analyse de ces taux a débuté dans les groupes experts de médecine, chirurgie et SSR permettant d'en extraire les grandes lignes mais l'analyse fine de ces taux n'a pas été réalisée dans le temps imparti à la réalisation du SROS PRS. Afin d'avoir une analyse des taux de recours cohérente, territoriale, multifactorielle et en concertation avec l'instance opérationnelle de dialogue, ils ne sont pas présentés dans cette version du schéma. L'année 2012 permettra de poursuivre le dialogue avec les professionnels de santé sur ce thème. L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS en découlera. A noter cependant la vigilance particulière de l'ARS sur l'impact médico-économique des différentes mesures du SROS qui ne se limitent pas à la problématique des volumes produits.

¹ La définition des taux de recours :

Le taux de recours brut rend compte du recours à l'offre de la population domiciliée d'une zone géographique, quelque soit le lieu de réalisation de ces séjours (dans la zone ou hors zone). Le taux de recours est exprimé en nombre de séjours/séances/journées/venues (selon les activités) pour 10 000 habitants.

Les taux de recours standardisés et ajustés permettent quant à eux de rendre compte et corriger de deux de ces facteurs : la structure démographique –âge et sexe- et l'état de santé –taux de mortalité-.

II. Les enjeux du SROS PRS :

Le SROS PRS doit répondre à trois enjeux majeurs :

- répondre aux besoins de santé par une offre de soins structurée et graduée
- favoriser la transversalité et les complémentarités pour améliorer le parcours de santé des patients
- veiller à une approche médico-économique et efficiente des organisations.

a. La réorganisation de l'offre hospitalière en Lorraine :

Les constats portant sur l'offre hospitalière :

- Taux d'équipement et taux de recours plus élevés qu'au niveau national en médecine et chirurgie
- Plateaux techniques nombreux et surdimensionnés (blocs opératoires)
- Manque de coordination entre les professionnels de champs différents mais une volonté d'entrer dans une dynamique régionale

Les constats portant sur l'accessibilité :

- Démographie médicale précaire et en particulier sur certains territoires (Meuse) et certaines spécialités : en neurologie, biologie, génétique...
- Nécessaire redéfinition du rôle de l'hôpital de proximité
- Manque de lisibilité sur l'offre de soins tant pour les professionnels de santé que pour les patients.

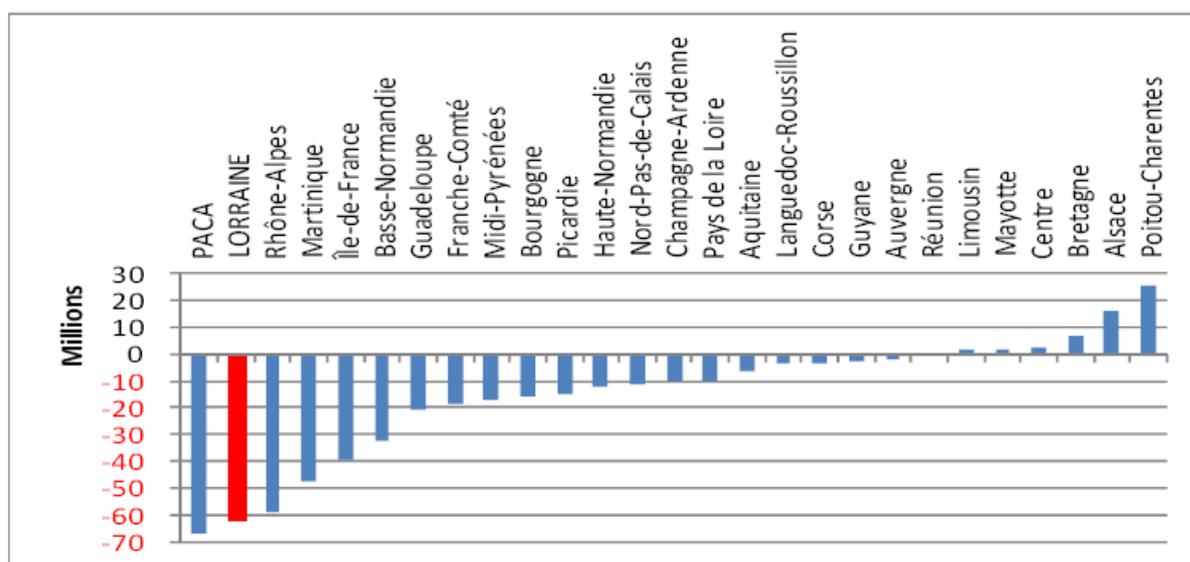
Les constats et perspectives portant sur l'aspect médico-économique :

- Passage en T2A des ex-hôpitaux locaux sur l'activité de médecine
- Déploiement de la T2A en SSR
- Dimensionnement non efficient de certains services
- Etablissements de santé déficitaires :

En 2010, la lorraine compte 48 ES publics, 29 ESPIC et 24 privés à but lucratif.

33 établissements sont déficitaires sur les 77 publics et ESPIC.

La lorraine est l'avant dernière région au niveau national du point de vue du déficit de ces établissements de santé.



Face à la suroffre régionale, la démographie des professionnels de santé et la problématique budgétaire des ES, la recomposition de l'offre de soins s'impose.

Celle-ci doit se faire dans le cadre d'une gradation des soins et permettre le maintien d'un égal accès aux soins :

- Rôle pivot du pôle hospitalo-universitaire (le CHU de NANCY fédérant les établissements disposant d'activités hospitalo-universitaires : la Maternité Régionale, le CPN, le CAV) et de la CHT du Sillon Lorrain
- Les pôles périphériques exerçant des activités de recours (réanimation, USIC, maternité niveau 2B) sur leur territoire. Ces pôles doivent s'appuyer sur la CHT du Sillon Lorrain.
Des coopérations public/privé sont par ailleurs à rechercher sur des activités telles que le traitement du cancer ou la périnatalité et pour répondre aux impératifs d'optimisation des blocs opératoires ou des plateaux d'imagerie.
- Les pôles de proximité ou de premier niveau (constitués des autres établissements de santé et des ex hôpitaux locaux) ouverts sur la ville et en étroite relation avec le secteur médico-social

b. Les leviers d'action :

Face à ces constats, l'ARS possède différents leviers d'action permettant d'améliorer l'offre de soins régionale ; mais elle doit agir en lien avec les autres partenaires des champs de la prévention, médicosocial, ambulatoire...

Les leviers d'action possibles sont :

- Sur le plan régional :
 - Investissement de la problématique de démographie médicale et paramédicale en lien avec les SROS PRS volet ambulatoire (développer plusieurs mesures pour favoriser l'installation des internes de médecine générale en qualité de médecin généraliste, financement de postes d'assistants spécialistes temps partagés pour les spécialités les plus déficitaires de la région...)
 - Dynamique régionale entre professionnels de santé à soutenir sur les thématiques le nécessitant. (ex prise en charge de l'enfant et adolescent, la filière AVC...)
 - Installation de l'instance opérationnelle de dialogue courant 2012 pour poursuivre le dialogue avec les acteurs hospitaliers sur des thématiques telles que les missions de service public, les taux de recours...
- Sur le plan territorial :
 - Mise en œuvre des schémas régionaux et interrégionaux d'organisation, socle des autorisations, et leurs déclinaisons territoriales (rôle de l'animation territoriale)
 - Déclinaison des schémas dans les programmes territoriaux de santé et/ou les projets médicaux de territoire
- Au niveau des établissements de santé
 - Signature des CPOM ARS / établissement devant inclure la déclinaison du PRS et en particulier du SROS PRS : importance des filières de soins, modalités de coopération avec les autres établissements du territoire sur tous les champs...
 - Etude des projets d'établissement, Suivi des procédures de certification,
 - Favoriser les coopérations (CHT, GCS, GIE, GIP,...), conventions de coopération
 - Conforter et/ou développer les missions de service public
- Les professionnels de santé en établissement
 - Développer les temps partagés, mutualisation de professionnels, consultations avancées...
- Articulations avec les partenaires locaux à l'aide notamment des
 - Contrats Locaux de Santé
 - Contrat urbain de cohésion sociale
 - Les organismes sociaux et mutuels...

Missions de Service Public

I. METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Diagnostic sur les missions de service public effectué en lien avec les chefs de projet pour l'ensemble des missions de service public faisant l'objet d'un volet spécifique du SROS/PRS.

Diagnostic sur les missions de service public effectué en lien avec les différentes personnes ressources au sein et hors de l'ARS pour les autres missions de service public.

II. CONTEXTE

- Mise en œuvre de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST.
- Articles L6112-1 et suivants du Code de la Santé Publique modifiés par cette même loi et rappelant notamment les 14 missions de service public susceptibles d'être assurées en tout ou partie par les établissements de santé, à savoir:
 - la permanence des soins
 - la prise en charge des soins palliatifs
 - l'enseignement universitaire et postuniversitaire
 - la recherche
 - le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers
 - la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence
 - les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (cf schéma régional de prévention)
 - l'aide médicale urgente
 - la lutte contre l'exclusion sociale
 - les actions de santé publique
 - la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
 - les soins dispensés aux détenus
 - les soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile
 - les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté (la région Lorraine n'est pas concernée)

III. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins) DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Certaines des missions de service public font l'objet d'un volet spécifique du SROS/PRS, à savoir :

- la permanence des soins en établissement de santé
- la prise en charge des soins palliatifs
- l'aide médicale urgente
- la lutte contre l'exclusion
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier

Le diagnostic des conditions de mise en œuvre de ces missions au moment de la parution de la loi HPST est donc présenté dans le cadre des travaux propres à ces volets, qui permettront de procéder à l'évaluation des besoins non couverts ainsi que de prévoir les actions à mettre en œuvre afin de les satisfaire.

S'agissant des autres missions de service public assurées par les établissements de santé, les éléments suivants peuvent être relevés:

- Pour ce qui concerne l'enseignement universitaire et postuniversitaire, l'instruction N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine détermine les modalités de la concertation entre l'ARS, la faculté de médecine et les représentants de la communauté médicale et des étudiants en médecine dans le cadre de l'agrément des terrains de stage.
- S'agissant de la recherche, la définition du besoin à couvrir ne se fait pas au niveau régional mais au niveau national dans le cadre d'appels à projets lancés par la DGOS à destination des établissements de santé. Le rôle et la mission spécifiques des CHU en la matière sont notables et réaffirmés. En Lorraine, trois établissements sont actuellement concernés par des programmes de financements pluriannuels de la recherche se traduisant par des dotations STIC ou PHRC, à savoir le CHU, le CAV et le CHR
- En ce qui concerne la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, les quatre territoires de santé lorrains sont dotés en établissements susceptibles d'accueillir ces patients.
- Le développement professionnel continu est une mission qu'il appartient à l'ensemble des établissements de santé de mettre en œuvre. Le besoin est donc considéré comme potentiellement couvert en volume.
Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.
- S'agissant des actions de santé publique, elles ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé. Le besoin est par principe réputé couvert.
- S'agissant des soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile, un centre de rétention est concerné en région, localisé à Metz.

IV. ATTRIBUTION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

La procédure d'attribution des missions de service public aux établissements de santé est la suivante:

- Il existe une procédure de reconnaissance prioritaire aux établissements de santé assurant des missions lors de la publication de la loi HPST
- En cas de besoins non couverts ou partiellement couverts, un appel à candidature est lancé
- En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature, une désignation unilatérale par le DGARS intervient

L'attribution de la mission est inscrite dans le CPOM.

La mise en œuvre d'une mission de service public ne donne pas nécessairement lieu à contrepartie financière. Certaines missions de service public font d'ores-et-déjà l'objet de financements préexistants, notamment de tarifs ou de dotations MIG.

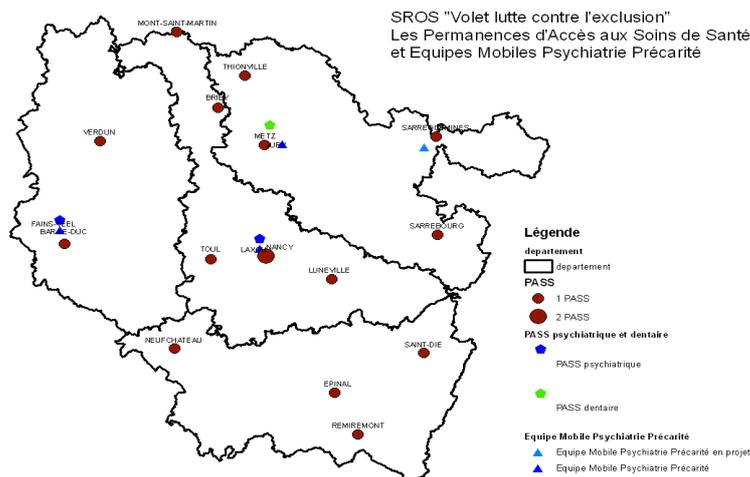
LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Diagnostic régional et territorial

1°) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Inventaire des établissements assurant la mission :

19 PASS dans la région, dont 3 spécialisées, soit 2 PASS en Psychiatrie et une PASS dentaire :



Les PASS sont situées dans les établissements de santé suivants :

En Meurthe et Moselle : CHU Nancy, Maternité Régionale Nancy, CH Toul, CH Lunéville, CH Briey, ALPHA-SANTE Mont-Saint-Martin, CPN Laxou

En Meuse : CH Bar-le-Duc, CH Verdun, CHS Fains-Veel

En Moselle : CHR à METZ, CHR à Thionville, PASS dentaire au CHR METZ, CH Sarrebourg, CH Sarreguemines

Dans les Vosges : CH Epinal, CH Remiremont, CH Saint-Dié, CH Neufchâteau.

Les PASS ont accueilli en 2010 plus de 3100 personnes (4500 consultations sociales, 3000 consultations médicales).

Evaluation du besoin non couvert

Implantation des PASS somatiques : territoire régional globalement couvert, sauf pour ce qui concerne le **Bassin Houiller en Moselle** qui rassemble plus de 10 % de la population lorraine (248 744 habitants) et concentre une population importante en situation de précarité.

Implantation des PASS dentaires :

- Une seule PASS dentaire en Lorraine, située au CHR de Metz-Thionville ouverte en 2010 avec une activité encore limitée.
- Sur le territoire de Nancy, à l'initiative de Médecins du Monde, une offre de soins dentaires pour les plus démunis qui n'est pas en capacité de répondre aux besoins de soins dentaires des plus démunis.

Il apparaît donc opportun de créer à Nancy, en lien avec les acteurs concernés, une véritable PASS dentaire, en tenant compte de l'expérience existante sur le secteur.

Fonctionnement des PASS :

Mission attendue des PASS assurée de façon variable suivant les établissements, aussi bien au niveau de l'accueil du public-cible que de l'articulation avec les autres services de l'établissements ou que du partenariat avec les acteurs incontournables extérieurs à l'hôpital.

Il en découle l'intérêt de définir et de mettre en œuvre un socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS de manière à ce que le service attendu d'une PASS soit rendu pour les usagers **de tous** les établissements de santé lorrains concernés.

2°) Les équipes mobiles assurant le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie

Inventaire des établissements assurant la mission

Aucune équipe mobile précarité MCO financée dans la région, en vue de la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

Evaluation du besoin non couvert

Besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé, pour qui la santé n'est pas une priorité et qui ont des difficultés à poursuivre, dans la durée, une démarche de soins entamée.

La création d'une équipe mobile précarité, articulée avec la PASS et bénéficiant de son expertise, permettrait à des professionnels de santé de sortir des murs de l'hôpital, d'aller à la rencontre des personnes en difficulté dans leurs lieux de vie et de faire le lien avec les professionnels de santé et sociaux qui suivent ces publics en vue d'anticiper une rupture dans les traitements ou une aggravation de l'état de santé souvent déjà précaire.

Réflexion et démarches avancées sur ce sujet sur certains sites :

- Actions à l'extérieur de l'hôpital menées par la PASS de Bar-le-Duc : tenue de permanences au sein de structures sociales et/ou de maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnement physique vers la PASS de personnes éloignées géographiquement, suivi après hospitalisation de personnes en difficultés d'accès aux soins et aux droits.
- A Nancy, dans le prolongement des travaux de coordination déjà engagés par le CHU auprès des structures sociales ou médico-sociales du secteur, réflexion engagée sur la nécessité de développer une approche « santé » dans les milieux de vie des personnes les plus marginalisées.

Il est souhaitable, dans le cadre des moyens disponibles, de soutenir les démarches pertinentes d'ores et déjà enclenchées sur ces secteurs et de chercher à étendre cette modalité d'action de lutte contre l'exclusion à d'autres territoires de la région concentrant une population précaire importante.

3°) L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité

Inventaire des établissements assurant la mission

Neuf établissements en Lorraine, remplissant les critères d'attribution (un taux de séjours CMU/CMUC/AME supérieur ou égal à 10,5 % et un seuil plancher de dépenses fixé à 40 000 €) bénéficient de cette MIG destinée à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité :

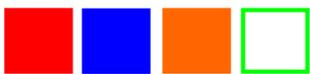
- En Meurthe et Moselle : la Maternité Régionale (309 296 €) et le CH de Lunéville (155 000 €)
- En Meuse : le CH de Verdun (317 000 €)
- En Moselle : le CH de Forbach (306 507 €), Hospitalor Forbach (46 829 €), Hospitalor Saint-Avold (149 981 €), Alpha-Santé Hayange (232 511 €).
- Dans les Vosges : le CH d'Epinal (346 351 €) et le CH de Saint-Dié (234 063 €).

Enveloppe totale affectée à la Lorraine : 2 097 538 €.

Il sera demandé, au terme de trois années de montée en charge puis de stabilisation de ce dispositif, d'évaluer la réalité des moyens mis en œuvre par les établissements pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel : Permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, un accès effectif à une PASS assurant l'accueil, le soutien, l'accompagnement en coordination avec les acteurs locaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social	Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3 ; 6-1 ; 6-2 Priorité 4 : Objectif spécifique 11-1 ; 11-3
Objectif opérationnel : Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics en précarité	Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3 ; 6-1 ; 6-2 Priorité 4 : Objectif spécifique 11-1 ; 11-3
Objectif opérationnel : Conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie, en coordination avec les associations, les médecins généralistes ...	Priorité 2 : Objectif spécifique 5-3; 6-1 ; 6-2 Priorité 4 : Objectif spécifique : 11-1 ; 11-3

Objectif opérationnel Lutte contre l'exclusion	Permettre aux lorrains démunis, quelque soit le territoire, un accès effectif à une PASS assurant l'accueil, le soutien, l'accompagnement en coordination avec les acteurs locaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Créer une PASS dans le bassin houiller, en veillant à ce qu'elle développe un travail de coordination avec les acteurs sociaux et de santé du secteur. Intégrer le dispositif dans le projet de restructuration des établissements de santé du bassin houiller.
Mesure n°2 	Mettre en œuvre un socle minimum d'exigences de fonctionnement au sein de toutes les PASS de la région concernant : <ul style="list-style-type: none"> - l'identification et la visibilité de la PASS au sein de l'établissement de santé - les publics accueillis et les modalités d'accueil - l'articulation de la PASS avec les autres services de l'établissement - l'établissement de relations formalisées avec les acteurs sociaux et de santé du secteur en relation avec le public démuné En annexe : socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Acteurs sociaux, ES et médico-sociaux...

Résultat attendu	Améliorer l'accès aux PASS des personnes en difficulté Indicateurs Création d'une PASS dans le Bassin Houiller Elaboration et diffusion d'une plaquette d'information au public et aux partenaires par toutes les PASS dans les 2 ans Réunion annuelle d'un COPIL dans 80 % des PASS	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
--

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

Objectif opérationnel Lutte contre l'exclusion	Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics en précarité
--	---

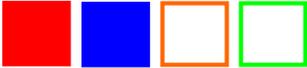
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Créer une PASS dentaire à Nancy
Mesure n°2 	Optimiser le fonctionnement de la PASS dentaire de Metz : <ul style="list-style-type: none"> - développer la communication sur l'existence et le rôle de la PASS - augmenter le volume d'activité de la PASS - développer la mission d'accompagnement des publics en difficultés et de motivation à aller vers les soins dentaires, en lien avec les dispositifs existants
Mesure n°3 	Formaliser des liens entre les PASS et des dispositifs ou ressources locaux susceptibles d'accueillir les publics de la PASS en matière de soins dentaires: PASS dentaires, service odontologique de l'hôpital, dentistes libéraux, cliniques dentaires, centres de santé...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	PASS, services dentaires hospitaliers et libéraux, centres de santé...

Résultat attendu	Amélioration de la prise en charge dentaire des publics en difficulté Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> - Au moins 300 personnes soignées chaque année par la PASS dentaire du CHR Metz-Thionville - Etablissement d'une convention entre la PASS et une structure de soins dentaires par 80 % des établissements porteurs de PASS d'ici 2014. 	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
--

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

Objectif opérationnel Lutte contre l'exclusion	Conforter et développer le suivi et les soins des personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie, en coordination avec les associations, les médecins généralistes, ...
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Evaluer le fonctionnement des PASS en ce qui concerne leurs modalités de partenariat avec les acteurs extérieurs. Réaffecter les marges de manœuvre disponibles vers le développement des équipes mobiles précarité le cas échéant, en privilégiant les territoires ayant déjà fait preuve de leur engagement dans cette démarche
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

Résultat attendu	Améliorer la prise en charge des personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie	Indicateur n°
	Indicateur Une équipe mobile précarité mise en place au moins au sein de 2 territoires de santé de la région (une un milieu rural et une en milieu urbain)	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

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

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'une PASS dentaire à Nancy
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'une PASS dans le bassin houiller• Optimisation du fonctionnement de la PASS dentaire de Metz
Territoire des Vosges	

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSES)

Diagnostic régional et territorial

La permanence de soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8 heures du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ du MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN.

Un cadre national est défini et il est commun aux secteurs public et privé. De plus, le dispositif de financement sur crédits MIG est unique et fongible pour la permanence des soins en établissement de santé.

L'année 2011 est une année de transition afin d'arriver à un dispositif de financement unique et fongible de la permanence des soins en établissement de santé.

Ce dispositif est harmonisé, commun aux secteurs public et privé avec une inclusion des établissements Ex-OQN et des médecins libéraux dans le dispositif de financement sur les crédits MIG.

Sur la base du guide méthodologique national, les critères de définition du schéma cible sont les suivants :

- Des obligations de permanence médicale fixées dans le régime d'autorisation des activités de soins et que l'ARS de Lorraine a choisi d'inscrire de principe dans le schéma cible si l'activité en PDSES le justifiait
- Des champs et des structures exclus (SSR, USLD, HAD, Cancérologie, hôpitaux locaux, psychiatrie, greffe) car relevant de la continuité des soins ou faisant l'objet de dispositifs spécifiques d'indemnisation
- Des spécialités médico-techniques (imagerie, pharmacie, biologie) ne relevant pas, selon le guide méthodologique national, de la PDSES. Sous couvert de mutualisations, certaines spécialités peuvent être retenues par les ARS au vu des marges existantes sur le schéma cible. A ce titre, l'ARS de Lorraine a décidé de réserver une enveloppe à hauteur d'environ 1,5 M € sur la MIG PDSES pour couvrir la PDSES en radiologie dans le cadre du dispositif régional de PDSES en téléradiologie.

Méthodologie :

Une enquête a été adressée à l'ensemble des établissements de santé de la région pour évaluer les besoins en couverture de PDSES. Seules les lignes de gardes et d'astreintes ont été renseignées ne permettant pas à elles seules d'approcher les besoins.

En l'absence de données d'activité, le groupe expert a étudié les lignes de gardes et astreintes et une concertation individuelle avec chaque établissement a été menée par l'ARS.

Ainsi un schéma cible, répondant aux exigences suivantes, a pu être élaboré:

- Pertinence ou non d'intégration de spécialités en PDSES (ex. : dermatologie et rhumatologie non retenues)
- Lignes d'astreinte et garde retenues pour couvrir l'ensemble des structures d'urgence du territoire pour toutes les spécialités
- Opérationnalité des lignes déclarées par les établissements en mettant en regard le nombre effectif de praticiens qui les réalisent (estimation de 4 à 5 praticiens au minimum pour une garde et de 3 ou 4 pour une astreinte opérationnelle). Les lignes dont le nombre de praticiens est connu et inférieur à ces seuils, n'ont pas été, sauf exceptions, retenues dans la première version du schéma (cas des lignes fonctionnant avec 1 seul praticien par exemple.)

- Suppression des doublons, propositions de mutualisation et définition de lignes qui seront soumises à appel à candidature.

Afin de soutenir la formation des praticiens, l'ARS de Lorraine a choisi d'intégrer (en concertation avec le groupe expert et sur la base des critères d'analyse et des exigences ci-dessus) les astreintes et les gardes d'internes déclarées par les établissements.

Elaboration du schéma cible :

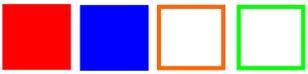
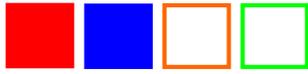
Le schéma établi à l'issue des concertations menées est la version initiale, applicable pour l'année 2012. Il définit l'ensemble des lignes de gardes et astreintes pour la région.

L'ensemble des lignes retenues devra répondre au futur cahier des charges générique (fonctionnement 365j/an, tarification secteur 1, ...) et éventuellement spécifique à une discipline particulière comme par exemple la chirurgie viscérale (couverture territoriale, réponse téléphonique, recours régional, ...).

Ce schéma initial sera soumis à une évaluation au cours de l'année 2012. La vérification de l'opérationnalité des lignes retenues et l'identification des besoins permettra de l'optimiser.

Dès à présent certaines disciplines ou lignes posent question quant à l'organisation territoriale proposée. L'évaluation permettra de se pencher sur la pertinence de celles-ci (ex. : urologie, ophtalmologie, néphrologie pour dialyse aigue, ...).

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel : Faire vivre le schéma cible de PDSES	Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente (11.1, 11.2) Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.1, 5.2)

Objectif opérationnel PDES	Faire vivre le schéma cible de PDES	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Evaluer annuellement le schéma : <ul style="list-style-type: none"> • Activité par lignes • Nombre de praticiens • Suivi des transferts • Identification des besoins 	
Mesure n°2 	Créer une instance opérationnelle de dialogue : <ul style="list-style-type: none"> • Echanges autour du diagnostic • Propositions 	
Mesure n°3 	Optimiser l'organisation régionale et territoriale de la PDES : <ul style="list-style-type: none"> • Dans une logique de gradation des soins • En lien avec la permanence des soins ambulatoire • En intégrant la notion de filières spécialisées • En mutualisant les lignes de gardes ou d'astreintes sur les territoires qui le nécessitent par l'élaboration d'un cahier des charges.	
Mesure n°4 	Intégration dans le ROR du schéma de PDES	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Fédérations hospitalières – Etablissements sanitaires- URPS- réseau lorraine urgences Professionnels de santé	
Résultat attendu	Schéma efficient de PDES	Indicateur n° Obtention des volumes d'activité en PDES par ligne retenue. Rédaction du cahier des charges
Lien avec les autres thématiques des différents schémas		
SROS-PRS volet hospitalier et volet ambulatoire		
Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)		
Programme Régional de Télémedecine		

Déclinaison territoriale (en cours)	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

 ligne concernée par appel à candidature

		Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie (type 1 - définitive)																							
		Chirurgie cardiaque (hors obligations)		Chirurgie thoracique		Chirurgie viscérale et digestive					Chirurgie ortho/traumatologie				Chirurgie ophtalmologie				Urologie						
		AO	AO interne	AO	AO interne	1/2 G et 1/2 AO	AO	AS	G interne	AO interne	1/2 G et 1/2 AO	AO	AS	G interne	AO interne	AO	AS	G interne	AO interne	AO	AS	AO interne			
Meurthe et Moselle	Région	Ligne soumise à candidature (recours régional)																							
	Briey	1																							
	Lunéville						1					1													
	Mont St Martin							1					1												
	Nancy	Maternité Régionale																							
		Polyclinique Majorelle																							
		Clinique Ambroise Paré Nancy																							
		Clinique ST André Nancy																							
		Polyclinique Gentilly - St Don						1					1										1		
		CHRU		1	1	1		2			1		1			1						1	1	1	
		Clinique Louis Pasteur																1							
		Lignes soumises à candidature																							
	SIH SINCAL												1			1									
	CH Toul							1					1												
CH Pont à Mousson																									
Meuse	Bar le Duc																								
	CH Bar le Duc																								
Moselle	Verdun																								
	Bassin Houiller	CH Verdun						1					1											1	
		CH Forbach						1					1												
		CH St Avoird																							
		Clinique St Nabord																							
	Sarreguemines	CH Freyming Merlebach																							
		Hospitalor St Avoird																							
	Sarrebourg	CH Sarrebourg								1														1	
	Metz	CH Sarreguemines																							1
		Clinique Claude Bernard																							
CHR Metz																									
Lignes soumises à candidature																									
Vosges	Hôpitaux Privés Metz				1		1																	2	
	HIA LEGUEST					1					1														
	Hayange	Alpha Santé																							
	Thionville	CHR Thionville																							
	Epinal-Remiremont	CH Epinal						0,8																	1
		CH Remiremont						0,8																	
		Polyclinique de la Ligne bleue																							
	Neufchâteau-Vittel	Clinique Arc en Ciel																							
		CH Neufchâteau																							
	St Dié	CH Vittel																							
Lignes soumises à candidature																									
CH Gérardmer																									
CH St Dié																									
		1	0	1	2	1	19,6	2	2	1	1	18,6	2	2	2	4	0	0	0	8	2	1			

SCHEMA PDSES - version initiale 2012

 ligne concernée par appel à candidature

	Région	Ligne soumise à candidature (recours régional)	Autre médecine				UHS/UCSA		Total
			AO	AS	G interne	AO interne	AO	AS	
Meurthe et Moselle		CH Briey	1		1				9
		Lunéville	1		1				9
									3
		Mont St Martin		1					11
			Maternité Régionale						7
			Polyclinique Majorelle						4
			Clinique Ambroise Paré Nancy						1
			Clinique ST André Nancy						0
			Polyclinique Gentilly - St Don						9
		Nancy	CHRU		4		2,6	1	75,8
			Clinique Louis Pasteur						2
			Lignes soumises à candidature						5
			SIH SINCAL						4
			CH Toul	1					8
			CH Pont à Mousson		1				1
	Meuse	Bar le Duc	Polyclinique Bar le Duc						4
			CH Bar le Duc	1					5
		Lignes soumises à candidature						1	
Moselle	Verdun	CH Verdun		1	1			16	
		CH Forbach	1					12	
		CH St Avoird						0	
		Clinique St Nabord						2	
		CH Freyming Merlebach						3	
		Hospitalor St Avoird						7	
	Sarrebourg	CH Sarrebourg	1		1			12	
	Sarreguemines	CH Sarreguemines	1				1	13	
		Clinique Claude Bernard	1					13	
	Metz	CHR Metz	0,3		1		1	34,2	
		Lignes soumises à candidature						5	
		Hôpitaux Privés Metz	1					12	
		HIA LEGUEST		1				8	
Hayange	Alpha Santé		1				6		
Thionville	CHR Thionville	0,3		1			25,3		
Vosges	Epinal-Remiremont	CH Epinal	1		1		1	14,6	
		CH Remiremont	1					8,6	
		Polyclinique de la Ligne bleue						1	
		Clinique Arc en Ciel						2	
	Neufchâteau-Vittel	CH Neufchâteau	1					7	
		CH Vittel	1					1	
		Lignes soumises à candidature						2	
	St Dié	CH Gérardmer	0,3					0,3	
		CH St Dié	1,3					9,3	
			15,2	9	7	2,6	2	2	374,1

SOINS PALLIATIFS**Diagnostic régional et territorial**

Dispositif de prise en charge en soins palliatifs :

- ✚ 2 unités de soins palliatifs : 15 lits au CHU de Nancy et 10 lits au CHR de Metz (moyenne nationale : 4 unités par région).

La Lorraine fait partie des régions les moins-bien dotées en lits d'unités de soins palliatifs. Ces deux unités ont vocation à prendre en charge des cas complexes de par leur positionnement au sein des deux établissements CHU (15 lits) et CHR (10 lits).

- ✚ 267 lits identifiés de soins palliatifs : 153 en court séjour et 114 en SSR répartis dans 41 établissements. Un taux d'équipement lorrain de 11,55 lits pour 100 000 habitants et un maillage territorial globalement satisfaisants (cible régionale : 10 lits pour 100 000h) -

- ✚ **Taux d'équipement pour 100 000h : 54: 101 lits soit 13,93 55 : 19 lits soit 9,79 57 : 110 lits soit 10,61 88: 37 lits soit 9,74**

Nécessité d'évaluer l'activité palliative (plan quantitatif et qualitatif) pour redistribuer les lits labellisés en fonction des besoins et de la conformité aux référentiels et doter deux établissements enregistrant plus de 200 décès par an qui ne sont pas dotés en LISP

- ✚ 19 équipes mobiles de soins palliatifs réparties sur les 4 territoires (7 en 54, 2 en 55, 6 en 57 et 4 en 88) : moyenne nationale 1 EMSP pour 200 000h Lorraine : 1 pour 121 620 h –

54 : 1 pour 103 571 h – 55 : 1 pour 97 000 h – 57 : 1 pour 172 833h - 88 : 1 pour 95 000h

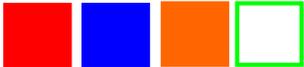
Les équipes sont très hétérogènes dans leur composition et leurs activités. Il convient de les évaluer afin de redimensionner les moyens pour leur permettre de jouer un rôle intra et extra muros, notamment vers les établissements qui ont des LISP et pas d'équipe mobile et vers les établissements médico-sociaux : en Lorraine, 23% des EHPAD ont une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

- ✚ 13 structures d'Hospitalisation à domicile
- ✚ Les professionnels de santé libéraux
- ✚ 3 réseaux de soins palliatifs principalement sur 54, 57 et 88 et des associations d'accompagnement

Il est nécessaire de poursuivre la diffusion d'une culture palliative par le biais des formations et par la reconnaissance de personnes ressources au sein des établissements de soins et médico-sociaux

La prise en charge palliative des enfants nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, une équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques à créer au CHU avec un rôle de référence régionale.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer l'offre de proximité et sa qualité	P2 Objectifs 5-4 et 6-1 P3 Objectifs 8-2 et 8-3 P4 Objectifs 10-3 et 11-2
Objectif opérationnel Faciliter l'accès a des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes	P4 objectifs 10-3 et 12-1
Objectif opérationnel Optimiser l'organisation de la prise en charge palliative	P4 objectifs 11-1 et 12-1

Objectif opérationnel Soins palliatifs	Améliorer l'offre de proximité et sa qualité	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	<p>Evaluer les dispositifs existants et redéployer des lits en soins palliatifs notamment dans les établissements de santé ayant plus de 200 décès par an</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piloter un groupe d'experts associant les professionnels de santé - Recueillir l'activité et évaluer la mise en œuvre du cahier des charges - Proposer le redéploiement des lits dans les territoires nord et est meurthe-et-mosellans (établissements de santé ayant plus de 200 décès/an) <p>Echéance : 2012</p>	
Mesure n°2 	<p>Permettre aux équipes mobiles de soins palliatifs de jouer leur rôle en inter et extra hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer leur activité - Redéployer les moyens afin de permettre les interventions extra muros - Conventionner avec les EHPAD <p>Echéance : 2012</p>	
Mesure n°3 	<p>Promouvoir la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé et du public (écoles, journées d'information/formation régionales, rôle et intervention des associations)</p>	
Mesure n°4 	<p>Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs - apporter un soutien à la prise en charge (aide, conseil, formation par EMSP, les réseaux,...)</p>	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Etablissements de santé et médico sociaux Professionnels de santé – associations de bénévoles	

Résultat attendu	Améliorer la prise en charge en soins palliatifs	Indicateur n° Nombre d'interventions des EMSP hors les murs Nombre de conventions EMSP – EHPAD
-------------------------	--	---

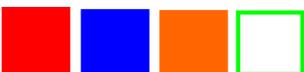
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SRO-MS
SROS versant hospitalier : volets HAD, thématique transversale
SROS ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

Objectif opérationnel Soins palliatifs	Faciliter l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer l'offre de proximité (1 unité à créer dans chacun des territoires vosgien et mosellan)
Mesure n°2 	Permettre à tout enfant hospitalisé d'accéder à une prise en charge palliative adaptée : Labelliser l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques au CHU de Nancy ayant vocation à être équipe ressource régionale
Mesure n°3 	Formaliser les coopérations et les parcours de formation entre l'ensemble des professionnels et des bénévoles qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (structures, réseaux, libéraux, professionnels de santé, associations de bénévoles...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé Professionnels de santé Associations de bénévoles Réseaux...

Résultat attendu	Identification de la gradation de l'offre de prise en charge palliative	Indicateur n° augmentation du nombre de patients prise en charge dans les USP
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS ambulatoire SROS versant hospitalier : volets HAD – Prise en charge des Enfants et des Adolescents – Traitement du cancer

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012
--

Objectif opérationnel Soins palliatifs	Optimiser l'organisation de la prise en charge palliative
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Identifier des personnes ressources pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins et médico-sociaux
Mesure n°2 	Formaliser des modalités de coopération entre établissements de santé (conventions, communauté hospitalière de territoire ou groupement de coopération sanitaire) pour mutualiser l'offre en soins palliatifs
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé et médico-sociaux

Résultat attendu	Permettre une prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux	Indicateur n° Nombre de coopérations signées pour la prise en charge palliative Chaque établissement de santé doit avoir une solution pour la prise en charge palliative
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SRO-MS SROS hospitalier : volet filière gériatrique

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional• Labelliser l'équipe mobile pédiatrique de ressource régionale
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none">• Redéployer des lits vers deux établissements ayant plus de 200 décès par an : CH Briey et Lunéville
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none">• Créer une unité de proximité de soins palliatifs
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none">• Créer une unité de proximité de soins palliatifs

SANTE DES PERSONNES DETENUES

Diagnostic régional et territorial

Soins somatiques :

- présence médicale globalement satisfaisante mais insuffisante et fragile dans certaines UCSA,
- permanence des soins plus tendue,
- offre de recours à des consultations spécialisées variable d'un établissement à l'autre
- intervention d'un SSIAD au Centre Pénitentiaire de Nancy et au Centre de Détention de Toul

Soins bucco-dentaires :

- une santé bucco-dentaire dégradée,
- toutes les UCSA ont un temps de présence de dentiste

Soins psychiatriques :

- un SMPR, pour la Lorraine, situé à Metz et rattaché au CHS de Lorquin. Dans les autres UCSA, les actions de dépistages et les soins ambulatoires sont dispensés par un secteur de psychiatrie générale
- insuffisance de temps de psychiatres sur quasiment toutes les UCSA,
- recours au SMPR par les autres UCSA très ponctuel,
- début 2012, ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du CPN Laxou, d'une capacité totale de 40 lits pour détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique

Addictions :

- des consultations en addictologie inégalement assurées,
- des interventions de CSAPA à protocoliser,
- des coopérations UCSA/CSAPA qui fonctionnent bien à Bar-le-Duc et Épinal,
- prise en charge des addictions assurée par l'équipe de soins psychiatriques, à Sarreguemines, Oermingen

Prévention/Promotion de la Santé :

- des programmes d'éducation pour la santé inégalement appliqués en Lorraine,
- des UCSA, face aux files actives de patients et aux consultations médicales croissantes qui concentrent plus particulièrement leurs actions sur le soin que sur la prévention et la promotion de la santé

Accès aux droits :

- difficultés de régularisation et de continuité des droits, d'affiliation à la CPAM

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques	Priorité 2, objectif 5.3 Priorité 4, objectifs 11.1.et 11.3 et 12.1 et 12.5
Objectif opérationnel Adapter l'organisation des soins psychiatriques	Priorité 1, objectif 2.2 Priorité 2, objectif 5.3 Priorité 4, objectif 11.1 et 11.3
Objectif opérationnel Améliorer la prévention et la promotion de la santé	Priorité 1, objectifs 1-3 et 1-4 Priorité 2, objectif 4-3 Priorité 4, objectif 11-3
Objectif opérationnel Améliorer l'accès aux droits	Priorité 2, objectif 6-1 Priorité 4, objectif 11-1
Objectif opérationnel Améliorer la formation des professionnels de santé	Priorité 4, objectif 12-1

Objectif opérationnel Personnes détenues	Améliorer l'organisation et la qualité des soins somatiques
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Elaborer un projet médical pour chaque UCSA
Mesure n°2 	Structurer l'équipe de l'UCSA comprenant du temps de praticien coordonnateur et au minimum 0,5ETP de cadre de santé pour assurer la liaison avec l'hôpital de proximité et l'établissement pénitentiaire.
Mesure n°3 	Développer l'intervention des CSAPA au sein des UCSA Elaborer le protocole addictologie UCSA/CSAPA
Mesure n°4 	Assurer les soins de santé bucco-dentaires.
Mesure n°5 	Promouvoir les interventions de télémédecine (consultations pré-anesthésiques, dermatologie) pour réduire les extractions médicales
Mesure n°6 	Améliorer la préparation à la sortie, la continuité des soins
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissement hospitalier et pénitentiaire, CSAPA, SPIP.

Résultat attendu	Rédaction d'un projet médical par UCSA intégrant les différentes mesures.	Indicateur Nombre de projets médicaux intégrant les différentes mesures
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet SROS PRS Chirurgie dentaire Thématique transversale Addictologie Programme de télémédecine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Objectif opérationnel Personnes détenues	Adapter l'organisation des soins psychiatriques
---	--

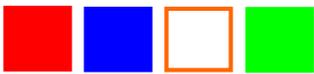
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la prise en charge psychiatrique en UCSA <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la présence de psychiatre (améliorer leur mode de recrutement) • Promouvoir une expérimentation de télémédecine
Mesure n°2 	Mise en place progressive du dispositif de soins gradués en santé mentale en milieu carcéral : <ul style="list-style-type: none"> - 1er niveau : activités thérapeutiques à temps partiel par les équipes de santé mentale en UCSA, - 2ème niveau : SMPR (hospitalisation de jour) - 3ème niveau : UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) hospitalisation complète avec et sans consentement, interrégionale. Ouverture prévue début 2012.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements psychiatriques, UCSA

Résultat attendu	Mise en place d'activités de type CATTP dans chaque UCSA	Indicateur Nombre d'UCSA ayant des activités de type CATTP
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet SROS PRS Psychiatrie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Objectif opérationnel Personnes détenues	Améliorer la prévention et la promotion de la santé
---	--

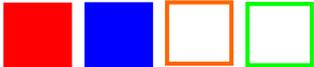
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Confier à des promoteurs régionaux l'élaboration et la mise en œuvre, en lien avec les UCSA, d'un programme de prévention et de promotion de la santé
Mesure n°2 	Promouvoir l'accès aux vaccinations, aux dépistages VIH, IST, hépatites et cancers (du sein, du col de l'utérus et colorectal)
Mesure n°3 	Développer des actions de promotion et d'éducation dans le domaine de la santé mentale, des addictions et de la prévention du suicide : facteurs de socialisation et de préparation à la sortie
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	UCSA, associations de promotion de la santé, centres de vaccination, CIDDIST

Résultat attendu	Intervention de promoteurs extérieurs pour la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé dans chaque UCSA	Indicateur Nombre d'UCSA organisant des programmes de prévention et de promotion de la santé
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma régional de prévention

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Objectif opérationnel Personnes détenues	Améliorer l'accès aux droits
---	-------------------------------------

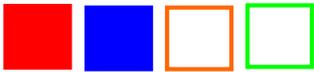
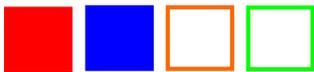
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser l'articulation entre établissements pénitentiaires, CPAM et établissements de santé en ce qui concerne les droits à l'assurance maladie
Mesure n°2 	Informers les personnes détenues de leur droit
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé, greffes des établissements pénitentiaires, CPAM, SPIP

Résultat attendu	Signature d'une convention entre établissements pénitentiaires et les CPAM	Indicateur Nombre de conventions signées entre les établissements pénitentiaires et les CPAM
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
PRAPS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Objectif opérationnel Personnes détenues	Améliorer la formation des professionnels de santé
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser l'accueil en stage des étudiants infirmiers, des internes en médecine générale et en psychiatrie.
Mesure n°2 	Assurer à tout personnel soignant arrivant en UCSA une formation à l'exercice en milieu pénitentiaire
Mesure n°3 	Promouvoir en formation continue la sensibilisation des personnels pénitentiaires à la prise en compte de la santé, des soins, des troubles psychiques ou de comportement
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements pénitentiaires, établissements hospitaliers, IFSI, CHU, Université de Lorraine

Résultat attendu	Amélioration des pratiques et des relations professionnelles	Indicateur Nombre d'établissements hospitaliers et pénitentiaires organisant des formations
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan d'action stratégique (2010-2014) Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• L'ensemble des objectifs et mesures s'appliquent à toutes les UCSA de la région
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Activités de soins autorisés et EML

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION et DIAGNOSTIC PRENATAL

1. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Diagnostic régional et territorial

Le diagnostic régional et territorial est adossé au bilan du SROS 3 et à une approximation des besoins (respectivement 155, 145 et 135 Ponctions FIV réalisées au CMCO de Strasbourg en 2008, 2009 et 2010, originaires de Lorraine dont 108 originaires de Moselle en 2010).

Bilan des autorisations : la région dispose de 4 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et 2 établissements privés. Les activités biologiques sont réalisées dans un établissement public (Maternité régionale) et 7 laboratoires d'analyses médicales.

Toutes les activités du décret de 2008 ont été traduites en termes d'implantation dans le SROS 3. Cependant, il est constaté des différences entre les anciens territoires Nord et Sud de Lorraine : ainsi il n'y a pas eu d'autorisation accordée faute de promoteur dans le Nord pour l'activité clinique de mise en œuvre de l'accueil des embryons ; pas d'autorisation prévue dans le Nord pour l'activité biologique de Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don. Par ailleurs, certaines activités ne sont réalisées que dans une structure, la Maternité régionale.

L'activité AMP régionale est stagnante sur le plan quantitatif, malgré une demande croissante et la population régionale fait appel à une offre strasbourgeoise, luxembourgeoise, belge ou espagnole...

D'autre part certaines activités ne sont pas ou peu mises en œuvre au niveau régional :

- Diagnostic préimplantatoire
- Prise en charge des patients VIH +, VHB +, VHC +
- Don d'ovocytes
- Accueil d'embryon (activité autorisée mais non mise en place)

L'AMP est une activité chronophage, mal valorisée d'après les équipes, dans un contexte contraint pour les établissements.

En lorraine, certains praticiens sont agréés à Metz alors que l'activité biologique est autorisée à Nancy.

A noter qu'au niveau de la région il existe une réelle dynamique des acteurs prêts à des coopérations.

Objectifs opérationnels :

- **Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine**

Constat : diminution de l'activité régionale AMP sur 5 ans (13 % de l'activité réalisée au CMCO de Strasbourg correspond à des patients lorrains), faible activité en contexte viral, très faible activités de don d'ovocytes et d'accueil d'embryons prévues au SROS3.

Le bilan de cette activité permet de noter : une démarche de qualité traduite par des résultats et une enquête de satisfaction auprès des usagers très favorables, une prise en charge psychologique de qualité, une dynamique de cette activité dans le secteur privé (Metz, Nancy, Epinal) mais une absence de professionnels dédiés uniquement à cette activité à la Maternité régionale, une absence de locaux adaptés et des moyens insuffisants pour développer cette activité dans un contexte budgétaire contraint.

- **Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP**
- **Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences**

Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 n'a pas été mise en œuvre. Tous les centres réalisant des AMP conservent les embryons qui seraient au moins 901 en Lorraine à être disponibles pour l'accueil au 31/12/2009 (6614 embryons conservés recensés au 31/12/2009). Le sort réservé aux embryons congelés est une question essentielle. Si les couples, interrogés chaque année, n'ont plus de projet parental, ils doivent se prononcer soit en faveur de l'arrêt de la conservation de leurs embryons, soit consentir à ce qu'ils puissent être utilisés pour la recherche ou donnés à un autre couple. Cet accueil ne peut se faire que dans des conditions précises fixées par les textes.

En raison du cadre législatif et réglementaire, l'accueil d'embryons est emblématique de la collaboration des centres clinico-biologiques. La faisabilité de sa mise en œuvre doit être testée en Lorraine, 1^{ère} étape avant la réalisation d'autres formes de collaborations comme le don d'ovocytes.

- **Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour**

Constat : Cette activité, autorisée dans le SROS 3 pour un laboratoire privé n'a été mise en œuvre qu'à la marge. Les couples demandeurs sont orientés vers d'autres régions voire en dehors de la France.

- **Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité**

Constats : Trois structures disposent de l'autorisation de conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux (en dehors de l'AMP) dans un but de préservation de la fertilité.

Il importe de diffuser cette ressource à tous les établissements qui réalisent des traitements risquant de compromettre la fertilité (lien avec Volet traitement du cancer du SROS).

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)	Activités cliniques				
	POC	PS	TEM	POD	AE
IMPLANTATIONS					
Territoire de santé meusien	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1	2	1	1
Territoire de santé mosellan	1	1	1	1	0
Territoire de santé vosgien	1	0	1	0	0
Région lorraine	4	2	4	2	1

Légende :

POC :	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
PS :	Prélèvement de spermatozoïdes
TEM :	Transfert des embryons en vue de leur implantation
POD :	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
AE :	Mise en œuvre de l'accueil des embryons

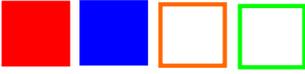
Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)				Activités biologiques			
IMPLANTATIONS	IA	FIV	RCS	PCO	CAG	CEP	CEA
Territoire de santé meusien	1	0	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	3	2	1	1	2	2	1
Territoire de santé mosellan	2	1	0	1	1	1	0
Territoire de santé vosgien	1	1	0	0	0	1	0
Région lorraine	7	4	1	2	3	4	1

Légende :

IA :	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
FIV :	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation
RCS :	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
PCO :	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
CAG :	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11
CEP :	Conservation des embryons en vue d'un projet parental
CEA :	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine	Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 3.1 Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 5.5 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5
Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP	Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1 Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5
Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences	Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1 Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5
Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour	Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1 Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5
Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité	Priorité 1, objectif 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 3.1 Priorité 2, objectif 5.2, 5.4, 6.1, 6.2 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 11.3, 12.1 et 12.5

Objectif opérationnel Assistance Médicale à la Procréation	Structurer et conforter l'activité FIV-AMP en région Lorraine
---	--

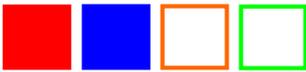
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Soutenir et promouvoir l'activité FIV-AMP sur les quatre sites lorrains (Nancy, Metz, Epinal) afin d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en tenant compte de la population des femmes en âge de procréer.
Mesure n°2 	Faciliter les coopérations Metz-Nancy pour cette activité (mise à disposition de compétences de professionnels sur les deux sites).
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements privés et publics concernés et laboratoires. ABM

Résultat attendu	<p>Activité offerte 7j/7 Identification de praticiens dédiés à cette activité Convention de mise à disposition CHR-Maternité Locaux regroupés et adaptés Augmentation de l'activité Diminution du nombre de FIV originaires de Lorraine réalisées en Alsace</p>	<p>Indicateur n° : Taux de recours aux activités AMP des femmes en âge de procréer</p>
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Périnatalité, SROS Génétique SROS Biologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Assistance Médicale à la Procréation	Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP
---	---

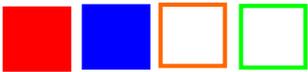
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser l'activité d'AMP en réseau au sein de la région entre les établissements publics et privés en tenant compte de la réglementation existante renforcée par la loi de bioéthique révisée du 07 juillet 2011 : <ul style="list-style-type: none"> - charte de fonctionnement, - analyse les différents types d'activité AMP et de l'offre proposée, - répartition en fonction de la demande, de critères géographiques et de la technicité des activités - documents communs et partagés - identification d'un comité coordonnateur ... toutes réflexions à mener en lien avec l'Agence de Biomédecine
Mesure n°2 	Formaliser les complémentarités entre établissements par des conventionnements en s'appuyant sur les compétences existantes publiques et privées dans un souci de partage des connaissances techniques, de démarche qualité, d'AMP vigilance et d'efficience ...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements privés et publics concernés et laboratoires. Centres d'AMP ABM

Résultat attendu	Lisibilité de la répartition des activités AMP Fonctionnement en réseau	Indicateur n°: Conventions entres centres
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS volets Périnatalité, Génétique, Biologie Schéma Prévention, PRAPS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Assistance Médicale à la Procréation	Mettre en place l'activité régionale de l'accueil d'embryon dans le cadre de la collaboration émergente des laboratoires et de la complémentarité des compétences
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Faciliter les réunions de concertation entre les acteurs concernés (Maternité régionale, praticiens agréés, laboratoires concernés) en lien avec l'ARS, l'ABM et le TGI
Mesure n°2 	Réaliser la mise en œuvre de cette activité et de ses différentes étapes selon un calendrier préétabli : <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des embryons qui pourraient être accueillis (état des projets parentaux pour les embryons actuellement conservés) • Accord des centres qui n'ont pas l'autorisation à mettre à disposition du centre autorisé les embryons concernés (convention à réaliser portant sur le déplacement des embryons, la constitution et la transmission des dossiers, la prise en charge des couples ...) • Convention entre le centre d'accueil et tous les centres AMP • Organisation de l'ensemble des étapes du processus accueil d'embryons • Liaison avec le TGI • Information sur cette nouvelle activité ...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Centres AMP réalisant l'activité de FIV TGI ABM

Résultat attendu	Mise en place de l'activité d'accueil d'embryons en Lorraine Validation des compétences des praticiens du centre autorisé	Indicateur n° : Nombre : d'embryons pouvant être accueillis, de conventions entre les centres, d'embryons transférés
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS volets Génétique, Périnatalité, DPN

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Recommandations de l'ABM

Objectif opérationnel Assistance Médicale à la Procréation	Développer l'activité de don d'ovocyte autorisée par le SROS 3 et très peu réalisée à ce jour
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Lever les obstacles à la mise en œuvre de cette activité (réglementation, activité chronophage, peu rémunérée ...) dans le respect du cadre légal et faciliter les collaborations public-privé au niveau des quatre centres régionaux d'AMP (Nancy, Metz, Epinal)
Mesure n°2 	S'appuyer sur la collaboration émergente public/privé pour développer l'activité des dons d'ovocytes
Mesure n°3 	Favoriser la formation des praticiens en lien avec l'ABM
Mesure n°4 	Organiser des séances d'information sur le don d'ovocytes auprès des professionnels de santé et des usagers concernés
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements privés et publics concernés et laboratoires. Autres centres ABM

Résultat attendu	Mise en place de l'activité de don d'ovocytes d'embryons en Lorraine Agrément des praticiens du centre autorisé	Indicateur n°: Taux de fuite dans les autres régions, pour cette activité
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS volets Génétique, Périnatalité, DPN

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport IGAS sur le don d'ovocytes et recommandations de l'ABM (faisant état d'une « situation très préoccupante de pénurie de don d'ovocytes en France »)

Objectif opérationnel Assistance Médicale à la Procréation	Informers les établissements autorisés pour le traitement du cancer de l'activité régionale de conservation des gamètes et des tissus germinaux à usage autologue dans le but de préservation de la fertilité
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Diffuser l'information de l'existence de cette activité aux établissements et formaliser une procédure entre les centres de traitement du cancer et les établissements autorisés afin que cette ressource soit connue de tous les professionnels concernés et de tous les usagers potentiels
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements privés et publics concernés et laboratoires. Etablissements autorisés pour le traitement du cancer Centres d'AMP

Résultat attendu	Connaissance de cette ressource par les établissements	Indicateur n : Nb de patients traités ayant bénéficié d'une conservation de gamètes ou de tissus germinaux
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Traitement du cancer

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan cancer

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

OQOS – Activités cliniques (par FINESS géographique)					
OQOS IMPLANTATIONS	POC	PS	TEM	POD	AE
Territoire de santé meusien	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1	2	1	1
Territoire de santé mosellan	1	1	1	1	0
Territoire de santé vosgien	1	0	1	0	0
Région lorraine	4	2	4	2	1

Légende :

POC :	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
PS :	Prélèvement de spermatozoïdes
TEM :	Transfert des embryons en vue de leur implantation
POD :	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
AE :	Mise en œuvre de l'accueil des embryons

OQOS – Activités biologiques (par FINESS géographique)							
OQOS IMPLANTATIONS	IA	FIV	RCS	PCO	CAG	CEP	CEA
Territoire de santé meusien	1	0	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	3	2	1	1	2	2	1
Territoire de santé mosellan	2	1	0	1	1	1	0
Territoire de santé vosgien	1	1	0	0	0	1	0
Région lorraine	7	4	1	2	3	4	1

Légende :

IA :	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
FIV :	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation
RCS :	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
PCO :	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
CAG :	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11
CEP :	Conservation des embryons en vue d'un projet parental
CEA :	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

2. DIAGNOSTIC PRENATAL

Diagnostic régional et territorial

Bilan du SROS 3 :

1. Bilan des autorisations :

- Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire : 4 laboratoires
- Analyses de génétique moléculaire : 1 laboratoire
- Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses y compris biologie moléculaire : 2 laboratoires sur un même site
- Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels y compris biologie : 5 laboratoires

2. Constats

- Des consultations de diagnostic prénatal impossibles à différencier des consultations prénatales « standard »
- Une absence de réglementation des activités cliniques de diagnostic prénatal
- Un souci de délivrer une information complète et un accompagnement psychologique de qualité dans les centres visités (Nancy et Metz)
- Un CPDPN qui doit réaffirmer son rôle de référent (expertise, coordination, collaboration, télémédecine) et son rôle d'observatoire régional des anomalies fœtales graves (suite donnée aux attestations de gravité délivrées, suivi des cas ayant entraîné une IMG à structurer)
- Des attestations de gravité traitées en dehors de la région
- Un dépistage combiné selon l'arrêté de 2009 effectivement mis en œuvre au niveau régional avec l'aide du réseau périnatal lorrain
- A noter, pour le dosage des marqueurs sériques maternels, la persistance des fuites vers des laboratoires nationaux (idem SROS3) et une modification des pratiques induites par ces nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21 (augmentation des choriocentèses)

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)						
IMPLANTATIONS	AC	AGM	DMI	AH	AI	AB
Territoire de santé meusien	0	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1	1	0	0	3
Territoire de santé mosellan	1	0	0	0	0	1
Territoire de santé vosgien	1	0	0	0	0	1
Région lorraine	4	1	1	0	0	5

légende :

AC :	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
AGM :	Analyses de génétique moléculaire
DMI :	Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses
AH :	Analyses d'hématologie
AI :	Analyses d'immunologie
AB :	Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011)	Priorité 1, objectif 1.6 Priorité 2, objectif 4.1, 5.1 et 6.1 Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5
Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN	Priorité 1, objectif 1.6, 2.1, 2.2, 2.3 Priorité 2, objectif 4.1, 5.4, 6.1 Priorité 3, objectif 7.1, 7.2, 8.4 Priorité 4, objectif 11.1, 11.2, 12.1 et 12.5
Réaffirmer la nécessité de l'examen fœtopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la fœtopathologie	Priorité 1, objectif 1.4, 2.2 Priorité 2, objectif 5.2 Priorité 4, objectif 10.1, 12.1, 12.3 et 12.5

Objectif opérationnel Diagnostic Prénatal	Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011)	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Partager la définition des critères de qualité du diagnostic prénatal en vue de sa mise en œuvre en région en lien avec le CPDPN, les laboratoires, les échographistes et tous les acteurs concernés. Ceci sous-entend : <ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation de l'usage du dépistage combiné du 1^{er} trimestre plus spécifique et plus précoce (utilisation d'outils à forte valeur prédictive (marqueurs sériques, échographie évaluée)) ; • Une parfaite information des parents ; • Une réalisation précoce de ce diagnostic; • Une prise en compte des nouvelles techniques, en particulier non invasives (génotypage Rh, génétique sur sang périphérique, génétique moléculaire ...) • Des actes techniques adaptés (PVC avant 12 SA) ; • Une prise en charge des suites du diagnostic prénatal • Un accompagnement psychologique adapté ; • Un retour sur les issues de grossesse en lien avec le CPDPN et l'ABM ... 	
Mesure n°2 	Communiquer auprès des médecins et des sages-femmes sur l'activité DPN en région en lien avec le CPDPN et le réseau périnatal (en particulier rendre lisible l'offre échographique sur la région dans le cadre du dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre et faciliter sur les territoires des réunions d'information entre acteurs (médecins généralistes, spécialistes et laboratoires))	
Mesure n°3 	Favoriser les coopérations entre laboratoires et prescripteurs de la région pour garantir l'unité clinico-biologique de cette activité	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	CPDPN Laboratoires autorisés y compris nationaux, prescripteurs et professionnels concernés ABM et le réseau périnatal lorrain	
Résultat attendu	Relevés de décisions des réunions de concertation, mise en place de réunions sur les territoires, réalisation d'une communication sur l'activité DPN avant mi-2012 dans un bulletin de l'ordre (médecins, sages-femmes ...) D'où amélioration du dépistage et du diagnostic prénatal en Lorraine	Indicateur n° Indicateurs Bilan d'activité DPN Evolution des MSM

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS Périnatalité, Génétique, Biologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan maladies rares

Objectif opérationnel Diagnostic Prénatal	Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Renforcer les liens entre CPDPN, laboratoires et prescripteurs en soulignant le rôle de référent (missions : art. R. 2131-10-1 du CSP) et de coordonnateur du CPDPN (recommandation ABM 2009) : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier un site dédié au CPDPN; • Améliorer la disponibilité du centre ; • Soutenir son rôle moteur pour diminuer la gestion hors région d'un certain nombre de dossiers
Mesure n°2 	Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse) et développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles)
Mesure n°3 	Relancer le fonctionnement de la télémédecine comme outil indispensable à cette coordination.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CPDPN en lien avec l'ABM Laboratoires Réseau périnatal lorrain

Résultat attendu	Accroissement de l'efficacité du CPDPN (suivi des issues de grossesse, attestations de gravité, programme de réunions avec les différents acteurs, des visioconférences ...)	Indicateur n° : Nombre de séances de télémédecine au CPDPN
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Périnatalité

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan maladies rares, PRT

Objectif opérationnel Diagnostic Prénatal	Réaffirmer la nécessité de l'examen fœtopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la fœtopathologie
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser l'examen fœtopathologique dans le cas de suivi de grossesse ayant conduit à une interruption médicale de grossesse (intérêt pour l'avenir du couple, scientifique et de santé publique). Se rapprocher de l'exhaustivité des examens fœtopathologiques des IMG
Mesure n°2 	Inscrire, en lien avec le CPDPN et l'ABM, le suivi des issues de grossesse après DPN comme un indicateur de prise en charge de qualité dans les établissements maternité
Mesure n°3 	Reconnaître la fœtopsie virtuelle (actuellement 50 fœtus sur 400 en sont justifiables et évaluer son coût comparativement à un examen fœtopathologique standard) comme une modalité pertinente de l'examen fœtopathologique et comme un outil du contrôle qualité (évaluation rétrospective des examens anténataux)
Mesure n°4 	Conforter le fonctionnement de l'activité de fœtopathologie au niveau régional (400 fœtus examinés, 150 à Metz et 250 à Nancy), dans le cadre de coopération entre Nancy et Metz
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CPDPN ABM

Résultat attendu	Une activité fœtopathologique mieux identifiée et soutenue Prise en compte dans la CHT Nancy-Metz	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Périnatalité, Médecine légale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

OQOS (par FINESS géographique)						
OQOS IMPLANTATIONS	AC	AGM	DMI	AH	AI	AB
Territoire de santé meusien	0	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1	1	0	0	3
Territoire de santé mosellan	1	0	0	0	0	1
Territoire de santé vosgien	1	0	0	0	0	1
Région lorraine	4	1	1	0	0	5

légende :

AC :	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
AGM :	Analyses de génétique moléculaire
DMI :	Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses
AH :	Analyses d'hématologie
AI :	Analyses d'immunologie
AB :	Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE**Diagnostic régional et territorial**

Rappel des autorisations d'activité de cardiologie interventionnelle :

- **Autorisation activité 1** : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
- **Autorisation activité 2** : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
- **Autorisation activité 3** : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

	Activité 1	Activité 2	Activité 3
CHU NANCY	✓	✓	✓
Polyclinique Louis Pasteur ESSEY LES NANCY			✓
Clinique Ambroise Paré Nancy	✓		✓
CHR Metz Thionville Site Bonsecours	✓		✓
Clinique Claude Bernard à Metz	✓		✓
Total région	4	1	5

Les implantations autorisées le 14 avril 2011 couvrent les besoins régionaux.

A ce jour, il n'y a pas de coopération entre les établissements.

Focus sur la prise en charge des Syndromes coronariens aigus (SCA) :

- Le taux comparatif de mortalité en Lorraine par cardiopathie ischémique est de 58 pour 100 000 habitants (taux significativement différent du taux français : 56)

Moyenne annuelle 2005-2007	Nombre annuel moyen DC par cardiopathie ischémique	Taux de mortalité par cardiopathie ischémique pour 100 000 hab.
Moselle	626	60
Meurthe et Moselle	452	59
Vosges	237	50
Meuse	145	63

- Etude nationale FAST MI 2005 et 2010 : Seulement 40% des personnes ayant une suspicion de SCA font appel au 15
- Enquête régionale 2008 sur la prise en charge pré-hospitalière des SCA qui s'appuie sur la procédure opérationnelle standardisée régionale (POS):
 - Disponibilité et facilité d'accès aux salles de cathétérisme
 - L'angioplastie est réalisée dans les 120 minutes après l'ECG qualifiant dans plus de 95% des cas
 - Les délais d'appel après l'apparition des symptômes restent en moyenne très longs (près de 2h) invitant à poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public face à la douleur thoracique
 - Le maillage territorial par les SMUR permet d'avoir accès à une stratégie de reperfusion précoce en Lorraine
 - Données d'activité de l'enquête régionale 2008 :

Etablissement receveur du patient SCA ST + régulé	Primaire	Secondaire	Total (primaire et secondaire)
PTS de Metz (CHR et Clinique Claude Bernard)	101	45	146
PTS de Nancy (CHU, Polyclinique d'Essey et Clinique Ambroise Paré)	140	33	173

- Enquête régionale réalisée en mai 2010 sur la prise en charge pré hospitalière de SCA :

	Primaires	Secondaires	Total
CHU	14	6	20
CHR	20	6	26
Pasteur	1	1	2
Non renseigné			5

Au regard de l'activité, possibilité de mutualiser les 3 lignes de garde de l'agglomération nancéienne dans le cadre de la permanence des soins dans les établissements de santé.

- La POS régionale concerne la prise en charge des SCA ST+. Pour harmoniser la prise en charge SCA ST - une procédure doit être rédigée avec les professionnels de santé
- Le suivi des indicateurs HAS pour la prise en charge des IDM à la sortie du court séjour met en évidence une disparité entre établissements de santé lorrains
- Les actes de cardiologie interventionnels peuvent être irradiants et nécessitent le suivi longitudinal des doses prescrites aux patients

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer la prise en charge des SCA ST + en pré hospitalier	P1 OG 2 OS 21 et 22 P4 OG 11 OS 11.2
Conforter la qualité et de la sécurité des soins	P4 OG 11 OS 11.1 P4 OG 12 OS 12.1 P4 OG 12 OS 12.5
Optimiser la permanence des soins pour l'activité de type 3	P4 OG 10 OS 10.3
Améliorer la prise en charge des patients ayant un SCA ST-	P4 OG 12 OS 12.1

Objectif opérationnel Cardiologie Interventionnelle	Améliorer la prise en charge des SCA ST + en pré hospitalier
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Sensibiliser le grand public, en lien avec la société française de cardiologie, à recourir au 15 en cas de syndrome coronarien aigu
Mesure n°2 	Sensibiliser les professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues) à recourir au 15 en cas de suspicion de SCA : <ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles • Courrier ordinal rappelant les recommandations HAS...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Société française de cardiologie, ordre des médecins, les URPS.

Résultat attendu	Augmenter la part des personnes régulées par le 15	Indicateur n° Part des patients régulée par le 15 ayant une suspicion de SCA.
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PRS volet ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Cardiologie Interventionnelle	Conforter la qualité et de la sécurité des soins
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Pour la cardiologie interventionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la radioprotection des patients (suivi longitudinal des doses) - Favoriser la coopération entre établissements de santé permettant aux cardiologues de réaliser des actes de cardiologie interventionnelle au sein des ES autorisés.
Mesure n°2 	Pour les infarctus après la phase aigüe en sortie de court séjour <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la disparité entre ES sur les indicateurs de qualité de la HAS (Respect des recommandations HAS)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ASN - HAS

Résultat attendu	Limiter l'irradiation des patients Améliorer la traçabilité des indicateurs de qualité de la HAS dans le dossier du patient	Indicateur n° Exhaustivité des IQALHAS par la HAS dans chacun des dossiers
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet Imagerie médicale (radioprotection)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Cardiologie Interventionnelle	Optimiser la permanence des soins pour l'activité de type 3
--	--

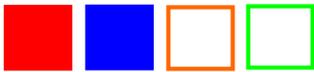
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Sur l'agglomération nancéienne, optimiser les lignes de garde des établissements de santé autorisés en les mutualisant
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

Résultat attendu	Passer de 3 lignes de garde à 2 lignes de gardes sur l'agglomération nancéienne	Indicateur n° mise en œuvre de la mesure
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet PDES du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Cardiologie Interventionnelle	Améliorer la prise en charge des patients ayant un SCA ST-
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Rédiger une procédure régionale de prise en charge des SCA ST- avec les professionnels de santé
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Les URPS, Ordres, réseau lorraine urgences, cardiologues.

Résultat attendu	Harmoniser les pratiques pour la prise en charge des SCA ST-	Indicateur n° Procédure régionale de prise en charge SCA ST- écrite
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures sont déclinés au niveau régional (excepté l'objectif ci-dessous)
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Optimiser la permanence des soins pour l'activité 3 de cardiologie interventionnelle sur l'agglomération nancéienne
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

QOS (par FINESS géogaphique)

- **Autorisation activité 1** : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
- **Autorisation activité 2** : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
- **Autorisation activité 3** : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

QOS IMPLANTATIONS activité 1	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2
Territoire de santé mosellan	2
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	4
QOS IMPLANTATIONS activité 2	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	1
QOS IMPLANTATIONS activité 3	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	3
Territoire de santé mosellan	2
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	5

CHIRURGIE**Diagnostic régional et territorial**

L'état des lieux sur la chirurgie en Lorraine réalisé en mai 2011 à la demande de la DGOS à partir des données de l'ATIH montre une situation globale plutôt favorable tant en terme d'offre que d'accessibilité pour la population. Les **disparités départementales** n'impactent pas pour l'instant la qualité et l'accessibilité mais doivent être attentivement suivies, tout particulièrement en terme de démographie des chirurgiens et anesthésistes car certaines zones (Meuse, vallées vosgiennes) apparaissent potentiellement fragiles. Néanmoins quelques atypies peuvent être ciblées :

- La **surcapacité estimée en lits** de chirurgie et en salles d'interventions est notable et ce, sur une large part des établissements lorrains (démarche ANAP, Meah, Hospidiag).
- Le **taux de recours** à la chirurgie : les lorrains « consomment » plus de chirurgie que dans d'autres régions : **82,1 en Lorraine versus 79,6 en France entière**. Tous établissements confondus, et comparée à la moyenne nationale, la Lorraine montre une **surconsommation de 1%** (+5% si standardisation avec l'âge). Il existe 6 actes sur les 20 cibles où la région apparaît avec un excès d'actes de plus de 10% par rapport à la moyenne nationale (taux d'actes/100 000habitants) et classement sur les 26 régions.

Ce sont dans les départements où l'offre de soins de chirurgie est la plus importante que la consommation est la plus forte. Devant les problèmes de démographie médicale et les surcapacités, des coopérations entre établissements s'imposent.

- La part des séjours en **chirurgie ambulatoire** est proche de la moyenne nationale. Sur la période 2006-2009, le taux de recours à la chirurgie totale passe de 79,8 à 82,1 pour 1000 habitants, **sans corrélation avec celui de la chirurgie ambulatoire** qui progresse aussi, mais plus rapidement soit + 5 points (24,2 en 2006 contre 29,1 en 2009). La chirurgie ambulatoire n'est donc **pas totalement substitutive** de la chirurgie complète.
- L'**accessibilité financière et géographique** des lorrains à une prise en charge chirurgicale adaptée doit rester une priorité.
- L'investissement des professionnels de santé dans le domaine **qualité/ sécurité** des soins en chirurgie doit être poursuivi

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)	
IMPLANTATIONS	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	15
Territoire de santé mosellan	16
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	38

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
<p>Objectif opérationnel Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète</p>	<p>Priorité 4 : objectif 10-3 et 12-3 Priorité 3 : objectif 8-2</p>
<p>Objectif opérationnel Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré</p>	<p>Priorité 4 : objectif 12-5</p>
<p>Objectif opérationnel Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués.</p>	<p>Priorité 2 : objectif 5-2</p>
<p>Objectif opérationnel Renforcer l'efficience des plateaux de chirurgie</p>	<p>Priorité 2 : objectif 6-2 Priorité 4 : objectif 12-3</p>

Objectif opérationnel Chirurgie	Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Poursuivre la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) , en lien avec l'Assurance Maladie, pour inciter les établissements publics et privés à développer la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs ciblés : <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser les établissements les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire et axer la MSAP sur les gestes les plus accessibles conformément aux recommandations des sociétés savantes • Inscrire cet objectif dans leurs CPOM <i>Objectif : 85 % de réalisation sur les 17 gestes marqueurs pour la région fin 2012</i>	
Mesure n°2 	Substituer progressivement l'activité de chirurgie en hospitalisation complète par la création de places de chirurgie ambulatoire. Expérimenter au niveau régional un site dédié de chirurgie ambulatoire (par substitution de capacité à l'hospitalisation complète et en privilégiant la recomposition des structures existantes) ;	
Mesure n°3 	Valoriser et diffuser, les expériences probantes de développement de la chirurgie ambulatoire, en lien avec un comité régional d'experts et promouvoir l'image de la chirurgie ambulatoire dans le grand public : <ul style="list-style-type: none"> - diffuser un « passeport pour l'ambulatoire » - organiser chaque année un séminaire régional de la chirurgie ambulatoire - favoriser la sensibilisation des futurs chirurgiens à la chirurgie ambulatoire, en lien avec l'université. 	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	DGOS, Assurance maladie, experts, ANAP, URPS, université, sociétés savantes	
Résultat attendu	Développement de la chirurgie ambulatoire	Indicateur n° 85% de chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs PMSI : Nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires/ nombre de séjours chirurgicaux ambu+HC

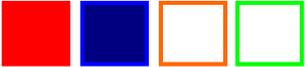
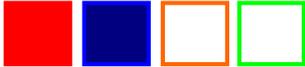
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS : volet douleur

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

PRGDR : groupe chirurgie ambulatoire-CONTRAT ETAT/UNCAM : développement chirurgie ambulatoire

Objectif opérationnel Chirurgie	Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	S'assurer d'un seuil d'activité minimal des plateaux techniques, gage de qualité (projet de décret)
Mesure n°2 	Veiller à la diffusion et la mise en œuvre des référentiels et indicateurs de qualité et sécurité dans les établissements concernant particulièrement les blocs opératoires : <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'informatisation des blocs opératoires sur la base des référentiels de l'ANAP et de l'ASIP • Encourager les établissements à développer une politique de gestion des risques
Mesure n°3 	Développer la prise en charge en filière <ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser et fluidifier les prises en charge d'amont et d'aval en développant les coopérations avec les services SSR, les réseaux de proximité, l'HAD, les établissements pour personnes âgées ou handicapées et la médecine ambulatoire... • Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant (cf. volet périnatalité, enfant, adolescent)
Mesure n°4 	Valoriser la formation professionnelle initiale et continue des équipes soignantes: <ul style="list-style-type: none"> • Encourager la spécialisation «infirmières de blocs opératoires», des IDE travaillant actuellement dans les blocs en la priorisant dans les plans de formation des établissements • S'assurer de l'appropriation des référentiels de qualité et de sécurité par les équipes soignantes

Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance maladie, experts, ANAP, URPS

Résultat attendu	Diminuer les infections nosocomiales et le taux de réhospitalisation	Indicateur : taux d'infections nosocomiales et taux de ré-hospitalisation à 30 jours
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets SROS-PRS : volets SSR, Douleur/ soins de support, HAD, Santé de l'enfant et de l'adolescent
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

PRGDR

Objectif opérationnel Chirurgie	Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	<p>Offrir à la population lorraine un accès à une offre de chirurgie graduée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les différents niveaux de recours sur la région, • Encourager le développement de complémentarités des plateaux de chirurgie et de mutualisation d'activité et de moyens (Communautés hospitalières de territoire, de consultations avancées, de télémédecine...) 	
Mesure n°2 	<p>Favoriser l'accessibilité financière de tous les lorrains à une chirurgie de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer du maintien d'une part d'activité en secteur 1 dans les opérations de recomposition, • Veiller au bon fonctionnement des Commissions d'Activité Libérale (CAL) • Mettre en place, en collaboration avec l'assurance maladie, un observatoire régional des dépassements d'honoraires en chirurgie • Suivre la mise en place du secteur optionnel en lien avec l'Assurance Maladie 	
Mesure n°3 	<p>Mettre en place un observatoire statistique de la démographie des chirurgiens et anesthésistes sur les 4 territoires lorrains pour identifier les zones fragiles</p>	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	<p>Assurance maladie Professionnels de santé (chirurgiens, anesthésistes, cadres de blocs, infirmiers...) ANAP</p>	
Résultat attendu	Améliorer la lisibilité de l'offre de chirurgie en lorraine	Indicateur n° Part des PS en secteur1/ nombre de PS dans la spécialité (SNIR-AM, Statiss, Adeli...)

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS Ambulatoire, volets SROS Périnatalité, Urgence, PDSES
Programme Télémedecine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Chirurgie	Renforcer l'efficacité des plateaux de chirurgie
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Encourager les coopérations/recompositions et mise en commun d'activité et/ou de plateaux techniques : <ul style="list-style-type: none"> • Coopération public/privé formalisée sur le Lunévillois • Coopération formalisée dans le cadre d'une CHT Epinal/Remiremont
Mesure n°2 	Explorer, justifier ou corriger les atypies dans le recours à la chirurgie de certains gestes au travers des dialogues de gestion en lien avec l' Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue
Mesure n°3 	Inciter les établissements à améliorer l'organisation des plateaux techniques pour optimiser l'utilisation des salles opératoires et la sécurisation du parcours du patient
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance maladie HAS

Résultat attendu	Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires Maitriser l'évolution du taux de recours à la chirurgie	Indicateur n° : nb d'ICR et d'interventions par salle opératoire évolution des taux de recours
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet PDSES

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PRGDR : action complémentaire canal carpien

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> L'ensemble des objectifs et mesures s'appliquent à la région
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Coopération public/privé formalisée sur le Lunévillois
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> Coopération formalisée dans le cadre de la CHT Epinal/ Remiremont

OQOS (par FINESS géographique)	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	14
Territoire de santé mosellan	13
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	34

GENETIQUE

Diagnostic régional et territorial

Champ couvert par le SROS Génétique :

Génétique constitutionnelle (cytogénétique et génétique moléculaire), pharmacogénétique, oncogénétique, HLA, liens forts avec le Plan maladies rares et le SROS Périnatalité

- Spécificités : Champ partagé entre l'ARS (autorisation d'activité) et l'Agence de Biomédecine (agrément des praticiens, avis sur équipe multidisciplinaire)
- Première élaboration du volet Génétique du SROS

Travail à intégrer dans une organisation structurée au niveau national (Plan maladies rares, Plan cancer)

Diagnostic régional

- Des besoins difficiles à estimer mais croissants et évolutifs (développement des connaissances : nouveaux gènes identifiés, des techniques)
- Ouverture recommandée par le groupe de travail national : 3 ETP généticiens (médecins assurant des consultations de génétique)/1 million d'habitants et 2 praticiens par site
- 7 consultations sur Metz, Nancy, Epinal dont 1 en oncogénétique (3,05 ETP pour 2,3 MH) + 1 consultation avancée à Remiremont
- 2 centres de référence maladies rares, 1 plateforme de génétique moléculaire
- 6 labos sur 4 sites (Metz, Nancy, Epinal)
- Une organisation graduée en 2 niveaux pour les consultations et les examens : génétique générale et examens de base, génétique et examens spécialisés
- Pb des consultations : lisibilité à améliorer, couverture territoriale mal assurée (Meuse, Moselle Nord), fragiles (souvent un seul professionnel), activité (à la fois anténatale, néonatale et postnatale), délais d'attente longs (oncogénétique notamment), lien avec secteur médico-social à développer
- Examens : une grande partie hors région (CERBA, BIOMNIS, Institut PASTEUR) pour des tests génétiques pourtant réalisables sur les plateformes de génétique du centre de référence de la région +++
- Rendus des résultats (parfois longs : uniquement pour les diagnostics génétiques spécialisés et complexes (oncogénétique, puces ADN, maladies rares), lien avec prescripteur à améliorer)
- Nouveaux métiers, nouvelles techniques : conseiller en génétique (aucun en Lorraine), CGH array, séquençage haut débit : évolutions incontournables nécessitant un soutien financier

Contexte et orientations :

- Perspectives à 5 ans : elle doit tenir compte de l'évolution rapide des techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses (plus de gènes étudiés et d'affections explorées à composante génétique) avec les conséquences inhérentes sur le conseil génétique (nombres de consultations adossées à ces examens) en face d'une demande croissante des usagers et des professionnels – A cet égard une information claire, accessible des usagers et des professionnels sera une approche nécessaire pour aider à une prise en charge optimale.
- Le pilotage national est activement réalisé par l'Agence de biomédecine en lien avec le 2è Plan maladies rares 2011-2014

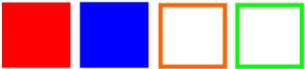
Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)			
IMPLANTATIONS	AC	AGM	AB
Territoire de santé meusien	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	3	1
Territoire de santé mosellan	2	1	0
Territoire de santé vosgien	1	2	0
Région lorraine	5	6	1

Légende :

AC :	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
AGM :	Analyses de génétique moléculaire
AB :	Autre analyse de biologie médicale permettant d'obtenir des informations équivalentes à celles obtenues par les analyses AC ou AGM

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région	Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2 Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1 Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2 Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1
Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique	Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2 Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1 Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2 Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1
Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité	Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2 Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1 Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2 Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1
Améliorer l'acheminement des prélèvements, (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité	Priorité 4, objectif, 11.1, 11.2, 12.1, 12.5
Améliorer l'information concernant l'offre génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers	Priorité 1, objectif 1.4, 1.6, 2.3, 3.1, 3.2 Priorité 2, objectif 5.1 et 6.1 Priorité 3, objectif 7.1 et 7.2, 8.2 Priorité 4, objectif 10.1, 11.1, 11.2, 12.1

Objectif opérationnel Génétique	Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Regrouper les 3 sites actuels en un centre de référence régional de Génétique (enfants-adultes) <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des outils de coopération entre les différentes entités (CHU-CAV-Maternité régionale) ; - Identifier l'ensemble des compétences régionales en génétique ; - Inclure l'activité de génétique dans le cadre de la CHT et reconnaître la consultation de génétique et d'oncogénétique de Metz ;
Mesure n°2 	Définir le cahier des charges d'un centre de génétique régional : <ul style="list-style-type: none"> - Localisation : CHU de Nancy - Compétences exercées niveau 1 et niveau 2 : consultations de génétique, cytogénétique, cytogénétique moléculaire, génétique moléculaire, oncogénétique, HLA et maladies, pharmacogénétique, enfants et adultes ... ; - Missions du centre (continuité de la prise en charge, expertise, filière de prise en charge, recours, recherche, information et formation, suivi, évaluation, surveillance épidémiologique) ; - Identification des compétences cliniques et biologiques régionales (niveau 1) publiques (Metz) et privées (Nancy et Epinal) travaillant en partenariat étroit avec le centre de référence régional ...
Mesure n°3 	Poursuivre le développement de l'expertise du centre régional de Génétique en génétique moléculaire par l'acquisition de moyens innovants (séquenceur haut débit) dans le cadre du Plan maladies rares 2009-2014.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Centre de référence en génétique et institutions concernées (CAV, Maternité régionale et CHT Metz-Nancy) Laboratoires privés Association des Biologistes Agréés Agence de Biomédecine

Résultat attendu	Regroupement des 3 sites en un centre régional de génétique	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets Biologie, AMP-DPN et ensemble des spécialités médicales du SROS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan maladies rares 2009-2014 ;
Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares ;
SROMS

Objectif opérationnel Génétique	Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Structurer l'organisation par niveaux : <ul style="list-style-type: none"> Définir les niveaux 1 et 2 (l'existence d'un centre régional de génétique permet de définir 2 niveaux d'analyse. Les analyses courantes de niveau 1 souvent inscrites à la nomenclature relèvent de l'offre de proximité et peuvent être prescrites par un médecin non généticien connaissant la pathologie ; les analyses de niveau 2, de recours, plus complexes dans leur réalisation et interprétation relèvent d'une prescription par un médecin généticien ou spécialiste d'organe en relation étroite avec un médecin généticien pour assurer le conseil génétique en situation multidisciplinaire).
Mesure n°2 	Ajuster l'offre en oncogénétique aux besoins pour une meilleure efficacité de la prévention.
Mesure n°3 	Développer avec les laboratoires de génétique des outils de collaboration entre les 7 sites.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Centre régional de Génétique Laboratoires privés ARS Agence de Biomédecine

Résultat attendu	Lisibilité de la graduation de l'offre sur tout le territoire	Indicateur n° Bilan annuel des consultations par le centre régional de génétique (usagers mal orientés)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets Biologie, AMP-DPN et ensemble des spécialités médicales du SROS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan maladies rares 2009-2014 ;
Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares ;
SROSMS

Objectif opérationnel Génétique	Améliorer l'accès de la population aux consultations génétiques de qualité	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Assurer l'accès à l'activité de génétique niveau 1 sur tout le territoire, notamment en Meuse et Moselle Nord <ul style="list-style-type: none"> Formaliser les collaborations Mise en place de consultations avancées 	
Mesure n°2 	Améliorer la lisibilité des consultations de génétique niveau 2 sur la région : <ul style="list-style-type: none"> Maintenir et rendre lisible l'offre existante en matière de génétique adulte, pédiatrique et d'oncogénétique Inclure l'activité de génétique dans le cadre de la CHT (consultation de génétique 500 patients/an et consultation d'oncogénétique sur Metz) ; Identifier l'ensemble des consultations de génétique dont la consultation d'oncogénétique à Freyming, Saint-Avold et Hayange. 	
Mesure n°3 	Améliorer l'offre de consultations (en oncogénétique et en particulier en gastro-entérologie) et développer les consultations délocalisées de premier niveau par des médecins non généticiens, en lien étroit avec le centre régional afin de ne pas emboliser les consultations spécialisées ;	
Mesure n°4 	Réaliser une charte de fonctionnement (par le centre régional) afin de garantir l'accès de la population à l'examen de génétique et la pertinence de cet examen et définir en lien avec l'Agence de Biomédecine les critères de qualité qui pourront être opposés aux laboratoires régionaux et nationaux.	
Mesure n°5 	Permettre aux différentes structures confrontées à des problèmes de génétique pour la population qu'ils ont en charge de disposer de compétences en génétique. <ul style="list-style-type: none"> Télémédecine, téléconsultation Consultations avancées,... 	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Centre régional de Génétique Professionnels et établissements MDPH, CAMSP, CRA, Etablissements ...	
Résultat attendu	Améliorer l'accès aux consultations de génétique	Indicateur n° Nombre de consultations avancées validées par le centre régional de génétique

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets Biologie, AMP-DPN, cancer et ensemble des spécialités médicales du SROS
Thématique transversale enfant adolescents
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan maladies rares 2009-2014 ; Plan cancer
Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale Handicaps rares
Plan autisme
PRT

Objectif opérationnel Génétique	Améliorer l'acheminement des prélèvements (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Recenser les circuits existants et identifier les lieux de prélèvements (couverture du territoire, circuit utilisé par les laboratoires nationaux (CERBA, BIOMNIS, Institut PASTEUR), collaboration entre laboratoires, (Cf SROS Biologie).
Mesure n°2 	Définir avec les professionnels un circuit adapté d'acheminement à même de garantir la qualité, la sécurité et la traçabilité du transport des prélèvements
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Centre régional de génétique et CHU Laboratoires, cliniciens

Résultat attendu	Connaissance des circuits de transport Homogénéisation et amélioration de la qualité	Indicateur n° En lien avec l'ABM, part de l'activité réalisée par les labs nationaux et les labs régionaux
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Biologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Génétique	Améliorer l'information concernant l'offre génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Créer un site ou une page internet recensant l'ensemble des consultations et laboratoires agréés et autorisés dans le domaine. <ul style="list-style-type: none"> • Informer les professionnels et les usagers de cette offre régionale
Mesure n°2 	Inscrire dans le cahier des charges du centre régional de génétique la mission d'information auprès du public et des professionnels et de formation auprès des professionnels
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Centre régional de génétique et CHU

Résultat attendu	Plaquette, page Internet Journées de formation	Indicateur n° Fréquentation du site
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Tous les volets du SROS SROMS Schéma Prévention

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

OQOS (par FINESS géographique)			
OQOS IMPLANTATIONS	AC	AGM	AB
Territoire de santé meusien	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	3	1
Territoire de santé mosellan	1	1	0
Territoire de santé vosgien	1	2	0
Région lorraine	4	6	1

Légende :

AC :	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
AGM :	Analyses de génétique moléculaire
AB :	Autre analyse de biologie médicale permettant d'obtenir des informations équivalentes à celles obtenues par les analyses AC ou AGM

PERINATALITE

Diagnostic régional et territorial

L'indice conjoncturel de fécondité en Lorraine augmente depuis 1995, mais moins vite qu'en France : 1,83 contre 1,97 sur la période 2007 – 2009, et il en est de même du nombre des naissances vivantes qui progresse mais de façon moindre qu'en France métropolitaine : 0,6% en Lorraine contre 1,2% en France.

Le taux de mortalité infantile en Lorraine s'est rapproché de la moyenne nationale depuis deux ans (2008 et 2009)

L'évaluation des besoins chez la mère et l'enfant rencontre des difficultés, du fait du caractère très morcelé des données.

L'offre en périnatalité compte un total de 20 maternités au 01/07/2011 (22 sites et 2 SIH en 2006), qui prennent en charge 26 300 naissances, et qui sont réparties de la façon suivante :

- territoire 54 : 4 maternités de type I ; 1 maternité de type II B ; 1 maternité de type III
- territoire 55 : 2 maternités de type II A
- territoire 57 : 3 maternités de type I ; 4 maternités de type II B ;
- territoire 88 : 3 maternités de type I ; 1 maternité de type II A, 1 de type II B,

Le CHU qui ne dispose pas de maternité participe à la prise en charge néonatale de type III notamment pour les activités de chirurgie néonatale et de cardiologie.

Trois de ces 20 maternités ont une activité proche de 500 accouchements annuels : Sarrebourg, Lunéville, Neufchâteau. L'organisation des filières de soins pour la mère et l'enfant, entre le CHU et la Maternité Régionale de Nancy, n'est pas optimale. La coopération entre les sites d'Epinal et de Remiremont n'est pas mise en œuvre à ce jour.

Pour mémoire, 5 des 20 maternités ne disposent pas d'unité de pédiatrie (hors néonatalogie).

L'offre compte également :

- Un réseau régional périnatal (RPL) depuis 2001, dont l'activité a été étendue depuis 2008 au suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap en aval (Réseau d'Accompagnement des FAMILLES en Lorraine – RAFAEL),
- 4 centres de périnatalité de proximité (Gérardmer, Commercy, Pont-à-Mousson, et Bitche),
- 6 structures polyvalentes d'hospitalisation à domicile qui assurent une prise en charge périnatale (Gérardmer, Nancy, Joeuf, Verdun Thionville, Bitche).

Le fonctionnement de certaines maternités est rendu difficile par la pénurie de professionnels spécialisés (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimation, pédiatres, ...); la moitié de ces spécialistes a plus de 55 ans au niveau régional.

La démarche d'accompagnement globale en prénatal est insuffisamment développée et structurée : le dispositif d'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois est améliorable, la prévention des addictions reste encore une question bien présente, une vigilance accrue auprès des femmes en situation de précarité est à développer au vu des impacts sur leur état de santé et celui de leur enfant.

Le taux de césariennes est proche du taux moyen national ; il est améliorable par une interrogation des acteurs sur leurs pratiques.

Les transferts néonataux et materno-fœtaux sont coordonnés sur la base des référentiels HAS et de conventions réactualisées en 2010 par le réseau périnatal auquel adhèrent toutes les maternités ; toutefois en juillet 2011, encore 2 des 20 maternités n'ont pas signé la convention avec le type III (une maternité de type I dans les Vosges et une maternité de type II B en Moselle). L'analyse et la coordination des transferts doivent être étendues aux transferts entre maternités de type I et II.

La sortie de la maternité doit être mieux encadrée. Les staffs médico-psycho-sociaux ne sont pas généralisés au sein de l'ensemble des maternités. Sur certains territoires en proximité, l'accès à des compétences gynécologiques et pédiatriques est particulièrement déficitaire.

La démarche d'accompagnement globale en post natal (soutien à la parentalité, suivi neuro développemental de l'enfant, situation de précarité, ...) est insuffisamment coordonnée entre les tous les acteurs amenés à intervenir dans les différents domaines (prévention, soin, médico social).

Enfin les chiffres d'IVG restent stables, l'accès à l'IVG répond globalement à la demande. C'est un total de 26 établissements de santé qui pratiquent cette activité, dont 7 cliniques, auxquels il faut ajouter le site de la MGEN à Nancy. Très peu d'IVG sont réalisés hors établissement de santé en Lorraine (moins de 3% en Lorraine). La diversification des modalités de l'IVG est insuffisamment développée sur les sites de Toul et Verdun. A relever que la valorisation du forfait IVG, médicamenteux et instrumental, est une question récurrente.

Un accent fort sur la prévention telle que prévue dans la loi 2001 (éducation à une sexualité responsable notamment par l'éducation nationale) doit être réalisé.

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)				
IMPLANTATIONS OBSTETRIQUE NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE	1	2A	2B	3
Territoire de santé meusien	0	2	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	4	0	1	1
Territoire de santé mosellan	3	0	4	0
Territoire de santé vosgien	3	1	1	0
Région lorraine	10	3	6	1

Légende :

-1 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique

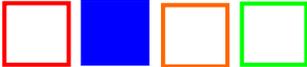
-2 A : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie sans soins intensifs

-2 B : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie avec soins intensifs

-3 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et réanimation néonatale

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Mieux connaître les besoins de la mère et du très jeune enfant	Priorité 4- objectif 10.1
Poursuivre la sécurisation de la prise en charge et disposer de temps de spécialistes suffisant (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, ...) pour assurer la permanence des soins dans les maternités	Priorité 2 : objectif 5.5 ; 5.6 Priorité 4 objectifs 10.3 ; 11.1 ; 11.2 ; 12.1
Soutenir la dynamique engendrée par le réseau périnatal, notamment dans la coordination des transferts entre les maternités	Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3 ; 12.1 ; 12.5
Structurer le dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4 ^{ème} mois pour la période prénatale	Priorité 2 : objectif 4.1 ; Priorité 4 : 11.3
Organiser les sorties selon un accompagnement adapté	Priorité 4- objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3
Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé.	Priorité 4- objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3 Priorité 2 : objectif 4.1 ; 5.4
Favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant.	Priorité 2 : objectif 4.1
Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial	Priorité 4 : objectif 10.3

Objectif opérationnel Périnatalité	Mieux connaître les besoins de la mère et du très jeune enfant
---	---

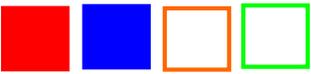
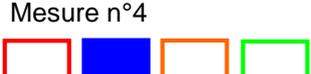
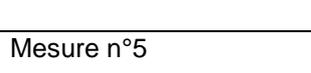
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Optimiser et partager l'utilisation des outils de coordination existants. Spécifiquement pour le domaine de la périnatalité et de l'enfant, impulser l'agrégation régionale des données départementales type certificats du 8 ^{ème} jour, 9 ^{ème} mois, 24 ^{ème} mois et bilans des 4 ans, et leur exploitation régionale
Mesure n°2 	Rappeler aux professionnels de santé l'obligation réglementaire de transmettre les certificats (cf art L 2132-3 du Code de Santé Publique)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec les conseils généraux
Partenaires	Les PMI des quatre départements / URPS

Résultat attendu	Rendu annuel sur des indicateurs de santé de l'enfant	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Cet objectif est commun avec la thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent » SROMS – SRP – Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent »

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Périnatalité	Poursuivre la sécurisation de la prise en charge et disposer de temps de spécialistes suffisant (gynéco obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, ...) pour assurer la permanence des soins dans les maternités
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Afin de limiter les fuites des internes formés en région, proposer des projets d'organisation attractifs au sein des territoires.
Mesure n°2 	Développer les temps partagés entre établissements de santé, y compris les postes d'assistants spécialistes.
Mesure n°3 	Valoriser le rôle des sages femmes au sein des dispositifs de 1 ^{er} recours (ex : maison de santé pluridisciplinaire), notamment dans le suivi post natal.
Mesure n°4 	Favoriser les coopérations indispensables au bon fonctionnement des filières
Mesure n°5 	Elaborer au niveau régional un cadre technique de fonctionnement des centres de proximité périnataux (CPP), afin d'optimiser cette ressource de premier recours (cahier des charges)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	URPS, Université de Lorraine

Résultat attendu	Assurer une couverture en compétences gynéco obstétriques (GO) et pédiatriques, dans les établissements de santé, et en ville, plus particulièrement dans des zones de pénurie médicale ou de structure <u>Indicateurs :</u> Part des séjours de nouveau-nés réalisés en maternité de type III Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé (indic CPOM) Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements (indic CPOM) Evolution du nombre d'internes dans la spécialité GO et pédiatrique en 4 ^{ème} année	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

	<p>Taux de fuites des internes spécialisés en GO et pédiatrie, en fin de cursus, et évolution Suivi annuel du nombre de GO et pédiatres, Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dotées de temps de sage femme. Réalisation du cadre technique de fonctionnement des CPP</p>	
--	---	--

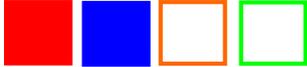
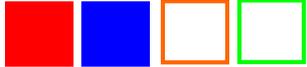
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent
SROS PRS volet Ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan périnatalité 2005 – 2007
Rapport de la Cour de Comptes septembre 2011 sur le rôle des sages femmes dans le système de soins

Objectif opérationnel Périnatalité	Soutenir la dynamique engendrée par le réseau périnatal, notamment dans la coordination des transferts entre les maternités
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Formaliser des protocoles ou conventions entre les maternités de type I et II B Généraliser le conventionnement avec le type III (cf recommandations HAS)
Mesure n°2 	Organiser le suivi annuel des transferts foeto maternels et néonataux par le réseau régional périnatal lorrain (RPL)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Réseau Périnatal Lorrain
Partenaires	Maternités

Résultat attendu	Assurer une prise en charge coordonnée et graduée des femmes et des nouveau-nés entre les maternités de la région <u>Indicateurs :</u> % de conventionnement des maternités de type I avec le type II B et le type III % de conventionnement des maternités de type II avec le type III Communication par le RPL d'une évaluation sur l'activité des transferts.	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan périnatal 2005 2007

Objectif opérationnel Périnatalité	Structurer le dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4^{ème} mois pour la période prénatale
---	---

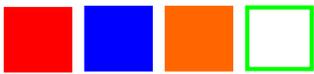
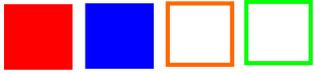
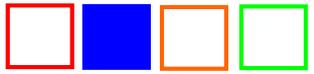
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Généraliser l'entretien prénatal précoce, réalisé essentiellement par les sages femmes, dans le cadre d'une organisation coordonnée entre les différentes sages femmes (hôpital, PMI, libérales), avec une traçabilité de cet entretien dans le carnet de maternité, et une information au RPL.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec le Réseau Périnatal Lorrain
Partenaires	Maternités, PMI, sages femmes libérales

Résultat attendu	Prise en charge globale de la santé de la future mère avec un accompagnement psycho social pour celles qui le souhaitent <u>Indicateurs :</u> Nombre d'EPI (quelle que soit la source) / nombre de grossesse déclarées Nombre de formation(s) et de professionnels formés sur cette thématique spécifique / an Nombre et volume de crédits « AC » fléchés	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan périnatalité 2005 – 2007

Objectif opérationnel Périnatalité	Organiser les sorties selon un accompagnement adapté
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Généraliser les staffs médico psycho sociaux à l'initiative des maternités, en lien avec les PMI
Mesure n°2 	Organiser un suivi spécifique pour les mères et les enfants qui le nécessitent, en lien avec les PMI
Mesure n°3 	Intégrer la prise en charge périnatale dans le maillage territorial des HAD polyvalentes <i>Les sorties précoces ne sont envisagées que pour la mère et l'enfant sans pathologie identifiée et selon un encadrement formalisé entre la maternité et les sages femmes libérales. L'HAD intervient le cas échéant en relais, à partir de J3, pour la prise en charge de la mère et/ou enfant avec pathologies associées, sur la base de protocoles partagés avec la maternité.</i>
Mesure n°4 	Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants identifiés vulnérables à la sortie de la maternité <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le soutien du dispositif RAFAEL « Réseau d'Accompagnement des FAMILLES en Lorraine », qui a pour vocation de suivre, d'accompagner et de prendre en charge des enfants identifiés vulnérables à la sortie de la maternité, selon des critères pré définis.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Réseau Périnatal Lorrain
Partenaires	Réseau périnatal lorrain – Maternités – HAD

Résultat attendu	Mieux accompagner les sorties <u>Indicateurs :</u> - Nombre de staffs médico sociaux par établissements de santé - Nombre de dossiers traités en staffs médico sociaux / nombre de naissances - Evolution du nombre de séjours en HAD en périnatalité - Rapport d'activité produit par RAFAEL	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Liens avec le volet HAD du SROS – SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

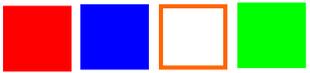
Objectif opérationnel Périnatalité	Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer des formations pluri professionnelles en proximité
Mesure n°2 	Partager un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant sur les territoires
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseau périnatal Lorrain - Maternités - Conseils Généraux

Résultat attendu	Créer du lien entre les acteurs <u>Indicateurs :</u> - Nombre de territoires qui ont structuré a minima un partenariat local (annuaire en place, formations réalisées, concertations organisées, ...) - Nombre de formations pluri professionnelles réalisées / an - Mise à disposition d'un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Cet objectif est commun à la thématique « santé de l'enfant et de l'adolescent » SROS ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan périnatalité 2005 – 2007 - Document d'orientation DGS/DGOS relatif à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé - 2010 Territorialisation des politiques publiques.

Objectif opérationnel Périnatalité	Favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Tabagisme : dépistage et suivi du tabagisme par la mesure du CO expiré et formation de sages femmes à l'aide au sevrage	
Mesure n°2 	Alcoolisme : Sensibilisation des professionnels à la problématique et formation au repérage	
Mesure n°3 	Mettre en œuvre le dépistage de la surdité permanente néonatale (SPN) selon les modalités de bonnes pratiques <ul style="list-style-type: none"> • Cf publication de texte réglementaire à venir, pour définir mesure(s) opérationnelle(s) qui sous tend(ent) une organisation en aval du dépistage 	
Mesure n°4 	Promouvoir des actions en direction de l'éducation à la sexualité	
Mesure n°5 	Améliorer l'efficacité des dispositifs en place pour l'accès des personnes, notamment des personnes mineures, à la contraception (centres de planification et éducation familiale CPEF, maisons des adolescents).	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec le Réseau P�rinal Lorrain	
Partenaires	Maternités, CG, PMI, sages femmes libérales – Santé scolaire –	

Résultat attendu	Réduction des complications liées au tabac et l'alcoolisation et amélioration de la santé des nouveaux nés <u>Indicateurs :</u> Nombre de maternités équipées d'appareil de mesure du CO expiré % de sages femmes formées à l'aide au sevrage Actions d'information et de sensibilisation par le RPL sur l'alcoolisation (ex colloque, ...) Réduire le nombre d'IVG notamment chez les mineures	Indicateur n�
-------------------------	--	---------------

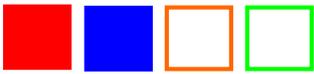
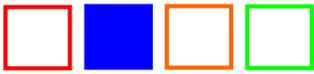
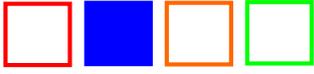
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale Addictologie
SRP

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan périnatalité 2005 – 2007 – volet addictologie du SROS – SROS prévention

Objectif opérationnel Périnatalité	Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Maintenir la prise en charge des IVG dans le maillage territorial et assurer la diversification des modes de prise en charge sur chaque site
Mesure n°2 	Organiser un maillage le plus large possible pour l'accès à l'IVG entre 12 et 14 semaines.
Mesure n°3 	Développer la prise en charge des IVG hors établissement de santé, notamment au sein de centres de santé et en collaboration avec le conseil général, les CPEF.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils Généraux

Résultat attendu	Rendre accessible l'IVG selon des modalités diversifiées <u>Indicateurs :</u> Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynéco obstétrique et/ou à la chirurgie Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissements de santé Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé Nombre d'établissements de santé qui pratique une modalité de façon exclusive	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	L'ensemble des objectifs opérationnels concerne les 4 territoires de santé
Territoire de la Meurthe et Moselle	Plus spécifiquement en matière de coopération, optimiser la filière de prise en charge entre la Maternité Régionale et le CHU de Nancy
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	Plus spécifiquement en matière de coopération, optimiser la filière de prise en charge entre Epinal et Remiremont

OQOS (par FINESS géographique)				
OQOS IMPLANTATIONS OBSTETRIQUE NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE	1	2A	2B	3
Territoire de santé meusien	0	2	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	4	0	1	1
Territoire de santé mosellan	3	0	4	0
Territoire de santé vosgien	3	1	1	0
Région lorraine	10	3	6	1

Légende :

-1 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique

-2 A : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie sans soins intensifs

-2 B : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie avec soins intensifs

-3 : Implantations avec activité de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et réanimation néonatale

IMAGERIE MEDICALE**Diagnostic régional et territorial**Bilan du SROS III :

Le bilan de l'implantation des équipements en Lorraine retrouve en 2011 :

- 26 IRM, 24 appareils installés et 2 non installés
- 34 scanners, 32 installés dont 1 non conforme, et 2 non installés
- 4 TEP installés
- 18 gamma-caméras installées

De plus a été mise en place une solution régionale de transfert d'images dénommée T Lor.

Afin d'établir un diagnostic sur l'évolution des implantations en IRM, un questionnaire a été envoyé par l'ARS de Lorraine à chaque plateau technique disposant d'une IRM. Il en ressort :

- Une réelle difficulté de dégager au vu de ces données des besoins précis de nouvelles implantations
- Une hétérogénéité des réponses surtout en termes d'activité et de délais qui semble démontrer une hétérogénéité des organisations
- Que peu de structures hospitalières publiques fonctionnent et peuvent fonctionner sans l'appui des radiologues privés (seuls le CHR, Sarreguemines et le CHU ont plus de 4 radiologues PH)

A préciser que le programme Gestion du Risque (GDR) préconise le développement de l'offre en IRM par une diversification du parc, et en particulier par l'installation d'IRM dédiées ou spécialisées.

Concernant les différents équipements matériels lourds, le groupe expert a mis en évidence la nécessité de diminuer et suivre l'irradiation du patient. Il a souligné également celle de renforcer l'organisation autour de la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses, des femmes enceintes et des enfants.

Enfin les autorisations d'imagerie doivent être assujetties obligatoirement à un équipement de système d'archivage des images et des comptes rendus, et à d'un système de transmission des images inter établissements (RIS/PACS). Dans ce cadre la mise en œuvre d'un PACS régional permettra d'améliorer la qualité et sécurité des soins en imagerie, en lien avec la solution régionale de transfert d'images T lor.

Au vu de ces éléments et afin d'évaluer le besoin en implantations supplémentaires, le diagnostic régional et territorial nécessite d'être complété en 2012 pour l'ensemble des équipements matériels lourds. En attendant, les implantations existantes sont renouvelées.

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)	
IMPLANTATIONS TDM	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	14
Territoire de santé mosellan	13
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	34
IMPLANTATIONS IRM	
Territoire de santé meusien	2

Territoire de santé Meurthe et mosellan	11
Territoire de santé mosellan	9
Territoire de santé vosgien	4
Région lorraine	26
IMPLANTATIONS GAMMA CAMERA	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé Meurthe et mosellan	8
Territoire de santé mosellan	8
Territoire de santé vosgien	2
Région lorraine	18
IMPLANTATIONS TEP SCAN	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé Meurthe et mosellan	3
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	4

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer l'accès à l'IRM notamment pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, cardio-neurovasculaires, pédiatriques, obstétricales et rhumatismales.	<ul style="list-style-type: none"> - Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine (2.3) - Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.1)
Objectif opérationnel Améliorer la qualité et la sécurité des soins en imagerie	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente (12.1 et 12.5)
Objectif opérationnel Conforter l'offre de soins en imagerie	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités d'accès à la santé (5.6)

Objectif opérationnel Imagerie médicale	Améliorer l'accès à l'IRM notamment pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, cardio-neurovasculaires, pédiatriques, obstétricales et rhumatismales.
--	---

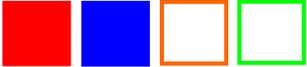
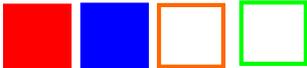
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer le fonctionnement des services d'imagerie et des plateaux techniques: <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des créneaux pour la cancérologie en particulier pour conforter le diagnostic du cancer du sein • Elargir les plages horaires de fonctionnement des IRM (samedi matin) • Permettre l'accès aux médecins libéraux
Mesure n°2 	Evaluer le besoin en IRM efficaces, dont les IRM dédiées pour les plateaux disposant déjà d'une IRM 1,5T
Mesure n°3 	Participer à la permanence des soins (y compris pour les centres non concernés par la prise en charge des urgences) : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la prise en charge en urgence des maladies neurovasculaires (filiale AVC)
Mesure n°4 	Mettre en place un groupe de travail sur la constitution d'un observatoire régional des délais
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	G4 Lorraine – Assurance Maladie – Réseau ONCOLOR – URPS ML - HAS

Résultat attendu	Assurer dans un délai optimal la prise en charge des ces patients.	Indicateur n° Réduction des délais d'accès à l'IRM
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet cancer du SROS PRS Thématique transversale AVC SROS PRS versant Ambulatoire SROMS Programme Régional de Développement de la Télémédecine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan AVC Plan Cancer Programme Régional de Gestion du Risque

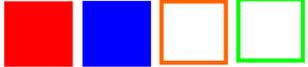
Objectif opérationnel Imagerie médicale	Améliorer la qualité et la sécurité des soins en imagerie
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer les pratiques professionnelles en imagerie <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les des recommandations sur les bonnes pratiques de demandes d'examen (dans l'hospitalier, dans l'ambulatoire) • Poser la bonne indication (radiologue effecteur) • Substituer l'IRM au scanner et à l'imagerie conventionnelle (Cf. recommandations de bonnes pratiques) • Eviter les actes non indiqués et redondants en imagerie conventionnelle
Mesure n°2 	Diminuer l'irradiation du patient <ul style="list-style-type: none"> • Développer le suivi de l'irradiation du patient (doses cumulées) (ex. : logiciel de suivi longitudinal des doses en lien avec chaque équipement et avec le PACS régional) • Inciter à l'acquisition de méthodes et techniques permettant de réduire la dose d'irradiation (ex. : Mise à niveau et renouvellement de l'équipement)
Mesure n° 	Mettre en œuvre un PACS Régional
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	G4 Lorraine – Assurance Maladie – GCS Télésanté Lorraine

Résultat attendu	Mise en œuvre d'un PACS régional	Indicateur n° Nb d'EML alimentant le PACS régional
-------------------------	----------------------------------	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Programme Régional de Développement de la Télémédecine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme Régional de Gestion du Risque

Objectif opérationnel Imagerie médicale	Conforter l'offre de soins en imagerie
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Evaluer les besoins supplémentaires en implantations d'équipements matériels lourds <ul style="list-style-type: none"> • Etablir en lien avec les professionnels un diagnostic détaillé par type d'équipement • Définir au besoin les nouvelles implantations • Etudier les possibilités de diversification du parc des IRM
Mesure n°2 	Organiser la permanence des soins régionale en imagerie (déclinaison dans le programme de télémédecine) <ul style="list-style-type: none"> • S'appuyant sur la solution T Lor
Mesure n°3 	Conforter le maintien des plateaux de proximité en imagerie : <ul style="list-style-type: none"> • Protocoles de coopération entre professionnels de santé • Soutenir les expérimentations de télémédecine dans le domaine de la mammographie • Etendre l'utilisation de la télémédecine à d'autres examens
Mesure n°4 	Améliorer la démographie médicale : <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer l'augmentation du nombre d'internes • Mettre en place des coopérations (ex. : postes partagés, ...)
Mesure n°5 	Conforter la coopération transfrontalière
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	G4 Lorraine – GCS Télésanté Lorraine – Université - HAS

Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Schéma d'organisation régionale de la PDS en Téléradiologie - Réflexion sur les postes partagés pour les jeunes radiologues 	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PDES

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme Régional de Télémédecine

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures se déclinent pour l'ensemble de la région.
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

OQOS (par FINESS géographique)	
OQOS IMPLANTATIONS TDM	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	14
Territoire de santé mosellan	13
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	34
OQOS IMPLANTATIONS IRM	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé Meurthe et mosellan	11
Territoire de santé mosellan	9
Territoire de santé vosgien	4
Région lorraine	26
OQOS IMPLANTATIONS GAMMA CAMERA	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé Meurthe et mosellan	8
Territoire de santé mosellan	8
Territoire de santé vosgien	2
Région lorraine	18
OQOS IMPLANTATIONS TEP SCAN	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé Meurthe et mosellan	3
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	4

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Diagnostic régional et territorial

La région Lorraine est une des régions ayant le plus fort taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale avec le diabète et l'HTA parmi les principales causes.

L'augmentation du nombre de patients ayant un traitement de suppléance est en constante augmentation. La prévention et le dépistage de l'IRC sont à renforcer en particulier sur les sujets ayant une maladie diabétique et/ou cardio-vasculaire.

Le taux de fuite de la région est important (11%), surtout vers l'Alsace (à partir de la Moselle est) et l'étranger en particulier l'Allemagne où l'accès à toutes les modalités de traitement n'est pas assuré (en particulier dialyse péritonéale et possibilité d'inscription sur la liste de greffe).

2 468 personnes ayant un traitement de suppléance sont suivies en Lorraine en 2009 dont 50% porteuses d'un greffon rénal fonctionnel

Si la part de traitement dialyse par une méthode alternative à la dialyse en centre est restée relativement stable (40%), elle est due à l'augmentation de l'activité en unité de dialyse médicalisée alors que la part de la dialyse péritonéale est en recul (7,9% en 2009). Cette technique est sous utilisée (en France de 2 à 19 % des patients dialysés bénéficiaient de cette technique selon les régions en 2008) alors qu'il est démontré qu'après une information adéquate sur les différentes techniques de dialyse une proportion importante de patient fait le choix de la dialyse péritonéale.

Le plan national de gestion du risque prévoit un développement de la DP avec un objectif fixé pour la région Lorraine dans le cadre du CPOM Etat / ARS de 13% dès 2011.

Les possibilités d'accès à l'ensemble des modalités de traitement ne sont pas assurées partout en région Lorraine :

- certaines autorisations données à l'ALTIR n'ont pas été mises en œuvre :
 - Une UDM à Mont-Saint Martin
 - Une UDM à Nancy
 - Trois unités d'auto-dialyse : Mont Saint Martin, Thionville et Sarreguemines
- pas de possibilité d'éducation à la DP au sein du territoire de Mont Saint-Martin et en Moselle Est.

En ce qui concerne l'activité de greffe, la région lorraine qui avait un bon niveau d'activité (une centaine de greffes de rein par an) a vu celui-ci diminuer à partir de 2008 pour chuter à 68 greffes en 2010.

Cette diminution est liée à de baisse de l'activité de prélèvement (une tendance observée au niveau national) et à des refus de greffon par manque de disponibilité de médecins transplantateurs en 2010.

Le délai moyen d'attente de greffe est passé en quelques années de 9 à 19 mois. La région reste cependant active pour les dons à partir de donneur vivant.

Parallèlement à l'augmentation du nombre et de l'âge moyen des personnes traitées, la région a vu une légère diminution du nombre des néphrologues (42 en 2005, 41 en 2011 dont 22% de plus de 55 ans). La densité des néphrologues est relativement faible et il est fait le constat d'une part importante des jeunes médecins formés dans la région n'y poursuivant pas leur activité.

La région a déjà développé des outils de télé-médecine (Diatélic) et de système d'information partagé (Transplantélic) et bénéficie de l'apport du réseau NEPHROLOR qui a développé sur l'agglomération nancéenne un programme de dépistage et de prise en charge précoce de l'IRC (éducation thérapeutique)

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)				
	Centres d'hémodialyse	Unité de Dialyse Médicalisée	Unité d'Auto Dialyse	Dialyse à Domicile
Territoire de santé Meurthe et Mosellan	5 dont 1 centre pour enfants	4	3	1 à vocation régionale
Territoire de santé Meusien	1	2 dont 1 télésurveillée	2	0
Territoire de santé Mosellan	4	4	6	1
Territoire de santé Vosgien	1	1	4	0
Total Région Lorraine	11 dont 1 enfants	11 dont 1 télésurveillée	15	2 dont 1 à vocation régionale

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Développer les alternatives à la dialyse en centre	Priorité 2 Objectifs 5.2 Priorité 3 Objectif 8.2 Priorité 4 Objectifs 10.3, 12.1
Objectif opérationnel Améliorer la prévention et le dépistage	Priorité 1 Objectifs 1.1, 1.4, 1.5, 1.6 Priorité 2 Objectifs 4.4, 5.2, 7.6
Objectif opérationnel Optimiser l'offre de dialyse et la démographie des néphrologues	Priorité 2 Objectif 5.6
Objectif opérationnel Renforcer l'activité de prélèvement et de greffe	Priorité 2 Objectif 5.2

Objectif opérationnel IRC	Développer les alternatives à la dialyse en centre	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Organiser et structurer l'information pré-dialyse dans chaque établissement ayant une autorisation d'activité d'hémodialyse en centre en lien avec les programmes d'éducation thérapeutique du patient	
Mesure n°2 	<p>Inciter au développement de la Dialyse Péritonéale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développement des orientations de l'alternative à l'hémodialyse en centre à inscrire dans le CPOM (en particulier pour la DP) pour les établissements autorisés à l'activité de traitement de l'IRC par épuration extra rénale ➤ Sensibiliser les néphrologues <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diffuser les recommandations HAS ➤ Renforcer la formation initiale des internes en néphrologie ➤ Favoriser l'accès à la DP en EHPAD <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intensifier l'information ➤ Faire évoluer la réglementation sur la facturation (projet de décret sur facturation des actes IDE libérales) 	
Mesure n°3 	Développer l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques avec l'apparition de nouveaux générateurs simplifiés	
Mesure n°4 	Utiliser la télémédecine et les systèmes d'information partagée (dossier médical...)	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	NEPHROLOR Assurance Maladie Université de Lorraine & CHU	
Résultat attendu	<p>Augmentation de la part des alternatives à l'hémodialyse en centre</p> <p>Augmentation de la part de la DP</p>	<p>Indicateur n°</p> <ul style="list-style-type: none"> - Part de nouveaux patients traités par DP, - Part de patients suivis hors centre - Nombre de patients traités par DP en EHPAD

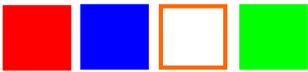
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma médico-social, volet maladies chroniques

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

PRGDR Insuffisance rénale chronique - PRT
Plan sur les maladies chroniques
Programme national de télémédecine (priorité « maladies chronique »)

Objectif opérationnel IRC	Améliorer la prévention et le dépistage
----------------------------------	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Structurer et systématiser l'éducation thérapeutique dans le cadre des réseaux de proximité en s'appuyant sur l'expérience du réseau NEPHROLOR. Celui-ci a vocation à devenir le support des réseaux de proximité pour le versant prévention de l'IRC en direction plus particulièrement des malades diabétiques et les hypertendus.
Mesure n°2 	Renforcer l'information sur la prévention et le dépistage de l'IRC auprès des médecins généralistes en particulier chez les patients diabétiques ➤ Action des délégués de l'assurance maladie
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	NEPHROLOR Assurance Maladie Professionnels de santé (médecins libéraux.....) Associations d'usagers

Résultat attendu	Diminution du taux de dialyse en urgence Stabilisation de l'incidence Amélioration du suivi de la survenue de l'IRC chez les diabétiques	Indicateur n° Taux de dialyse en urgence Nombre de nouveaux patients en IRC terminale
-------------------------	--	---

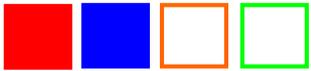
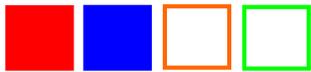
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet Maladies Chroniques Schéma régional de Prévention
--

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

PRGDR Plan sur les maladies chroniques

Objectif opérationnel IRC	Optimiser l'accès à l'offre de dialyse et la démographie des néphrologues
----------------------------------	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Installer l'ensemble des unités de dialyse médicalisées autorisées en particulier dans le nord de la région et envisager des mesures incitatives pour fidéliser les IDE Envisager l'installation de nouvelles unités de dialyse médicalisées télésurveillées
Mesure n°2 	Installer l'ensemble des unités d'auto-dialyse autorisées et maintenir le projet d'installation d'une unité sur le territoire de Sarreguemines
Mesure n°3 	Maintenir un centre de néphrologie dialyse sur le bassin houiller à intégrer à la restructuration en cours afin d'offrir aux patients du territoire une accessibilité à l'ensemble des traitements de suppléance (en particulier DP et greffe) tout en garantissant la sécurité (proximité de réanimation, chirurgie...)
Mesure n°4 	Renforcer l'effectif de néphrologues <ul style="list-style-type: none"> - Confirmer le nombre d'internes - Positionner la néphrologie comme spécialité à recrutement prioritaire et pour les postes d'assistants partagés
Mesure n°5 	Réfléchir à la mise en œuvre d'une astreinte régionale de néphrologie afin de soulager les établissements de périphérie en lien avec la télémédecine.
Mesure n°6 	Fluidifier le parcours du patient (évaluation des conventions de coopérations)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	GCS télésanté, Université de Lorraine

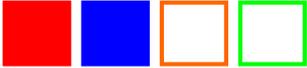
Résultat attendu	Diminution du taux de fuite Augmentation de la part dialyse hors centre	Indicateur n° Nombre d'installation Nombre de néphrologue Taux de fuite Nombre de patients transférés annuellement dans le cadre des conventions
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

PRT

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Priorité GDR Insuffisance Rénale Chronique
Accompagnement de la restructuration de l'offre de soin du bassin houiller

Objectif opérationnel IRC	Renforcer l'activité de prélèvement et de greffe
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Sensibiliser les services d'urgence et les services accueillant habituellement des patients ayant une maladie neuro-vasculaire (dont les services de neurologie) à signaler aux équipes de coordination les patients pour lesquels il n'y a pas de projet thérapeutique (donneurs potentiels)
Mesure n°2 	Développer les activités de prélèvement sur les sites autorisés : Metz-Thionville, Sarreguemines, Epinal, Verdun et inscrire ce développement dans le CPOM
Mesure n°3 	Renforcer la promotion et l'organisation des prélèvements par les équipes de coordination de prélèvement auprès des établissements de leur réseau de proximité
Mesure n°4 	Pour les établissements ne disposant pas de réanimation, organiser les prises en charge de donneurs potentiels dans les unités de soins continus pour le maintien des fonctions vitales dans l'attente de décision de transfert vers l'établissement préleveur
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Agence de biomédecine

Résultat attendu	Réduction des délais de greffe Augmentation du nombre de prélèvement Diminution des refus	Indicateur n° - délai de greffe - taux de refus - nombre de prélèvement
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SIOS (volet greffe et prélèvement) Volet Médecine d'urgence Volet Réanimation, soins intensifs et soins continus Volet Accident vasculaire cérébral

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

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional (exceptées les mesures ci-dessous).
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner la restructuration du service de néphrologie de dialyse de Mont-Saint-Martin (en particulier locaux d'éducation à la DP, repli des alternatives hors centres...) et la coopération avec l'ALTIR qui détient les autorisations pour les alternatives. A défaut d'une mise en œuvre, organiser la coopération transfrontalière.
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer le maintien des activités de dialyse dans le cadre de la restructuration du bassin houiller Installer l'unité d'autodialyse de Thionville (autorisation de l'ALTIR) Proposer une offre d'autodialyse et de dialyse médicalisée à Sarreguemines
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir le GCS de néphrologie-dialyse (coopération CHJM et SOGECLER) dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital Proposer une offre de dialyse médicalisée sur l'est du territoire

OQOS (par FINESS géographique)				
	Centres d'hémodialyse	Unité de Dialyse Médicalisée	Unité d'Auto Dialyse	Dialyse à Domicile
Territoire de santé Meurthe et Mosellan	5 dont 1 centre pour enfants	3 à 4	3	1 à vocation régionale
Territoire de santé Meusien	1	2 dont 1 télésurveillée	2	0
Territoire de santé Mosellan	4	4 à 5 dont 0 à 1 télésurveillée	6 à 7	1
Territoire de santé Vosgien	1	1 à 2 (dont 0 à 1 télésurveillée)	4	0
Total Région Lorraine	11 dont 1 enfants	10 à 13 dont 1 à 3 télésurveillées	15 à 16	2 dont 1 à vocation régionale

MEDECINE**Diagnostic régional et territorial****Le contexte :**

- Projet de décret de l'activité de médecine en attente de parution
- Tarification à l'activité dans les ex Hôpitaux Locaux prévue en 2013
- Démographie médicale : De nombreux postes médicaux sont vacants dans la région, tout particulièrement dans les Vosges et la Meuse. Certaines spécialités présentent un déficit démographique accentué (neurologues, HGE, dermatologues...)

L'offre et les besoins

Offre morcelée, taux d'équipement et taux de recours régional et territorial plus élevés que le niveau national.

En Lorraine 25 ES autorisés en médecine ont une faible capacité en lits (moins de 30 lits).

La part de l'HDJ pour le département vosgien est faible.

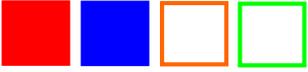
Les pistes d'amélioration :

- Une analyse plus fine et ciblée des taux de recours est à prévoir avec les professionnels au sein de l'instance opérationnelle de dialogue
- En fonction du diagnostic porté sur les plateaux de technologies interventionnelles (endoscopies), étudier les mutualisations possibles
- Organisation de l'offre dans le cadre de la gradation des soins :
 - avec des structures de recours (médecine spécialisée) qui peuvent amener leur expertise dans les services de médecine polyvalente
 - Maintien d'une offre de proximité.

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)		
IMPLANTATIONS		
	Médecine	Dont médecine sous forme HAD exclusive
Territoire de santé meusien	5 dont 2 avec HAD	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	20 dont 5 avec HAD	2
Territoire de santé mosellan	30 dont 6 avec HAD	1
Territoire de santé vosgien	18 dont 3 avec HAD	2
Région lorraine	73 dont 16 HAD	5

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer la connaissance de l'activité de médecine	5.2 et 10.1
Objectif opérationnel Améliorer l'efficacité des services de médecine	12.3
Objectif opérationnel Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins	11.1 et 11.2

Objectif opérationnel Médecine	Améliorer la connaissance de l'activité de médecine
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Poursuivre l'analyse fine des taux de recours en médecine en lien avec l'instance opérationnelle de dialogue.
Mesure n°2 	Réaliser le diagnostic sur les secteurs interventionnels (endoscopies) en médecine et chirurgie au sein des établissements de santé
Mesure n°3 	Réaliser le diagnostic sur l'activité de spécialité médicale (cardiologie, neurologie, diabétologie...) au sein des établissements de santé.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Les établissements de santé

Résultat attendu	Alimenter l'instance opérationnelle de dialogue	Indicateur n° Mise en place de l'instance opérationnelle de dialogue Produire l'étude des taux de recours.
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets chirurgie et PDSES du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Médecine	Améliorer l'efficacité des services de médecine	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Développer les alternatives à l'HC (HDJ et HAD) <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'HDJ : en particulier par redéploiement d'HC et en priorité sur le territoire vosgien - Pour l'HAD : cf. volet HAD 	
Mesure n°2 	Mener une réflexion sur la restructuration des ES autorisés en médecine et dont la capacité totale en lits de médecine est inférieure à 30 lits. Eventuellement, les repositionner en tant que service de proximité en particulier dans les ex hôpitaux locaux : <ul style="list-style-type: none"> - Pour répondre aux besoins de la population au-delà du champ hospitalier (consultation avancées, maison médicale de garde, ...) - En lien avec les partenaires des champs médicosocial et ambulatoire 	
Mesure n°3 	Mutualiser les plateaux de techniques interventionnelles (endoscopies) : <ul style="list-style-type: none"> - au sein de chaque établissement de santé le cas échéant - entre établissements de santé en lien avec la PDES sur un territoire donné 	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Les conseils généraux, URPS Les établissements de santé...	

Résultat attendu	Réorganisation efficace de l'offre en médecine	Indicateur n° Convergence du taux de recours régional vers le taux de recours national
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets PDES, chirurgie, SSR et HAD du SROS PRS SROMS et SROS PRS volet ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Médecine	Organiser l'offre de médecine en respectant la gradation des soins
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Poursuivre l'organisation graduée des soins en médecine - en respectant les différents niveaux de prise en charge - en intégrant la notion de filières par pathologie ou groupe de population
Mesure n°2 	Organiser l'accès aux spécialistes hospitaliers et libéraux dans les services de médecine polyvalente : - consultations avancées - télémédecine - temps partagé
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Les établissements de santé Les spécialistes libéraux, URPS

Résultat attendu	Amélioration de la lisibilité et du rôle de chaque service de médecine	Indicateur n° Cartographie de l'offre graduée en médecine
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PRS volet ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme télémédecine

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et les mesures se déclinent au niveau de la région
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> Développement de HDJ

OQOS (par FINESS géographique)		
OQOS IMPLANTATIONS		
	Médecine	Dont médecine sous forme HAD exclusive
Territoire de santé meusien	4 dont 2 avec HAD	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	18 dont 5 avec HAD	2
Territoire de santé mosellan	27 dont 6 avec HAD	1
Territoire de santé vosgien	17 dont 3 avec HAD	2
Région lorraine	66 dont 16 HAD	5

MEDECINE D'URGENCES ET LIENS AVEC LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Diagnostic régional et territorial

Les décrets du 22 mai 2006, relatifs à la médecine d'urgence, ont déterminé un cadre réglementaire rénové de l'organisation de la prise en charge des urgences au sein de l'établissement d'une part, et défini un cadre territorial plus cohérent d'autre part, grâce au réseau de prise en charge des urgences, point majeur du dispositif.

L'organisation de la prise en charge des urgences poursuit un triple objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité :

1. Permettre l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en proximité grâce à un maillage fin du territoire. Il s'agit d'une exigence forte, cohérente avec les évolutions récentes et à venir de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit.
2. Garantir la sécurité et la continuité, par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant et adapté aux besoins du patient. Le réseau des urgences permet d'organiser les liens entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients ;
3. Inscrire le dispositif mis en place dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la politique globale de gestion des risques au sein des établissements de santé. A cet effet, une procédure spécifique de déclaration des dysfonctionnements est mise en œuvre dans les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

La permanence des soins ambulatoire est du ressort des médecins généralistes libéraux. Néanmoins, les évolutions récentes ont fait apparaître le rôle de l'hôpital en complément, notamment en seconde partie de nuit. Ceci justifie qu'une approche globale soit développée.

Par ailleurs, l'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. À cette fin, il est indispensable que les Structures d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie.

Modalités d'exercice de la médecine d'urgence :

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de médecine d'urgence est autorisé selon une ou plusieurs des 3 modalités suivantes :

- régulation des appels adressés au SAMU
- prise en charge par le SMUR ou le SMUR spécialisé dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et nourrissons, appelé SMUR pédiatrique
- prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences (SU) ou dans la structure des urgences pédiatriques (SUP)

En dessous de 8000 passages par an, un établissement ne peut être autorisé à exercer la médecine d'urgence selon la modalité « structure des urgences » que s'il participe à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité.

Ces services ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et également les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Liens transfrontaliers

Les frontières communes de la Lorraine avec la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg et l'importance du nombre de travailleurs transfrontaliers rendent une politique de coopération transfrontalière incontournable.

L'un des principes de la coopération est la prise en charge des urgences pré hospitalières, dans une perspective de gain de temps ou de renforcement des moyens locaux pour faire face à des situations de crise sanitaire.

Les coopérations transfrontalières actuelles entre la Lorraine et les pays de la Grande Région sont décrites en annexe1.

Caisson hyperbare

En région, existent 2 caissons hyperbares : 1 au CHU et 1 à l'HIA Legouest. Le caisson du CHU, obsolète, cessera de fonctionner en 2012. Compte tenu des besoins, il n'est pas envisagé de renouveler l'autorisation du CHU. L'HIA Legouest assurera les prises en charge aux heures ouvrables. L'organisation de l'accès au caisson hors heures ouvrables doit être mise en place.

Forces et faiblesses en Lorraine

Médecine d'Urgence :

Points forts :

- Bon maillage territorial des services d'urgences (SAU et SMUR), à nuancer au niveau des zones rurales (zones blanches / temps accès SMUR)
- Un SAMU opérationnel dans chaque département, avec une implication connexe des régulateurs libéraux

Points faibles :

- Pas d'interconnexion entre SAMU, difficulté renforcée par des plateformes techniques différentes
- Optimisation du temps médical pour services cumulant les activités de SAU/SMUR et/ou SAMU, notamment : impact important des sorties SMUR 2aires pouvant déstabiliser le fonctionnement « séniorisé » des SAU
- Utilisation de l'hélicoptère régional pouvant être optimisé
- Manque d'un système d'information fiable de la disponibilité des ressources dans chaque établissement participant au réseau des urgences
- Difficultés de recrutement de certains services d'urgences (temps médical notamment dans les Vosges)
- Mieux organiser l'amont et l'aval du SAU.

Articulation entre ville et les urgences :

Points forts :

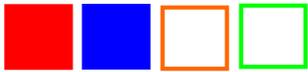
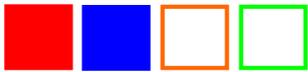
- Etroite collaboration des associations de régulation libérale avec les centres 15
- Numéro distinct régulation libérale (n° régional) et SAMU permettant une prise en charge adaptée en fonction de la nature des appels

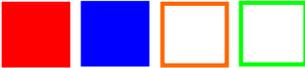
Points faibles :

- Carences ambulancières dans certains secteurs de la région
- Précisions nécessaires quant à la mobilisation des professionnels de santé libéraux en cas de crise sanitaire, en lien avec les autres acteurs de l'aide médicale urgente et du secours à la personne

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)	
IMPLANTATIONS SMUR	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	8 (dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal)
Territoire de santé mosellan	5 et 2 antennes
Territoire de santé vosgien	4 et 2 antennes
Région lorraine	19 et 4 antennes (dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal)
IMPLANTATIONS SAMU	
Territoire de santé meusien	1
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	1
Région lorraine	4
IMPLANTATIONS STRUCTURE D'URGENCE	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	9 (dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)
Territoire de santé mosellan	8
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	24 (dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)
IMPLANTATIONS CAISSON HYPERBARE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	0
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	0

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Optimiser l'organisation des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence	Priorité 4 : Objectif 12-3,12-4
Objectif opérationnel Optimiser la qualité de prise en charge des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence	Priorité 3 : Objectif 8-2 Priorité 4 : Objectif 12-3,12-4
Objectif opérationnel Améliorer l'articulation des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins ambulatoires (médecins généralistes, transporteurs, pharmaciens, etc.).	Priorité 2 : Objectif 5-5, 6-2 Priorité 4 : Objectif 12-3, 12-4

Objectif opérationnel Urgences	Optimiser l'organisation des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence
Plan d'actions associées	Libellé
<p>Mesure n°1</p> 	<p>Connecter et rendre inter-opérables les plateformes SAMU et viser une utilisation efficiente de la régulation médicale (sécurité / efficience / qualité des pratiques).</p> <p>Une interopérabilité des plateformes pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • permettre une continuité de service en cas de panne ou de débordement d'appel, cette interconnexion étant un gage de sécurité • mutualiser la fonction médicale de régulation en nuit profonde tenant ainsi compte de l'activité constatée <p>2 expérimentations : 55 – 57 d'un côté et 54 – 88 de l'autre sont en cours (sans toucher aux ressources PARM)</p> <p>Echéance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation fin 2011-1^{er} trimestre 2012 • Puis pérennisation de liens fonctionnels et techniques entre SAMU (dans la configuration de l'expérimentation ou une autre) • Evaluation continue des interconnexions • La mutualisation des ressources médicales pourra être pérennisée en nuit profonde en fonction des résultats de l'expérimentation.
<p>Mesure n°2</p> 	<p>Organiser les SMUR secondaires régionalement afin d'optimiser le temps médical et la réactivité : TIIH, SMUR 2aires médicalisés régional (efficience) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En proximité : TIIH (infirmier et/ou IADE) • Au plan régional pour les SMUR secondaires nécessairement médicalisés : concentration sur 2 ou 3 établissements de la région (dont CHU et CHR) <p>Echéance : A échéance du SROS</p>
<p>Mesure n°3</p> 	<p>Organisation interne des structures des urgences : organiser l'amont et l'aval des urgences afin d'optimiser et de fluidifier les prises en charge (efficience/qualité, recommandations)</p> <p>L'ensemble des mesures suivantes est de nature à recentrer l'activité des urgentistes et d'éviter les problèmes d'afflux et d'engorgement des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients se présentant aux urgences, par la mise en place d'un IAO infirmier de l'accueil et de l'orientation • Identifier une fonction de « coordinateur de l'aval » • Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences • Identifier une zone d'UHCD dans chaque SU • Organiser l'aval des urgences • Assurer une organisation territoriale adaptée aux besoins : Médecins correspondant du SAMU (voir annexe 2)

	<p>Echéance : dès publication du SROS</p>
<p>Mesure n°4</p> 	<p>Optimiser le recours à l'hélicoptère pour plus d'efficacité et d'efficience notamment lors d'intervention dans les zones blanches (efficience, sécurité)</p> <p>Harmonisation des règles d'utilisation de l'hélicoptère (approcher les 500 heures de vol médicalisé par an), y compris en matière de gestion des ruptures de charge</p> <p>Renforcement de la coordination avec les acteurs de la sécurité civile</p> <p>Echéance : A échéance du SROS</p>
<p>Mesure n°5</p> 	<p>Systèmes d'informations de santé : déployer l'observatoire régional des urgences et le répertoire opérationnel des ressources (efficience, sécurité, amélioration de la qualité).</p> <p>Dans l'optique d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, une démarche de modernisation des SAMU a été engagée.(instruction du 16 mai 2011). Elle comporte une dimension relative à l'organisation territoriale et une dimension de modernisation des systèmes d'information.</p> <p>Centraliser les données des urgences pour suivre et évaluer l'activité des services</p> <p>Depuis le 16 juin 2011, la Lorraine a officiellement ouvert l'Observatoire des Urgences Lorraines (<u>ORULOR</u>) avec 19 structures sur 22 connectés soit 86 % des structures et 90 % des passages lorrains.</p> <p>ORULOR sera exploité dans le cadre du Comité Régional présidé par l'ARS (réseau Lorraine, urgences, fédérations, CIRE) pour dégager des axes de réflexion et de travail sur la prise en charge des patients aux urgences afin de rendre le système plus performant, que ce soit en période normale ou en période de tension.</p> <p>Echéance : Connexion ensemble des services d'urgence pour fin 2011. Suivi et évaluation de la qualité des données remontée par le Comité Régional ORULOR</p> <p>Partenaires : Réseau lorraine Urgence, GCS télésanté Lorraine</p> <p>Faciliter l'orientation des patients</p> <p>Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) doit permettre d'assurer l'orientation en temps réel des patients selon les motifs de recours vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge.</p> <p>Les objectifs et spécifications du ROR Lorraine permettant la mise en œuvre d'une solution régionale ont été initiés dès 2008.</p>

	<p>Les objectifs du ROR Lorraine visés pour la fin d'année 2011 sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> la description de l'offre de soins de structures MCO, en priorité les établissements de santé ayant une structure d'urgences et des plateaux techniques de recours en cas d'urgence ; la mise en œuvre de la solution ROR Lorraine afin d'y inscrire ces descriptions d'offre de soins et de l'ouvrir aux professionnels. <p><u>Echéance et calendrier :</u> <u>Octobre 2011</u> : 7 établissements connecté au ROR <u>4ème trimestre 2011 et 1^{er} semestre 2012</u> : montée en charge du peuplement à l'ensemble des établissements MCO ayant une structure d'urgence ou un plateau technique spécifique. <u>Juin 2012</u> : ouverture ROR aux professionnels cités ci-dessus.</p> <p><u>Partenaires :</u> GCS Ile de France GCS télésanté Lorraine</p>
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	SAMU, SMUR, services d'urgences et directions établissements, SDIS Réseau lorraine Urgence, GCS télésanté Lorraine, GCS Ile de France

Résultat attendu	Amélioration de la prise en charge des patients aux urgences	Indicateur n° 80% des patients pris en charge dans les services d'urgences Lorrains en moins de 4 heures
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des SAMU -juillet 2010 -Pierre MARDEGAN Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé public Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structure de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique <i>Travaux nationaux en cours sur l'utilisation des hélicoptères sanitaires</i>

Objectif opérationnel Urgences	Optimiser la qualité de prise en charge des SAMU, SMUR, et services de médecine d'urgence
Plan d'actions associées	Libellé
<p>Mesure n°1</p> 	<p>Concernant les publics les plus vulnérables (personnes âgées et handicapées notamment) : s'assurer de l'existence de dispositions formalisées et partagées avec les acteurs des soins non programmés en matière de continuité des soins en amont des urgences (notamment le dossier de liaison d'urgence en EHPAD ou l'admission directe dans un service hospitalier, sans passage par les urgences) (sécurité et qualité des soins)</p> <p>Anticiper la réponse à donner aux besoins de soins urgents des personnes âgées, afin d'éviter un transfert inapproprié vers les urgences et d'apporter la réponse la mieux adaptée</p> <p>Développer les dossiers de liaison d'urgence, automatiser leur transmission.</p> <p>Envisager par territoire, la possibilité d'adresser directement les patients vus par le médecin traitant ou de garde vers le service d'hospitalisation approprié, sans passage par les urgences</p> <p>Echéance : A échéance du SROS</p>
<p>Mesure n°2</p> 	<p>Améliorer la qualité et l'efficacité des soins en analysant et corrigeant les dysfonctionnements constatés (fiches dysfonctionnement).</p> <p>Démarche qualité</p> <p>Suivre les dysfonctionnements constatés par les acteurs de l'aide médicale urgente</p> <p>Depuis le 1^{er} mars 2011 une nouvelle fiche de dysfonctionnement (conformément à l'arrêté du 12 février 2007) a été réactivée par l'ARS Lorraine.</p> <p>Les membres de l'instance collégiale des urgences analyseront l'ensemble des fiches de dysfonctionnement reçues afin de proposer les mesures correctrices.</p> <p>Echéance : A échéance du SROS</p>
<p>Mesure n°3</p> 	<p>Optimiser la qualité de la décision en matière de régulation médicale</p> <p>En s'appuyant pour cela des recommandations de l'HAS sur la régulation (de mars 2010) et sur les échanges d'expérience des autres SAMU de la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'une démarche qualité formalisée s'appuyant notamment sur l'analyse des dysfonctionnements constatés en interne et les plaintes - veiller à la qualité de leurs relations avec la médecine libérale (réponses apportées, retour d'information) - travail sur les filières spécifiques de prise en charge (ex. : AVC) de

	<p>manière conjointe entre acteurs du Centre 15 et régulateurs libéraux : formalisation de procédures opérationnelles ou mise à jour en tant que de besoin</p> <p>Echéance : A échéance du SROS</p>
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	SAMU, SMUR, services d'urgences et direction établissements, EHPAD, SDIS, Réseau Lorraine Urgence.

Résultat attendu	Amélioration continue de la qualité de prise en charge	Indicateur n° Réduction du nombre de dysfonctionnements constatés
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Rédaction conjointe de la mesure 1 avec le SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Urgences	Améliorer l'articulation des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins ambulatoires (médecins généralistes, transporteurs, pharmaciens, etc.)
---------------------------------------	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	<p>Viser un lien plus étroit entre services d'urgences hospitaliers et organisation des tours de garde des médecins généralistes la nuit et les dimanches et jours fériés (efficience). Articuler PDSA et services d'urgence</p> <p>Cette mesure est en lien étroit avec le futur cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires et pourra se matérialiser par :</p> <p>l'information de la population sur bon usage du système de soins et en particulier aux heures de la PDSA. le fait que les maisons médicales de garde se situent de préférence aux portes des urgences ou en prévoyant les liens nécessaires par voie de convention.</p> <p><u>Echéance :</u> Dès publication du cahier des charges régional de la PDSA Suivi du dispositif de PDSA annuellement dans cadre des CODAMU-PS-TS</p>
Mesure n°2 	<p>Intégrer les professionnels libéraux au plan de gestion de crise</p> <p>Travail avec l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de l'offre de soins de ville (médecins, pharmaciens, transporteurs et infirmiers) pour élaborer un plan de gestion de crise opérationnel, sous l'égide des Préfets, avec 2 objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner une information spécifique aux professionnels de santé sur une situation de crise susceptible de les concerner, • mobiliser le cas échéant ces professionnels de santé dans un délai court <p><u>Echéance :</u> A échéance du SROS</p>
Mesure n°3 	<p>S'assurer de la cohérence et de la subsidiarité entre le SDACR et le SROS</p> <p>Cette mise en cohérence doit s'entendre dans une démarche de concertation continue permettant son actualisation régulière. Elle doit permettre de définir sur le territoire lorrain l'opérationnalité des moyens SDIS et Urgentistes. (emplacement moyens pompiers, moyens sanitaires, matériel et humain, emplacement défibrillateurs ...)</p> <p><u>Echéance :</u> A échéance du SROS</p>

<p>Mesure n°4</p> 	<p>Favoriser les coopérations transfrontalières pour améliorer l'accès aux soins d'urgence</p> <p>Faire vivre les conventions transfrontalières existantes et développer leurs principes à d'autres régions.</p> <p>Echéance : A échéance du SROS</p> <p>Partenaires : Interlocuteurs transfrontaliers Assurance maladie pour les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales</p>
<p>Pilotage de l'objectif</p>	<p>ARS Lorraine / Préfets</p>
<p>Partenaires</p>	<p>SAMU, SDIS, professionnels de santé de ville Interlocuteurs transfrontaliers Assurance maladie pour les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales GCS Télésanté lorraine</p>

<p>Résultat attendu</p>	<p>Diminution du nombre de patients admis aux urgences et relevant de la permanence de soins libérale.</p>	<p>Indicateur n° Maitriser la part des patients relevant de la CCMU1 (ne donnant pas lieu à hospitalisation) dans le passage aux urgences pendant la PDS</p>
--------------------------------	--	--

<p align="center">Lien avec les autres thématiques des différents schémas</p>
<p>Lien avec le SRP-volet VAGUSAN – Gestion de crises pour la mesure 2.</p>

<p align="center">Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)</p>
<p>Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière</p>

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	L'ensemble des objectifs et mesures se déclinent au niveau régional dont : <u>Organisation des SMUR secondaires</u> <u>Mutualisation des plateformes SAMU</u> Mutualisation entre : Le centre 15 et la régulation libérale au sein de chaque site Coopération entre : Les sites de régulation des appels de Metz/Verdun et Nancy/Epinal <ul style="list-style-type: none"> • Bascule bilatérale entre site possible. • Mutualisation de la ressource médicale en nuit profonde.
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	<u>Dispositif des médecins correspondants du SAMU</u> Evaluation du dispositif
Territoire de la Moselle	<u>Carences ambulancières</u> Recherche des leviers d'action pour une diminution des carences ambulancières.
Territoire des Vosges	<u>Temps médical dans les services d'urgences</u> Etre attentif aux difficultés de recrutement de certains services d'urgences.

Déclinaison territoriale	
OQOS IMPLANTATIONS SMUR	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	8 (dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal)
Territoire de santé mosellan	5 et 2 antennes
Territoire de santé vosgien	4 et 2 antennes
Région lorraine	19 et 4 antennes (dont 1 SMUR pédiatrique et 1 SMUR néonatal)
OQOS IMPLANTATIONS SAMU	
Territoire de santé meusien	1
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	1
Région lorraine	4
OQOS IMPLANTATIONS STRUCTURE D'URGENCE	
Territoire de santé meusien	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	9 (dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)
Territoire de santé mosellan	8
Territoire de santé vosgien	5
Région lorraine	24 (dont 1 SU pédiatrique et 1 SU néonatale)
OQOS IMPLANTATIONS CAISSON HYPERBARE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	0
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	0

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

Diagnostic régional et territorial

La recomposition hospitalière consécutive au SROS 3 a conduit à une meilleure orientation des patients les plus graves que ce soit pour les patients relevant de la réanimation ou pour ceux relevant de l'USIC (pathologie coronaire aigüe).

Il existe des périodes de l'année, notamment hivernales, où des tensions apparaissent. Ces périodes rendent nécessaires une adaptation capacitaire qui doit être anticipée (procédure d'« hôpital sous-tension ») au niveau des établissements (lits supplémentaires de Réanimation, transformation de lits d'USC en lits de Réanimation).

Il est nécessaire également d'avoir une analyse continue des « non admissions » en REA/USI/USC. La « non admission » dans une telle unité est une décision lourde (elle engage le pronostic vital ou fonctionnel), complexe (appréciation faite parfois à distance) prise souvent dans un contexte d'urgence (difficulté d'avis collégial).

La région lorraine rencontre des difficultés avérées de démographie médicale, mais à ce jour, non quantifiée précisément (19% des services de Réa avaient recours à l'intérim (médical) fin 2008).

La réanimation

La capacité globale des lits de réanimation de la région est en adéquation avec les besoins et avec la cible du SROS 3 mais il sera nécessaire d'apporter une réponse lors des situations de tension (épidémies d'infections respiratoires hivernales notamment).

Les soins intensifs (USI)

La capacité globale des USI (toutes unités confondues) n'est pas en adéquation avec les besoins. En effet, les données d'activité (PMSI 2010) montrent un TO global de 72% (140 lits, 10 374 passages avec une DMS de 3.6 j). Une analyse plus précise sera effectuée dans le cadre de la réactualisation en 2012 de l'enquête globale REA, USI et USC.

De plus, la démographie médicale ne permet pas de multiplier les sites d'USIC. Sur les sites où il n'y a pas de plateau technique d'angioplastie, il est envisageable de mutualiser les lits d'USIC et d'USC.

Les unités de soins continus (USC)

La capacité et le fonctionnement des USC doivent être réexaminés. En outre, dans la moitié nord de la Lorraine l'organisation de la prise en charge des enfants nécessitant une prise en charge rapprochée n'est pas toujours adaptée.

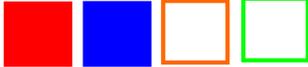
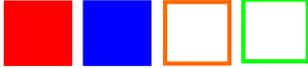
Les prélèvements d'organes

La région Lorraine accuse un déficit de recensement et de prélèvement d'organes depuis 2007. Les unités de REA/USI/USC doivent être mobilisées sur ce sujet.

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)	
IMPLANTATIONS REANIMATION ADULTE	
Territoire de santé meusien	1
Territoire de santé meurthe et mosellan	4
Territoire de santé mosellan	6
Territoire de santé vosgien	1
Région lorraine	12
IMPLANTATIONS REANIMATION PEDIATRIQUE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	1

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer la prise en charge des patients en réa, USC et USI en période normale ou de crise.	12.3 et 12.5
Objectif opérationnel Améliorer le fonctionnement des USC	11.2 et 10.3
Objectif opérationnel Sensibiliser les professionnels aux procédures de prélèvement d'organe	11.1 et 11.2

Objectif opérationnel Réanimation – SI – SC	Améliorer la prise en charge des patients en réa, USC et USI en période normale ou de crise.
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Elaborer, en lien avec les experts des procédures d'HST (« hôpital sous tension ») pour la réanimation, USI, USC au niveau de l'établissement/Région/inter régional et transfrontalier
Mesure n°2 	Connaître la disponibilité des lits, en temps réel, dans les unités « critiques » (REA/SI/USC/UNV/Neurochirurgie). Projet ROR
Mesure n°3 	Evaluer régulièrement les non admissions en réanimation (« registre des refus »).
Mesure n°4 	S'assurer de l'existence de revues de morbidité/ mortalité (RMM) pour toutes les réanimations de la région Lorraine
Mesure n°5 	Affiner les besoins en professionnels pour les unités de Réanimation/USC
Mesure n°6 	Réactualiser l'enquête régionale sur les activités et organiser les soins de réanimation, USI et USC réalisée en 2008/2009. Un examen particulier sera réalisé sur les USIR. Transformer les 2 USIR encore existantes
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Fédérations hospitalières, Etablissements sanitaires, Professionnels de santé, GCS Télésanté Lorraine, HAS

Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Cahier des charges « hôpital sous tension » - Spécification de l'intégration de la disponibilité des lits dans le ROR et procédure de mise à jour associée - Procédure d'évaluation des refus - Procédure d'enquête sur l'existence des RMM - Procédure d'enquête sur les besoins en professionnels - Procédure d'enquête d'évaluation de l'activité et des organisations 	Indicateur n° Quel indicateur ? (pas de réflexion entamée à ce sujet)
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale AVC
SROS PRS volets SSR, Médecine, Chirurgie et Urgences
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Réanimation – SI – SC	Améliorer le fonctionnement des USC
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Réactualiser l'enquête régionale sur les activités et organiser les soins de réanimation, USI et USC réalisée en 2008/2009 (idem mesure précédente)
Mesure n°2 	Évaluer annuellement les conventions associant les USC isolées aux services de réanimation. <ul style="list-style-type: none"> • Définir les points névralgiques • L'ARS doit être destinataire du rapport des établissements
Mesure n°3 	Réactualiser le cahier des charges régional des USC (logique d'efficacité et aspect matériel)
Mesure n°4 	Créer une USC pédiatrique en Moselle
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Fédérations hospitalières, Etablissements sanitaires, Professionnels de santé

Résultat attendu	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure d'enquête d'évaluation de l'activité et des organisations - Procédure d'évaluation des conventions - Création d'une USC pédiatrique en Moselle 	Indicateur n° Nbre de rapport fourni par les ES Finalisation de l'enquête Présence de l'USC en Moselle
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale « santé de l'enfant et l'adolescent »

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectifs opérationnels Réanimation – SI – SC	Sensibiliser les professionnels aux procédures de prélèvement d'organe
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Pour les établissements ne disposant pas de réanimation, organiser les prises en charge de donneurs potentiels dans les unités de soins continus pour le maintien des fonctions vitales dans l'attente de décision de transfert vers établissement préleveur
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Agence de Biomédecine

Résultat attendu	Augmentation du recensement des donneurs potentiels	Indicateur n° Augmentation du nombre de prélèvement d'organe en lorraine
	Augmentation de la disponibilité des greffons	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS IRC

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Mesure n°4 de l'Objectif n°2
Territoire des Vosges	

DECLINAISON TERRITORIALE UNITE SOINS INTENSIFS ET UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE				
	USIC	USIN	SUPPLEMENT SI HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE	USC
Territoire de santé meusien	1	0 à 1	0	2 USC adulte
Territoire de santé meurthe et mosellan	4 dont 1 pédiatrique	1	1 USIO et 2 USIH	15 USC adulte et 1 USC PEDIATRIQUE
Territoire de santé mosellan	4	2	1 USIH	12 USC adulte et 1 USC pédiatrique
Territoire de santé vosgien	0 à 1	1	0	5 USC adulte

OQOS (par FINESS géographique)	
OQOS IMPLANTATIONS REANIMATION ADULTE	
Territoire de santé meusien	1
Territoire de santé meurthe et mosellan	4
Territoire de santé mosellan	6
Territoire de santé vosgien	1
Région lorraine	12
OQOS IMPLANTATIONS REANIMATION PEDIATRIQUE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	1

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Diagnostic régional et territorial

1. Offre et besoins en SSR :

- Une offre en SSR inégale entre les territoires de santé :
 - En hospitalisation complète (HC), les écarts entre territoires de santé sont importants (Taux d'équipement à 1,24 pour la Meuse contre 2,14 pour les Vosges avec un taux moyen de 1,67 pour la Lorraine).
 - En hospitalisation de jour (HDJ), les Vosges ont une insuffisance de développement de places (0,07), au regard des 3 autres départements et du taux moyen régional (0,21).

- Les besoins :

Le taux de recours régional est légèrement inférieur au taux de recours national mais reste dans la médiane.

Le taux de recours meusien est très faible contrairement au taux vosgien : cela impose notamment des redéploiements internes régionaux pour conforter la Meuse et dans une moindre mesure la Moselle.

- Taille critique en SSR :

13 entités juridiques autorisées en SSR le sont avec de faibles capacités et volumes, nécessitant une réorganisation de l'offre dans le cadre d'une réflexion d'efficacité et d'accès aux soins.

L'offre au niveau du territoire vosgien doit être réorganisée : développement d'alternatives à HC en substitution de l'HC, réflexion sur les structures de faible capacité...

2. Fluidité des filières :

- Manque de coordination entre SSR ayant une mention spécialisée et SSR non spécialisés
- Manque de lisibilité de l'offre de soins en SSR pouvant notamment être amélioré par la mise en place de la plateforme régionale d'admission en SSR en lien avec la mise en place du Répertoire Opérationnel des Ressources.
- Difficultés d'accès en SSR ciblées :
 - sur certaines pathologies liées à des traitements lourds tels que dialyse, traitement du cancer
 - sur certains territoires de santé (Meuse)
- Filière d'aval :

Nécessité de travailler sur l'anticipation des sorties de SSR en passant par exemple par le projet thérapeutique individuel et sur la coordination avec le médico social notamment.

3. Filières par pathologie :

- Filière infantile :

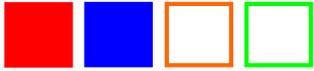
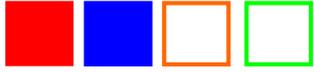
L'offre pour la prise en charge des enfants en HC se localise dans le sud de la région, le développement des relais par des alternatives à l'HC doit se poursuivre notamment dans le nord de la Lorraine.
- La filière cardiovasculaire (RCV) : Le maillage régional de l'offre de RCV par alternative à HC exclusive (SSR sans mention spécialisées) doit être plus complété.
- La filière neurovasculaire doit être fluidifiée
- Prise en charge des patients en état végétatif persistant :

Nécessité d'identifier une implantation sur la périphérie nancéenne.
- SSR basse vision et basse audition :

Le SSR basse vision et le SSR basse audition doivent couvrir les besoins régionaux.

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)									
IMPLANTATIONS SSR NON SPECIALISEES									
Territoire de santé meusien	5								
Territoire de santé meurthe et mosellan	26								
Territoire de santé mosellan	31								
Territoire de santé vosgien	19								
Total région Lorraine	81								
IMPLANTATIONS MENTIONS SPECIALISEES									
	App Loc	Syst. Nerveux	CV	PA	Respi	Met. Endoc. Dig.	Onco-Hémato	Brûlés	Addicto
Territoire de santé meusien	2	2	0	2	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	3 (dont 1 enfant)	3 (dont 1 enfant)	1	3	1	0	1	1 enfant	1
Territoire de santé mosellan	7	6	2	7	1	1	0	1 adulte	1
Territoire de santé vosgien	2	2	0	2	0	3 (dont 1 enfant)	0	0	0
Région lorraine	14 (dont 1 enfant)	13 (dont 1 enfant)	3	14	2	4 (dont 1 enfant)	1	2 (dont 1 enfant)	2
IMPLANTATIONS MENTIONS TRANSVERSALES									
Territoire de santé meusien	0								
Territoire de santé Meurthe et mosellan	3 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète)								
Territoire de santé mosellan	4 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)								
Territoire de santé vosgien	2 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète)								
Région lorraine	9								

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer l'accès des patients aux SSR	5.2 et 10.3
Fluidifier les filières par thématique	11.2
Améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire	11.1 et 11.2
Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR	6.1 ; 12.1 et 12.5
Restructurer l'offre en SSR	10.3

Objectif opérationnel SSR	Améliorer l'accès des patients aux SSR	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	<p>Déployer la plateforme régionale d'admission en SSR qui permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'affiner l'analyse des difficultés d'accès aux SSR grâce aux indicateurs de suivi de la plateforme régionale d'admission (analyse des refus d'admission, délais d'attente longs...) - d'améliorer la lisibilité de l'offre en SSR en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) <p>Les établissements devront s'engager dans cette démarche par contractualisation (CPOM)</p>	
Mesure n°2 	<p>Réorganiser l'offre en SSR pour permettre de répondre aux besoins ciblés notamment par les taux de recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit par redéploiement de l'activité SSR vers les territoires déficitaires - soit en augmentant l'activité en SSR - en prenant en compte la taille critique des services (optimum environ 30 lits) <p>Les territoires concernés sont la Meuse et les territoires de Moselle (taux de recours territorial < taux recours régional) sur les agglomérations thionvilloises, messines et la Moselle Est (taux de couverture < au taux de couverture régional)</p>	
Mesure n°3 	<p>Favoriser des entrées directes du domicile pour des patients déjà connus des services de SSR</p> <ul style="list-style-type: none"> - informer les médecins libéraux des possibilités existantes (nouveau dispositif) 	
Mesure n°4 	<p>Permettre des admissions en SSR tous les jours de la semaine.</p>	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	GCS télésanté	
Résultat attendu	Evolution des taux de recours par territoire de santé	Indicateur n° Evolution des taux de recours départementaux
Lien avec les autres thématiques des différents schémas		
Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)		
PRGDR		

Objectif opérationnel SSR	Fluidifier les filières par thématique
----------------------------------	---

1. Fluidifier la filière cardiovasculaire :

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°5 	Améliorer le maillage territorial des SSR non spécialisés proposant de la RCV en alternative à HC exclusive. Prévoir cette offre sur les secteurs suivants <ul style="list-style-type: none"> - Nord Meurthe et Mosellan - Sarreguemines - Ouest Vosgien. Les SSR non spécialisés proposant de la RCV en alternative à HC exclusive doivent être adossés à un service de cardiologie existant.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

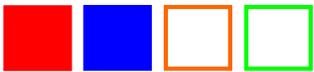
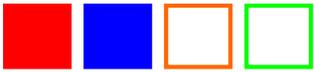
Résultat attendu	Offrir sur les territoires de santé ciblés une prise en charge de rééducation cardiovasculaire	Indicateur n° Mise en place de RCV dans ces territoires
-------------------------	--	--

2. Fluidifier la filière de réadaptation respiratoire :

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°6 	Améliorer le maillage territorial des SSR non spécialisés proposant de la réhabilitation respiratoire en alternative à HC exclusive. Les SSR non spécialisés proposant de la réhabilitation respiratoire en alternative à HC exclusive doivent être adossés à un service de pneumologue existant. Ces structures non spécialisées de la filière respiratoire doivent dans la mesure du possible être à proximité des SSR non spécialisés inscrits dans la filière cardiovasculaire (plateau technique commun)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

Résultat attendu	Permettre l'accès à la rééducation respiratoire sur chaque territoire de santé	Indicateur n° Avoir un service de rééducation respiratoire par TS
-------------------------	--	--

3. Fluidifier la filière neurologique :

Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°7 	Identifier une unité pour la prise en charge des EVP EPR sur la périphérie nancéienne au sein d'un SSR existant	
Mesure n°8 	Identifier des SSR en aval de chaque Unité Neurovasculaire. Pour les patients ayant des pathologies complexes dédier des lits dans les SSR avec mention spécialisée neurologie.	
Mesure n°9 	Poursuivre la réflexion pour la prise en charge des patients cérébrolésés avec troubles du comportement que ce soit pour la rééducation ou aval de celle-ci (en lien avec le médicosocial)	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Conseil général – psychiatries, psychologues	
Résultat attendu	Organiser la filière neurologique	Indicateur n° mise en place des 2 premières mesures

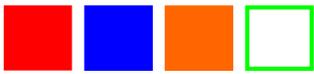
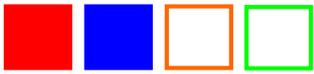
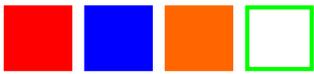
4. Fluidifier la filière infantile :

Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°10 	Développer les alternatives à l'hospitalisation complète en SSR : - en relais des prises en charge SSR pédiatriques en hospitalisation complète de la région - en formant des médecins MPR à la prise en charge infantile auprès des structures SSR recours.	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires		
Résultat attendu	Organiser à filière infantile	Indicateur n° augmenter les alternatives à l'hospitalisation

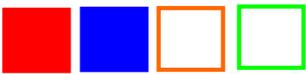
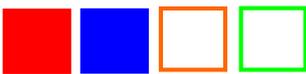
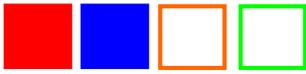
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets AVC, enfant et adolescents, cardiologie interventionnelle et réanimation, soins intensifs et unité de surveillance continue du SROS PRS.

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel SSR	Améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°11 	Coordonner les services sociaux des établissements de santé (de court séjour et SSR) pour favoriser la continuité des projets individualisés (pôle social référent...) : <ul style="list-style-type: none"> - élaborer le projet thérapeutique individuel en lien avec les structures d'aval - pourvoir du temps d'assistant du service social dans chaque SSR - renforcer le lien avec les conseils généraux et les MDPH : diffusion des critères de demande d'APA en urgence en fonction des départements afin de cibler ces demandes et diminuer le temps de traitement de ces dernières. Prise en compte des évaluations des équipes mobiles SSR par les MDPH,... Conventionnement entre SSR et EHPAD. 	
Mesure n°12 	Organiser la complémentarité entre SSR avec mention (affirmation de leur rôle de recours et d'expertise) et SSR non spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> - conventions à formaliser entre SSR pour préciser les rôles de chacun - organiser les possibilités de transfert, de consultations avancées... dans le cadre de la gradation des soins et d'une dynamique à impulser entre SSR avec mention et SSR non spécialisés par filière. 	
Mesure n°13 	Organiser la sortie du patient en lien avec les professionnels de santé libéraux et les structures médicosociales : <ul style="list-style-type: none"> - fiche type de liaison pour les MK check liste de sortie - indication d'HAD dans les cas lourds et complexes (ex : paraplégie) afin d'organiser le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions en assurant le relais de la prise en charge avec les intervenants libéraux - amélioration du lien avec les structures médico sociales dans le cadre de la plateforme régionale médicosociale mise en place par le GCS télésanté... 	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	GCS télésanté, conseil général, MDPH	
Résultat attendu	Amélioration du parcours du patient par une meilleure coordination des professionnels	Indicateur n° Augmentation des transferts entre SSR avec mentions et SSR non spécialisés
Lien avec les autres thématiques des différents schémas		
HAD du SROS PRS		
Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)		
PRGDR		

Objectif opérationnel SSR	Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR
----------------------------------	---

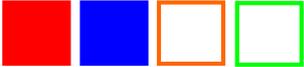
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°14 	Tenir régulièrement des réunions de synthèse documentées pour un suivi de qualité du projet thérapeutique du patient et en vue de préparer au mieux sa sortie
Mesure n°15 	Recueillir et éclairer le choix du patient dans l'orientation en SSR dans le cadre de la plateforme régionale d'admission en cohérence avec le projet thérapeutique.
Mesure n°16 	Rédiger un socle minimal régional de projet thérapeutique individuel en lien avec les professionnels de santé.
Mesure n°17 	Favoriser l'insertion professionnelle en passant convention avec des centres proposant une réadaptation professionnelle.
Mesure n°18 	Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles (recommandations HAS) et les décliner au niveau régional (ex : mise sous accord préalable en lien avec l'assurance maladie)
Mesure n°19 	Former les personnels aux prises en charge spécifiques (dialyse, traitement du cancer...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance maladie

Résultat attendu	Améliorer la prise en charge globale du SSR	Indicateur n° Taux d'orientation en SSR sur la thématique MSAP (indicateur GDR)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets Traitement du cancer, IRC et HAD du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PR GDR

Objectif opérationnel SSR	Restructurer l'offre en SSR
----------------------------------	------------------------------------

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°20 	Développer des alternatives à l'HC notamment par redéploiement de l'HC.
Mesure n°21 	Optimiser le fonctionnement des SSR de petite taille par regroupement ou redéploiement en préservant l'accès aux soins
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

Résultat attendu	Optimisation de l'efficacité des SSR avant passage en tarification T2A	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

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

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	Réorganisation de l'offre en SSR sur le territoire vosgien : <ul style="list-style-type: none"> Optimiser les structures existantes notamment celles ayant des faibles capacités Développement des alternatives à HC par redéploiement d'HC

OQOS (par FINESS géographique)									
OQOS IMPLANTATIONS SSR NON SPECIALISEES									
Territoire de santé meusien	4 à 5								
Territoire de santé meurthe et mosellan	25 à 26								
Territoire de santé mosellan	30								
Territoire de santé vosgien	17 à 19								
Région Lorraine	76 à 80								
OQOS IMPLANTATIONS MENTIONS SPECIALISEES									
	App Loc	Syst. Nerveux	CV	PA	Respi	Met. Endoc. Dig.	Onco-Hémato	Brûlés	Addicto
Territoire de santé meusien	2	2	0	2	0	0	0	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	3 (dont 1 enfant)	3 (dont 1 enfant)	1	3	1	0	1	1 enfant	1
Territoire de santé mosellan	7	6	2	7	1	1	0	1 adulte	1
Territoire de santé vosgien	2	2	0	2	0	3 (dont 1 enfant)	0	0	0
Région lorraine	14 (dont 1 enfant)	13 (dont 1 enfant)	3	14	2	4 (dont 1 enfant)	1	2 (dont 1 enfant)	2
OQOS IMPLANTATIONS MENTIONS TRANSVERSALES									
Territoire de santé meusien	1 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)								
Territoire de santé Meurthe et mosellan	3 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète)								
Territoire de santé mosellan	6 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)								
Territoire de santé vosgien	2 (en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète) et 1 (alternatives à l'hospitalisation complète exclusive)								
Région lorraine	13								

TRAITEMENT DU CANCER

Diagnostic régional et territorial

CONSTAT :

Le cancer en Lorraine se caractérise par :

- Une incidence en hausse avec un impact social important
12 830 nouveaux cas en 2005, soit + 2 % supplémentaire par an depuis 1980
localisation : poumon, V.A.D.S. (source : ORSAS)
- Une surmortalité par rapport à la moyenne nationale : 7%
4^{ème} région française par importance du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007)
Pour 100 000 habitants : France : 220 ; Lorraine : 238 (source : ORSAS)
Première cause de décès : 6 200 par an. Femmes : 24%, Hommes : 33%.
Disparité territoriale du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007) :
Meurthe-et-Moselle : 240, Meuse : 244, Moselle : 241, Vosges : 229
Extrêmes : Pays de Sarrebourg : 206, Pays du Bassin de Briey : 262
- Répartition des autorisations :

	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie et autres
Dép_54	29	8	4
Dép_55	7	2	0
Dép_57	39	12	6
Dép_88	13	3	1

LES ATOUTS DE LA REGION :

- Un réseau régional en cancérologie « ONCOLOR » identifié par l'INCa (coordination, bonnes pratiques et référentiels, RCP, formation, expertise et audits...)
- Equipement satisfaisant des centres de radiothérapie
- Couverture du territoire par l'ensemble des modalités de traitement
- Organisation du dispositif d'annonce

LES PISTES D'AMELIORATION :

- Démographie des professionnels de santé, notamment des oncologues et des spécialistes avec compétence ordinale (difficulté de primo-prescription des traitements spécifiques), des chirurgiens thoraciques...
- Le PRC
- Structuration des RCP de recours
- Recherche clinique régionale
- Mise à niveau des unités centralisées de préparation des chimiothérapies anticancéreuses(UCPC) : audit qualité ONCOLOR
- Coordination des soins et interface ville-hôpital

PERSPECTIVES :

- Mise en adéquation de l'offre de traitement du cancer, des résultats des visites de conformité et des besoins de la population
- Généralisation de l'ensemble des mesures du plan cancer 2
- Installation et évaluation des 3C
- Renforcement du dépistage et de la recherche
- Mise en place du PPS dans les sites autorisés
- Coordination ville-hôpital

Mise en place de la phase pilote dossier commun de cancérologie

Etat des lieux des implantations au 1/12/2011 (par FINESS géographique)							
IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ADULTE							
	Digestif	Urologique	Thoracique.	Mammaire.	Gynéco.	ORL	Hors seuil exclusif
Territoire de santé meusien	2	1	0	2	1	1	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	8	6	2	4	4	3	1
Territoire de santé mosellan	10	7	2	8	5	6	0
Territoire de santé vosgien	5	2	1	3	1	1	0
Région Lorraine	25	16	5	17	11	11	1
IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	2						
Territoire de santé meurthe et mosellan	8						
Territoire de santé mosellan	10						
Territoire de santé vosgien	3						
Région Lorraine	23						
IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe et mosellan	2						
Territoire de santé mosellan	3						
Territoire de santé vosgien	1						
Région Lorraine	6						
IMPLANTATIONS CURIETHERAPIE							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe et mosellan	1						
Territoire de santé mosellan	1						
Territoire de santé vosgien	0						
Région Lorraine	2						
IMPLANTATIONS Radioéléments en sources non scellées							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe et mosellan	1						
Territoire de santé mosellan	2						
Territoire de santé vosgien	0						
Région Lorraine	3						
IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ENFANT							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe et mosellan	1						

Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1
IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ENFANT	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1
IMPLANTATIONS CHIMIOOTHERAPIE ENFANT	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge	1.2 et 1.6 2.2
Objectif opérationnel Développer la coordination des acteurs	3.2 et 5.4 et 10.3 11.1 et 11.2
Objectif opérationnel Soutenir la démographie médicale	5.6

Objectif opérationnel Traitement du cancer	Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser l'accès à un diagnostic précoce, en améliorant le dépistage, en lien avec le SRP, et l'accès aux plateaux d'imagerie
Mesure n°2 	Promouvoir l'utilisation et l'implémentation des référentiels de bonnes pratiques : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la démarche de mise en œuvre et d'actualisation de ces référentiels, - Développer des RCP de recours - Améliorer la traçabilité du dispositif d'annonce dans le dossier patient
Mesure n°3 	Poursuivre la réflexion régionale en lien avec Oncolor sur l'optimisation de l'organisation de la chirurgie des cancers et de la chimiothérapie (en particulier primo-prescription) après analyse des besoins.
Mesure n°4 	Mettre en adéquation les sites autorisés au traitement du cancer avec les visites de conformité en prenant en compte des besoins de la population
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Sites autorisés, INCA ONCOLOR, H.A.S.

Résultat attendu	Adéquation entre les besoins et les sites autorisés. 3C : audit et analyse des tableaux de bord. RCP : audit	Indicateur n° Nombre de référentiels Développement des RCP de recours Délai de prise en charge
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SRP Volets imagerie, soins palliatifs, soins de support du SROS-PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan cancer

Objectif opérationnel Traitement du cancer	Développer la coordination des acteurs
---	---

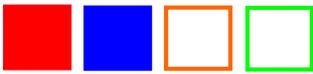
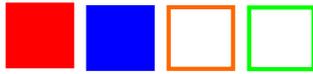
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Optimiser la coordination ville-hôpital : <ul style="list-style-type: none"> - Organiser le parcours de soins entre les acteurs et notamment avec les réseaux territoriaux - Mettre en place progressivement les Cellules d'Aide à l'Organisation des Soins de Proximité dans tous les établissements - Assurer la pleine information du médecin traitant afin d'asseoir son rôle de pivot dans la prise en charge et la surveillance du patient. - Identifier des professionnels de la coordination dans les établissements - Tenir compte des recommandations à venir pour le développement de la chimiothérapie en HAD - Généraliser le Plan Personnalisé de Soins.
Mesure n°2 	Conforter la position du pôle régional de cancérologie : <ul style="list-style-type: none"> - En termes de formation, recherche, innovation et recours - En lien avec Oncolor
Mesure n°3 	Améliorer la filière d'aval en formant le personnel des SSR à la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses.
Mesure n°4 	Améliorer la coordination des établissements autorisés au traitement du cancer : <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les 3C - Améliorer la coopération public/ privé
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	U.R.P.S. Oncolor, PRC

Résultat attendu	Augmentation des prises en charge des patients atteints de cancer en SSR Mise en place de CAOSP dans quelques établissements Evaluation des 3C PPS au plus tard 12 mois après l'installation des 3C	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS versant ambulatoire Volets HAD, soins palliatifs, soins de support, et SSR du SROS-PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Traitement du cancer	Soutenir la démographie médicale
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Recentrer les oncologues sur les traitements spécifiques du cancer : - transfert de tâches vers d'autres professionnels de santé (IDE, professionnels des soins oncologiques de support) pour permettre aux oncologues d'effectuer un nombre croissant de primo-prescriptions, et favoriser la recherche.
Mesure n°2 	Favoriser l'ouverture de postes d'internat en oncologie et radiothérapie et le maintien en région Lorraine des praticiens formés.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Université de Lorraine, Ordres professionnels, URPS

Résultat attendu	Augmentation du nombre d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	L'ensemble des objectifs et mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

OQOS (par FINESS géographique)							
OQOS IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ADULTE							
	Digestif	Urologique	Thoracique.	Mammaire.	Gynéco.	ORL	Hors seuil exclusif
Territoire de santé meusien	2	1	0	1 à 2	1	0	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	6 à 8	4 à 5	2	4	4	3	1
Territoire de santé mosellan	8 à 9	7	1 à 2	6 à 7	3 à 4	4 à 5	0
Territoire de santé vosgien	3 à 5	1 à 2	1	2 à 3	1	0	0
Région Lorraine	19 à 24	13 à 15	4 à 5	13 à 16	9 à 10	7 à 8	1
OQOS IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	1 à 2						
Territoire de santé meurthe et mosellan	5 à 8						
Territoire de santé mosellan	8 à 9						
Territoire de santé vosgien	2 à 3						
Région Lorraine	16 à 22						
OQOS IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe et mosellan	2						
Territoire de santé mosellan	2						
Territoire de santé vosgien	1						
Région Lorraine	5						
OQOS IMPLANTATIONS CURIETHERAPIE							
Territoire de santé meusien	0						

Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	2
OQOS IMPLANTATIONS Radioéléments en sources non scellées	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	2
OQOS IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ENFANT	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1
OQOS IMPLANTATIONS RADIOTHERAPIE ENFANT	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1
OQOS IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ENFANT	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	0
Territoire de santé vosgien	0
Région Lorraine	1

Thématiques structurantes de l'offre de soins

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Diagnostic régional et territorial

Pour répondre aux orientations nationales et régionales de développement d'HAD polyvalentes et généralistes, les autorisations pour couvrir l'ensemble de la région Lorraine ont été données (18 HAD autorisées).

Une autorisation d'activité d'HAD en psychiatrie avait été donnée au CPN, mais l'établissement a cessé cette activité.

Si le nombre d'HAD installées a nettement augmenté (4 en 2001 à 16 en 2011), la couverture du territoire n'est pas complète. Ce constat est en partie lié à des difficultés de montée en charge d'activités de structures dont certaines ont prévu l'installation d'antennes, à une autorisation non effective sur le Lunévillois et des HAD gardant encore des activités spécifiques (HAD périnatale de Bitche, HAD à orientation soins de suite gériatrique de l'OHS)

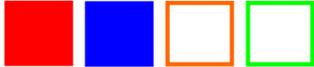
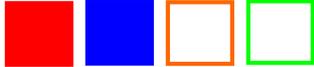
La majorité des HAD ayant une activité en périnatalité sont devenues des HAD polyvalentes tout en conservant leur activité spécialisée et en l'orientant vers la prise en charge des grossesses à risque et de post partum pathologiques, le suivi en post partum physiologique de sortie précoce pouvant être assuré par des professionnels libéraux.

La connaissance et le positionnement de l'HAD dans la filière de soins restent à conforter tant auprès des acteurs hospitaliers, médico-sociaux que des professionnels libéraux et de la population. Le nombre d'intervention d'HAD en EHPAD est très faible.

Les faibles densités de professionnels libéraux tant médicaux que paramédicaux sur de nombreux secteurs constituent un frein au développement des interventions des structures d'HAD à distance de leur site d'implantation.

L'état des lieux des implantations d'HAD 2011 peut être consulté dans le volet médecine.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel N°1 : Optimiser le maillage territorial pour assurer une couverture de l'ensemble de la région	Priorité 2 Objectif 5.2 Priorité 4 Objectif 10.3
Objectif opérationnel N°2: Améliorer la qualité et la sécurité des soins	Priorité 4 Objectif 12.1
Objectif opérationnel N°3: Améliorer le recours à l'HAD	Priorité 3 Objectif 8.2 Priorité 4 Objectif 10.1, 10.2
Objectif opérationnel N°4: Inscrire les HAD dans les filières de soins	Priorité 4 Objectifs 11.1, 12.1

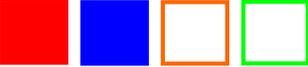
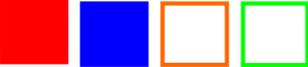
Objectif opérationnel HAD	Optimiser le maillage territorial pour assurer une couverture de l'ensemble de la région
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Installer des HAD généralistes et polyvalentes sur les territoires non pourvus (territoires de Sarreguemines et Lunéville) Mettre en place les antennes prévues aux autorisations délivrées.
Mesure n°2 	Réviser et préciser : <ul style="list-style-type: none"> • certaines zones géographiques d'intervention (en particulier sur les territoires de la Meurthe et Moselle et de l'Est-Mosellan) • le positionnement de certaines HAD
Mesure n°3 	Favoriser l'installation d'antennes en s'appuyant sur des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires pour répondre aux besoins de populations éloignées du siège de l'HAD
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé, structures d'HAD Représentants des professionnels de santé libéraux FEMALOR

Résultats attendus	<p><u>Mesure 1</u> Couvrir les territoires actuellement non pourvus sur lesquels une implantation est prévue et adosser aux structures existantes des antennes en zones rurales pour organiser une accessibilité à une prise en charge en HAD sur l'ensemble de la Région Lorraine.</p> <p><u>Mesure 2</u> : toutes les autorisations devront indiquer une zone d'intervention précise afin de garantir le maillage territorial</p> <p><u>Mesure 3</u> : Coordination effective des structures d'HAD d'un même territoire (METZ, NANCY) en formalisant les coopérations entre structures d'HAD.</p> <p><u>Mesure 4</u> : installation effective des antennes prévues aux autorisations en zone rurale pour permettre l'accessibilité à une prise en charge en HAD</p>	<p>Indicateur n°1: Taux de recours départemental.</p> <p>Indicateur n°2: Nombre de journées/10 000 habitants</p> <p>Indicateur n°3: file active de patient</p>
---------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet ambulatoire du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel HAD	Améliorer la qualité et la sécurité des soins	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Inscrire au CPOM des établissements MCO et SSR un engagement sur le recours à l'HAD et l'amélioration des conditions de sorties en HAD (anticipation...) Formaliser systématiquement les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de Soins à Domicile (SSIAD) pour améliorer la continuité de la prise en charge.	
Mesure n°2 	Développer les outils de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) dans le cadre du programme régional de déploiement de la télémédecine pour faciliter la PEC en HAD notamment en zone rurale et sur les territoires à faible densité de professionnels	
Mesure n°3 	Développer les systèmes d'information partagés : - outil commun de demande d'admission, - dossier patient informatisé permettant l'accès des différents acteurs. Une fiche d'information standardisée doit être rédigée permettant la mutualisation des astreintes des médecins coordonnateurs	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	GCS Télésanté	

Résultat attendu	<u>Mesure N°1</u> : Formalisation des coopérations entre les HAD et les SSIAD de leurs territoires	Indicateur n°1: - taux de structures ayant une application de télémédecine
	<u>Mesure N°2</u> : mise en œuvre des solutions de télémédecine	Indicateur n°2: - taux de conventions entre HAD et SSIAD
	<u>Mesure N°3</u> : mise en place d'un système d'information partagé	Indicateur N°3: - taux de ré hospitalisation dans le cadre de la prise en charge en HAD

avec Lien les autres thématiques des différents schémas

SROS PRS volet médecine d'urgence et PDSA

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

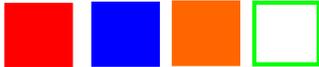
Objectif opérationnel HAD	Améliorer le recours à l'HAD
----------------------------------	-------------------------------------

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser par département des réunions d'informations auprès des EHPAD compte tenu du faible niveau d'activité d'HAD en EHPAD
Mesure N°2 	Développer un répertoire partagé des structures d'HAD en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources afin de faciliter la connaissance de l'offre en HAD auprès de tous les professionnels de santé
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	GCS Télésanté, Conseils généraux

Résultat attendu	<u>Mesure N°1</u> : Augmentation de l'activité globale en HAD avec augmentation de la part d'activité en EHPAD	Indicateur n° 1: Nombre de journées de prise en charge HAD en EHPAD
	<u>Mesure N°2</u> : <u>Création</u> d'un répertoire partagé opérationnel	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel HAD	Inscrire les HAD dans les filières de soins	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	- Positionner les structures d'HAD dans la (les) filière(s) gériatrique(s) de leur territoire d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> - Engagement au CPOM des structures d'HAD de conventionnement avec toutes les EHPAD du territoire d'intervention - Parallèlement engagement de conventionnement des EHPAD avec les HAD dans le cadre de la convention tripartite 	
Mesure n°2 	- Recentrer les prises en charge en périnatalité sur le suivi des grossesses à risque et des suites de couches pathologiques dès lors qu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge ambulatoire. (cf. circulaire de 2004 et recommandations de l'HAS d'avril 2011).	
Mesure n°3 	- Organiser les interventions en soins palliatifs en HAD en lien avec les réseaux territoriaux et les EMSP (pour les expertises techniques, les questions éthiques, la formation,...)	
Mesure n°4 	- Développer les prises en charge HAD de patients relevant de SSR notamment pour organiser un relai avec les intervenants libéraux dans les cas de handicap lourd (paraplégie, accidents vasculaires cérébraux, maladies neuro-dégénératives...)	
Mesure n°5 	- Initier le développement au sein d'HAD polyvalente d'activité spécialisée en pédiatrie sur des secteurs à forte densité de population (sillon lorrain) et répondant au cahier des charges de la circulaire de 2004 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une expérimentation sur NANCY avec l' HADAN et METZ HADAM) 	
Mesure n°6 	- Tenir compte des recommandations à venir (HAS / INCA) pour le développement de la chimiothérapie en HAD.	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Réseaux Régionaux (ONCOLOR, PERINAT...) et réseaux territoriaux	
Résultat attendu	<p><u>Mesure N°1</u> : participation de toutes les HAD à la filière gériatrique de leur territoire-</p> <p><u>Mesure N°2</u> : Diminution du nombre de prise en charge en post partum physiologique</p>	<p>Indicateur n° 1: - taux de conventions entre structures d'HAD et EHPAD</p> <p>Indicateur N°2:</p>

	<p><u>Mesure N°3</u> : formalisation de liens avec les réseaux</p> <p><u>Mesure N°4</u> : faciliter le retour à domicile tout en assurant la continuité de la prise en charge SSR en post séjour hospitalier HC</p> <p><u>Mesure N°5</u> : Développement d'activité spécialisée pédiatrique en HAD sur 1 ou 2 HAD. Privilégier la prise en charge des enfants au domicile, raccourcir les séjours hospitaliers infantiles.</p> <p><u>Mesure N°6</u> : développement de la prise en charge en HAD des chimiothérapies au domicile.</p>	<p>- taux d'évolution du nombre de prise en charge spécialisées au sein des HAD, périnatalité, pédiatrie, SSR.</p> <p>Indicateur N°3:</p> <p>- taux de chimiothérapie réalisée au domicile par les HAD</p>
--	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROMS
 SROS PRS volets Périnatalité, Soins Palliatifs, Cancérologie, Soins de suite et réadaptation
 Thématique transversale « santé de l'enfant et de l'adolescent »,

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre effective d'une HAD polyvalente sur le Lunévillois • Revoir positionnement de l'HAD de l'OHS
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de l'antenne de SAINT MIHIEL. • Au total : 2 antennes chacune rattachée à une HAD
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre effective d'une HAD polyvalente sur le territoire de Sarreguemines • Accompagner le devenir de l'HAD de Gorze (faible activité, proximité de l'agglomération messine, coordination médicale déjà assurée par l'HAD de l'agglomération de Metz, HADAM) • Au total : 3 antennes chacune rattachée à une HAD
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> • Mise des places des antennes d'HAD (Vittel, Saint-Dié et Remiremont) • 2 antennes rattachées à l'HAD de Gérardmer et 1 antenne rattachée à l'HAD de l'ouest vosgien (HADOV)

Les OQOS HAD seront détaillés dans le volet médecine.

TRANSFUSION SANGUINE**Diagnostic régional et territorial****Contexte**

- Selon les recommandations DGOS DGS EFS de janvier 2011 : « regrouper sur les lieux de délivrance des PSL, les activités d'immun hématalogie transfusionnelle et de délivrance des PSL »
- Sans service d'accueil des urgences ou maternité ou chirurgie hautement hémorragique, pas de dépôt dans l'établissement de santé.
- En 2010, 20 000 patients transfusés en Lorraine pour 100 000 produits sanguins labiles (PSL) soit 5 PSL transfusés par patients
- 54 Etablissements de Santé transfuseurs
- la délivrance de PSL est réalisée à 75% par les 4 sites transfusionnels et les 25% restants par les 25 dépôts de sang.

Points forts

- Tous les dépôts devant informatisés le sont
- Le taux de traçabilité des TSL est à 99,91 % (au-dessus du taux national)
- Toutes les maternités en Lorraine ont la possibilité d'avoir un PSL dans les 30 minutes.
- la sécurité de prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et aux groupes sanguins rares est organisée cependant la généralisation reste à conforter.

Pistes de progrès

- 4 sites transfusionnels EFS (dont 3 avec réalisation de l'IHR) qui réalisent 75% de la délivrance de PSL : nécessité de réaliser l'IHR par les 4 sites EFS.
- 1 site transfusionnel EFS supplémentaire en Moselle-Est réalisant l'IHR pour sécuriser l'ensemble des dépôts.
- Limiter le nombre dépôts de délivrance pour ne pas multiplier les stocks de PSL en dehors des sites transfusionnels (source de destruction importante)
- Une disparité entre établissements est notée dans l'indication des examens d'IHR
- **une organisation de la transfusion sanguine à conforter en lien avec:**
 - les restructurations de l'offre sanitaire
 - les regroupements de laboratoires suite à l'ordonnance de la biologie médicale
 - le déménagement d'un site de l'EFS à Nancy (de la rue Lionnois au boulevard Lobau)

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Améliorer la qualité et la sécurité des délivrances des PSL en Lorraine	OS 12.1 et 12.5
Objectif opérationnel Prendre en compte les restructurations de l'offre sanitaire et l'organisation de la délivrance dans les implantations de dépôts	OS 12.3
Objectif opérationnel Sécuriser la prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et/ou groupes sanguins rares	OS 11.2, 12.1 et 12.5

Objectif opérationnel Transfusion sanguine	Améliorer la qualité et la sécurité des délivrances des PSL en Lorraine
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Privilégier la délivrance des PSL par les sites transfusionnels - en limitant le nombre de dépôts de délivrance dans les établissements de santé
Mesure n°2 	Regrouper sur les sites de délivrance de PSL les activités de l'immuno-hématologie clinique (groupe sanguin...)
Mesure n°3 	S'assurer de la pertinence des prescriptions d'IHC - en informatisant les prescriptions permettant d'avoir un suivi du nombre d'IHC prescrit annuellement en regard du nombre de transfusion. - en sensibilisant les prescripteurs et établissements ciblés
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	EFS, Assurance Maladie

Résultat attendu	Organiser la délivrance des PSL en lorraine	Indicateur n° Ne pas dépasser le plafond 9 dépôts de délivrance en lorraine
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS – Volet biologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Transfusion sanguine	Prendre en compte les restructurations de l'offre sanitaire et l'organisation de la délivrance dans les implantations de dépôts
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Adapter les implantations de dépôt à l'évolution de l'offre sanitaire et de l'organisation de la délivrance : <ul style="list-style-type: none"> • Créer un dépôt d'urgence à la maternité régionale de Nancy • Evolution du dépôt de délivrance de Mont St Martin en dépôt d'urgence • Maintien du site EFS d'Epinal avec réalisation des IHR • Création d'un site de délivrance couplé à la réalisation des IHR en Moselle-est
Mesure n°2 	Conforter et sécuriser la délivrance des PSL sur le nouveau site de l'EFS Lobau
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	EFS

Résultat attendu	Organisation de l'implantation des dépôts	Indicateur n° Mise en œuvre des 3mesures (Maternité régionale, Mt St Martin et EFS Epinal)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS – Volet biologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Transfusion sanguine	Sécuriser la prise en charge des femmes enceintes ayant des RAI positives et/ou groupes sanguins rares
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Adresser à l'EFSLC, toutes les RAI positives des parturientes (pendant toute la durée de la grossesse) pour identification et titrage des anticorps.
Mesure n°2 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Adresser à l'EFSLC toutes les RAI du 8 ^{ème} mois de grossesse.
Mesure n°3 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Orienter à la maternité régionale, dans la mesure du possible, ces femmes enceintes pour l'accouchement
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	EFSLC, maternités

Résultat attendu	Augmentation des RAI effectuées par EFS au 8 ^{ème} mois de grossesse	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PRS – volet Périnatalité

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	Tous les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional.
Territoire de la Meurthe et Moselle	Création d'un dépôt d'urgence à la maternité régionale de Nancy Evolution du dépôt de délivrance de Mont St Martin en dépôt d'urgence
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	Création d'un site EFS de délivrance avec réalisation des IHR en Moselle-est
Territoire des Vosges	Maintien du site EFS d'Epinal avec réalisation des IHR

Qualité de prise en charge

DOULEUR

Diagnostic régional et territorial

CSP art. L11105- 5 : la douleur doit être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

La douleur est présente à tous les niveaux du parcours de soins des patients : au niveau du diagnostic, de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, des traitements thérapeutiques et des soins palliatifs, en milieu hospitalier, institutionnel et au domicile. Elle concerne tous les patients enfants adultes personnes âgées ou personnes ayant un handicap. Tous les établissements de santé de la région ont créé un CLUD ou signé une convention avec un CLUD existant mais les réflexions du comité doivent être relayées dans les différents services.

La douleur post-opératoire semble un frein au développement de la chirurgie ambulatoire.

Structures de prise en charge de la douleur chronique :

- 4 unités : CHU Nancy (neurologie, migraines et céphalées), CHU (pédiatrie), CAV (oncologie) et HPMetz (orthopédie)
- 8 consultations : CHR (Metz et Thionville), Hospitalor à Forbach, CH Robert Pax à Sarreguemines, CH Verdun, Polyclinique Gentilly-Nancy, CH Epinal et CH Saint-Dié

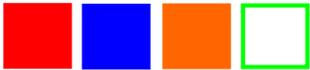
L'instruction du 19 mai 2011 vise à simplifier et graduer l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique. Le dispositif actuel est composé de 4 unités et 8 consultations. Les nouvelles dispositions proposent :

- En premier recours des consultations pour des besoins de proximité : 1 en 54, 1 en 55, 2 en 88 et 4 en 57
- En second niveau des centres pour une prise en charge pluridisciplinaire : avec accès à un plateau technique, des lits d'hospitalisation, un appui pour les cas complexes, une participation aux recherches cliniques, à l'enseignement et au recueil de données épidémiologiques. – 54 3 centres : en oncologie (CAV), en pédiatrie (CHU Brabois) et au CHU de Nancy (consultation migraine et céphalées) et 57: 1 centre à HPMetz (orthopédie).

Les soignants investis dans la prise en charge de la douleur chronique ont besoin d'être soutenus : ils évoquent les problèmes de pérennité de leurs structures liés aux difficultés de recrutement et aux moyens mis à leur disposition. Délais de rendez-vous à diminuer sans altérer la qualité de la prise en charge.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Refuser la douleur comme une fatalité	12.1 et 10.2 3.1 et 5.4
Objectif opérationnel Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique et identifier leurs compétences spécifiques	10.3 12.1 et 12.3

Objectif opérationnel Douleur	Refuser la douleur comme une fatalité
---	--

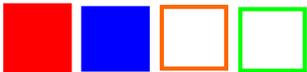
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Continuer à sensibiliser à la prise en charge de la douleur les professionnels de santé, du secteur hospitalier, du médico-social et du domicile, après des actes thérapeutiques ou chirurgicaux, notamment aux urgences et pour la sortie de chirurgie ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la formation à la prise en charge de la douleur, lors des formations initiales des professionnels de santé (médicaux ou non médicaux) - Développer cette prise en charge dans les formations continues
Mesure n°2 	Réaffirmer le rôle du CLUD en matière de prise en charge de la douleur aiguë : <ul style="list-style-type: none"> - identifier ses membres qui sont l'interface avec leur service d'appartenance - identifier des personnes ressources "douleur" au niveau des services
Mesure n°3 	Accorder une vigilance particulière aux personnes vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les personnes présentant un handicap ou un trouble psychique, les personnes en état végétatif)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé et médico-sociaux – Professionnels de santé – Médecins du Travail et médecins conseils assurance maladie Université de Lorraine – Instituts de formation

Résultat attendu	Amélioration de la prise en compte de la douleur aux urgences ou en chirurgie ambulatoire	Indicateur n° Augmentation du nombre de personnes formées
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS – PRS : tous les volets thématiques et transversaux SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan anti-douleur 2006-2010

Objectif opérationnel Douleur	Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique et identifier leurs compétences spécifiques
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Labelliser les structures de prise en charge conformément au cahier des charges après évaluation des structures existantes - Identifier leurs compétences spécifiques : prises en charge médicamenteuses, non-médicamenteuses, physiques ou psycho-corporelles
Mesure n°2 	Réaliser un annuaire régional des structures, de leurs modalités spécifiques de fonctionnement et de leurs spécificités
Mesure n°3 	Communiquer avec les ordres des professionnels de santé sur le rôle des structures de prise en charge de la douleur chronique
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé et médico-sociaux Professionnels de santé – Ordres des professionnels de santé

Résultat attendu	Améliorer la lisibilité de l'offre de la prise en charge de la douleur	Indicateur n° Annuaire régional des structures d'études et de traitement de la douleur chronique Diminuer les délais de rendez vous pour une consultation douleur chronique
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan anti-douleur 2006-2010

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Tous les objectifs et mesures (exceptées celles citées ci-dessous) se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> 3 centres d'étude et de traitement de la douleur chronique : pédiatrie (CHU hôpital enfants), oncologie (CAV), migraine et céphalées (CHU Nancy) 1 consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique à Nancy
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> 1 consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique au CH de Verdun
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> 1 centre d'étude et de traitement de la douleur chronique : orthopédie (Hôpitaux Privés Metz) 4 consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique : CHR (Metz et Thionville), CH Sarreguemines et Hospitalor à Forbach
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> 2 consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique au CH d'Epinal et au CH de Saint-Dié

LES SOINS DE SUPPORT

Diagnostic régional et territorial

La mesure 42 du Plan Cancer prévoit le développement des soins de support : soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long de leur maladie.

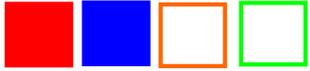
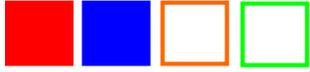
Les soins de support répondent aux besoins des patients et de leur entourage pour prendre en compte principalement : la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels et digestifs, la prise en charge psychologique, l'accompagnement social, la réadaptation fonctionnelle et les soins palliatifs.

Dans le cadre des visites de conformité liées aux autorisations de traitement du cancer, il convenait de s'assurer de l'effectivité d'une organisation (sur site ou par convention avec un autre établissement) assurant aux patients l'accès à des soins de support, conformément aux dispositions du décret n° 2007-388 du 21 mars 2007.

Les 32 sites ayant une activité de traitement du cancer recensés dans la région proposent des soins de support à leurs patients.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel Assurer la meilleure qualité de vie à toute personne atteinte de maladies chroniques	11.1 et 11.2 et 11.3 2.2

Objectif opérationnel Soins de support	Assurer la meilleure qualité de vie à toute personne atteinte de maladies chroniques
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Proposer des soins de support pour accompagner le patient dès l'annonce du diagnostic
Mesure n°2 	Coordonner autour du patient la prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle tout au long de son parcours de soin. Assurer la continuité des soins en associant les médecins traitants et tous les professionnels intervenant auprès des patients à domicile (libéraux, pharmaciens, HAD, autres professionnels du domicile...) Mettre en place des cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité (permanence téléphonique)
Mesure n°3 	Etendre cette prise en charge à d'autres maladies chroniques grâce notamment à la collaboration entre réseaux
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements de santé Professionnels de santé libéraux Réseaux

Résultat attendu	Permettre une prise en charge globale de tout patient porteur d'une maladie chronique	Indicateur n° Nb de consultations d'annonce/nb de patients présentant une pathologie cancéreuse
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SROS Hospitalier volets HAD, traitement du cancer
SROS ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer 2009-2013

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• L'objectif et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	