

II.5. ANNEXES

II.5.d. Annexes relatives au SROS-PRS

SOMMAIRE

Volet ambulatoire.....	2
Volet Hospitalier	141

VOLET AMBULATOIRE

« Diagnostic détaillé »

Définitions

Soins de premier recours

Code de santé publique - Chapitre Ier bis : Organisation des soins - Article L1411-11

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé.

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

Soins de second recours

Code de santé publique - Chapitre Ier bis : Organisation des soins - Article L1411-12

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36

« Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

Centres de santé

Code de santé publique - Chapitre III : Centres de santé - Article L6323-1

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire (1).

NOTA:

(1) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 article 131 XI : Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010. »

Maisons de santé

Code de santé publique - Chapitre III bis : Maisons de santé - Article L6323-3

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44 (M)

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 39

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Circulaire NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Suite au souhait du Président de la République, exprimé le 9 février 2010 en clôture des Assises des Territoires Ruraux, d'un financement de 250 maisons de santé d'ici 2013, et d'un doublement corollaire de leur nombre, le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) a décidé le 11 mai 2010 le lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

La circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 confirme l'accompagnement financier de l'Etat sur les programmes d'investissement des maisons de santé et précise les modalités de mise en œuvre du plan national d'équipement.

Au plan local, le Préfet de Région et le Directeur Général de l'ARS doivent mettre en place un comité de sélection régional chargé de retenir les projets qui bénéficieront d'un financement de l'Etat pour la part investissement. Ce comité associe le conseil régional, les conseils généraux, les préfectures de département, les représentants des professionnels de santé, un représentant des maires et des présidents d'EPCI à fiscalité propre par département.

Les dossiers finalisés retenus doivent satisfaire deux critères d'éligibilité :

- d'une part, être conforme au cahier des charges des maisons de santé pluridisciplinaires du ministère de la santé et annexé à la circulaire visée,
- d'autre part, s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS.

Pôles de santé

Code de santé publique - Chapitre III ter : Pôles de santé- Article L6323-4

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Réseaux de santé

Code de santé publique - Chapitre Ier : Réseaux de santé - Article L6321-1

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 JORF 6 septembre 2003

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Télé médecine

Code de santé publique - Chapitre VI : Télé médecine - Article L6316-1

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 78

« La télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télé médecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

I. Données géographiques, démographiques et de santé de la population

I.a. Contexte : des disparités importantes

I.a.1. Une région frontalière

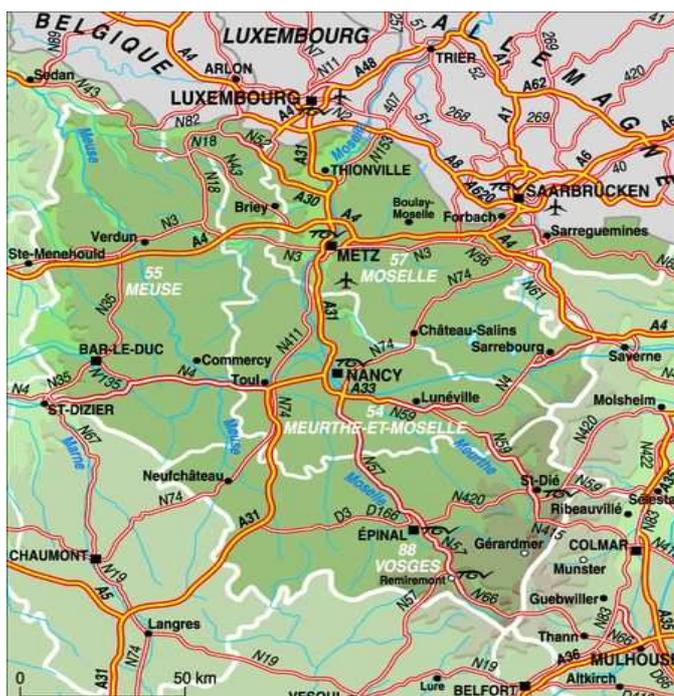
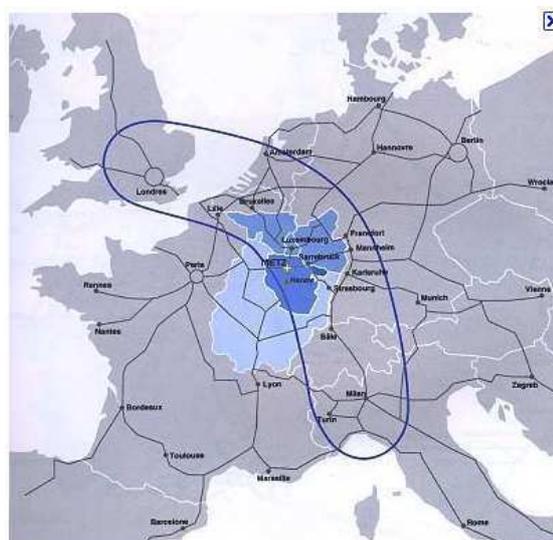
La Lorraine s'étend sur 23 547 m², ce qui la place au 13^{ème} rang des régions françaises en termes de superficie.

La région est composée de 4 départements : les départements de Meurthe-et-Moselle (5246 km²) et de Moselle (6216 km²) sont plus fortement urbanisés, au contraire des départements de la Meuse (5874 km²) et des Vosges (6216 km²) plus ruraux.

Son territoire, d'une centaine de kilomètres de large, s'insère entre les forêts de l'Argonne et le massif vosgien. Le plateau lorrain, découpé par des cours d'eau et caractérisé par des lignes de côtes parfois précédées de buttes-témoins, s'élève à une altitude proche de 400 mètres, culminant à 1 364 mètres dans les Vosges (Le Honeck).

La Lorraine est la seule région française à partager des frontières avec trois pays : la [Belgique](#) ([Région wallonne](#)), le [Luxembourg](#) et l'[Allemagne](#) (Länder de la [Sarre](#) et de [Rhénanie-Palatinat](#)). Elle jouxte également trois régions françaises : l'[Alsace](#) à l'est, la [Champagne-Ardenne](#) à l'ouest et [Franche-Comté](#) au sud.

La Lorraine occupe ainsi une localisation géographique privilégiée, située de ce fait à proximité du centre du croissant de [conurbation](#) européenne qui s'étend de la région de Londres ([Angleterre](#)) à la [Toscane](#) ([Italie](#)), en passant par le couloir rhénan.



I.a.2. Un contexte démographique et social contrasté

I.a.2.1. Un regain démographique modeste qui profite principalement aux espaces déjà densément peuplés

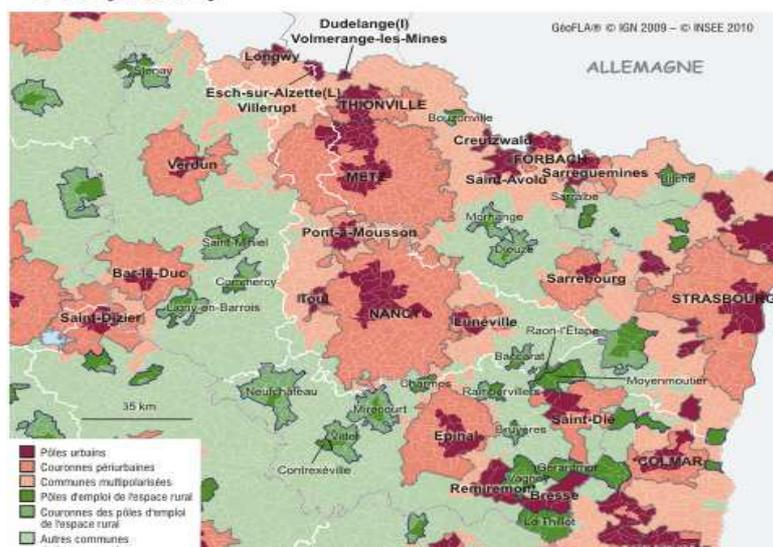
La Lorraine compte 2 348 000 habitants au 1^{er} janvier 2009. Représentant 3,6% de la population française, la Lorraine se place ainsi au 10^{ème} rang des régions françaises en termes de population.

S'ils sont relativement peu différents en superficie, les quatre départements lorrains se trouvent très différemment peuplés : 729 768 habitants en Meurthe-et-Moselle en 2008 (31% de la population régionale), 194 218 en Meuse (8,3% de la population régionale), 1 042 430 en Moselle (44,4% de la population régionale), 380 145 dans les Vosges (16,2% de la population régionale).

« Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent, comme en France métropolitaine, près d'un habitant sur six. » (source : Economie Lorraine n° 205-206 – février 2010 – INSEE).

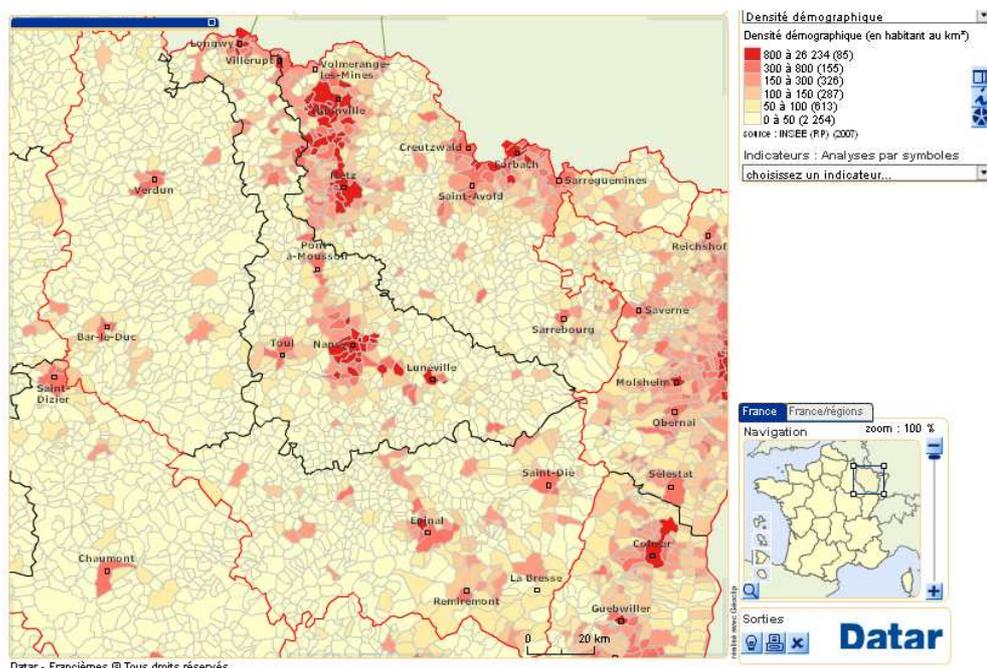
Huit lorrains sur dix résident donc dans l'espace à dominante urbaine. Cinq aires urbaines lorraines comptent plus de 100 000 habitants : Metz, Nancy, Thionville, Forbach et Hagondange-Briey.

:: Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)



I.a.2.1.1. Une concentration spatiale de la population en « T inversé »

La répartition spatiale de la population lorraine forme un « T inversé ».



La plus grande partie de la population est en fait concentrée le long du « sillon mosellan » (qui s'étend du massif des Vosges au sud, aux marches du Luxembourg, de la Belgique et de l'Allemagne au nord, et traverse les villes d'Epinal, Nancy, Metz et Thionville) et autour de Forbach. Une zone de plus forte concentration s'étire également au sud de la Meurthe-et-Moselle, du lunévillois au toulois.

La densité de population (98 habitant par km²) est inférieure à la moyenne métropolitaine (108). Elle masque de surcroît de grandes disparités de répartition spatiale ; selon les départements, la densité de population varie de 30 hab./km² en Meuse et 167 hab./km² en Moselle.

Age	Population 2006	Meurthe-et-Moselle*	Meuse*	Moselle	Vosges*	Lorraine	France métropolitaine
0-19	Effectif	179 657	48 191	251 049	92 387	571 284	15 272 975
	Densité (hab./km ²)	34,9	7,6	40,4	15,7	24,3	28,1
	Part	24,8%	24,8%	24,2%	24,3%	24,5%	24,7%
20 - 59	Effectif	396 904	102 850	575 216	198 648	1 273 619	33 126 570
	Densité (hab./km ²)	77,0	16,3	92,5	33,8	54,1	60,9
	Part	54,7%	53,0%	55,5%	52,3%	54,5%	53,6%
60 - 74	Effectif	91 715	25 606	135 375	53 544	306 241	8 135 266
	Densité (hab./km ²)	17,8	4,1	21,8	9,1	13,0	15,0
	Part	12,6%	13,2%	13,1%	14,1%	13,1%	13,2%
75 - 84	Effectif	44 795	13 624	60 699	26 931	146 050	3 948 148
	Densité (hab./km ²)	8,7	2,2	9,8	4,6	6,2	7,3
	Part	6,2%	7,0%	5,9%	7,1%	6,3%	6,4%
85 et plus	Effectif	12 142	3 760	14 440	8 224	38 566	1 312 048
	Densité (hab./km ²)	2,4	0,6	2,3	1,4	1,6	2,4
	Part	1,7%	1,9%	1,4%	2,2%	1,7%	2,1%
Total	Effectif	725 215	194 031	1 036 780	379 734	2 335 759	61 795 007
	Densité (hab./km ²)	140,7	30,8	166,8	64,7	99,2	113,6

* Les populations totales des départements de la Meuse, Meurthe-et-Moselle et des Vosges correspondent à l'agrégation de plusieurs TSP et ne respectent pas complètement les limites départementales.

Ces différences sont encore plus marquées par territoire de santé de proximité.

I.a.2.1.2. Un regain démographique accompagnant un mouvement de périurbanisation

Après une longue période de stagnation, la Lorraine renoue avec une croissance démographique (+0,2% l'an entre 1999 et 2006) mais nettement inférieure à la moyenne métropolitaine (+0,7% l'an).

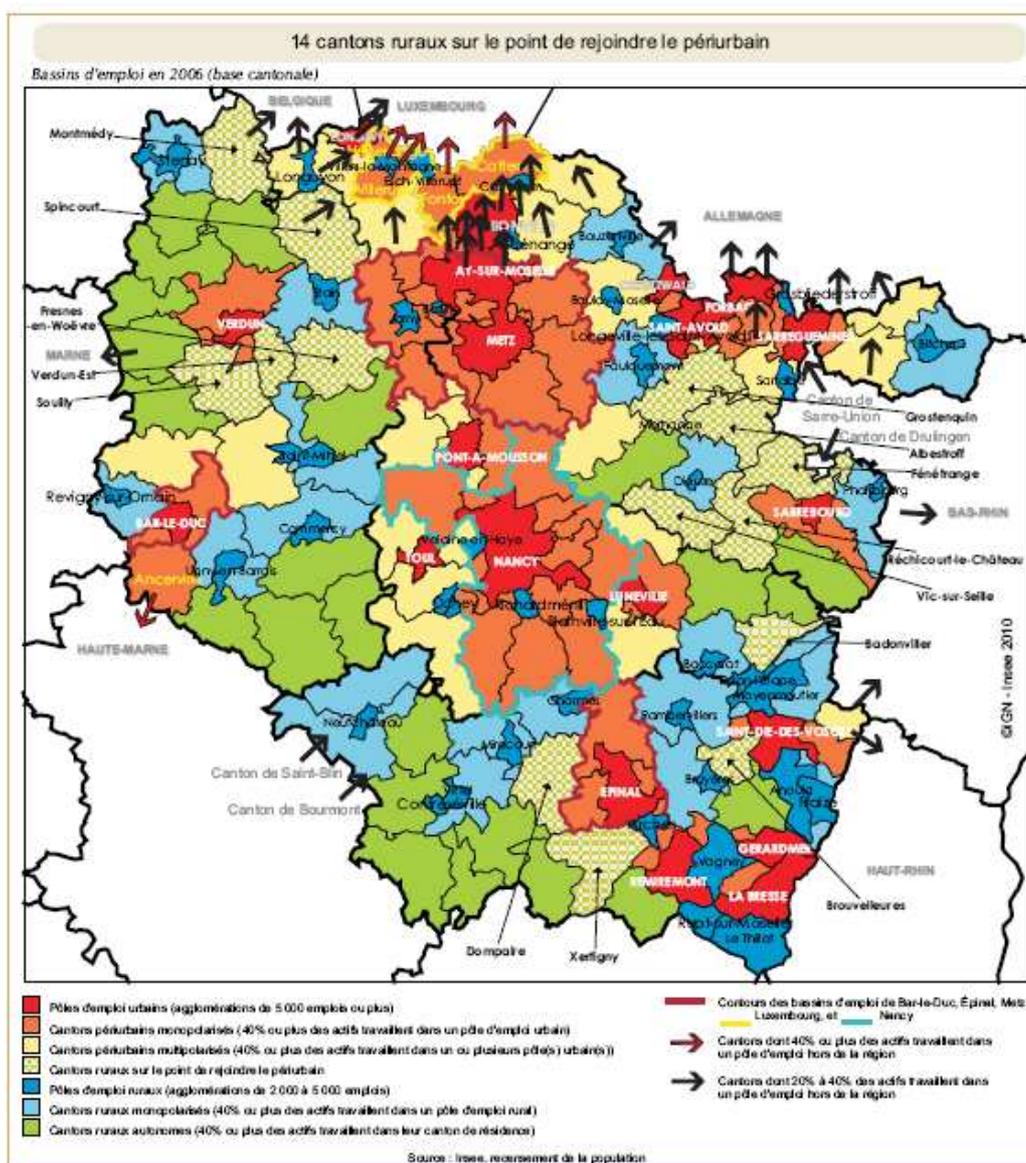
Le mouvement naturel a compensé les pertes de population dues au mouvement migratoire. Le solde migratoire est encore négatif, mais il a été divisé par six par rapport à ce qu'il était avant 1990 : quel que soit le type de ménage, les départs importants des couples avec enfants (55 200 personnes) ne sont pas compensés par les arrivées (45 900 personnes).

L'accroissement démographique profite surtout à la Meurthe-et-Moselle et à la Moselle, et à un degré moindre à la Meuse qui rompt avec des décennies de déclin démographique. Les Vosges continuent de perdre des habitants mais moins qu'auparavant.

Comme en France, le regain démographique se porte principalement dans les espaces périurbains, proches des villes et des grands pôles d'emplois. Dopés par l'économie résidentielle, ils contribuent notamment à l'émergence d'une **densification linéaire urbaine Nancy-Metz-Thionville**.

En revanche, le retour à la croissance des villes-centres et des banlieues des grandes agglomérations, observé en France, se fait encore attendre dans la région, à l'instar du renouveau du rural qui apparaît parcimonieux et fragile. L'engouement confirmé pour les communes rurales, corollaire du développement des mobilités quotidiennes domicile/travail, concerne prioritairement celles situées dans les secteurs les plus proches des villes, au-delà de leur sphère périurbaine. Un rajeunissement, lié à l'arrivée de couples avec de jeunes enfants, y accompagne l'essor démographique.

14 cantons ruraux étaient ainsi tout proches en 2006 d'intégrer la sphère du périurbain si ce n'est pas déjà fait : Badonviller (54) attiré par Lunéville et Baccarat ; Fresnes-en-Woëvre, Souilly et Verdun-Est (55) gagnés par Verdun, mais aussi Metz et Jarny pour Fresnes-en-Woëvre (55) ; Montmédy et Spincourt (55) où l'influence des marchés du travail (belge pour le premier et luxembourgeois pour le second) est grandissante ; Albestroff et Grostenquin (57), tournés de plus en plus vers Morhange et Saint-Avold ; Fénétrange et à un degré moindre Réchicourt-le-Château (57) placés dans l'orbite de Sarrebourg ; Vic-sur-Seille (57) où seulement un tiers des actifs résident et travaillent dans le canton ; Brouvelieures (88) qui s'est rapproché de Saint-Dié-des-Vosges ; et Dompain et Xertigny (88) d'Épinal.



La.2.1.3. Des clivages démographiques à l'intérieur même des départements

La façade ouest des deux départements ruraux, la Meuse et les Vosges, confirme une déprime démographique : la population diminue au fil des ans ; les jeunes partent vivre ailleurs, d'où un solde migratoire qui demeure négatif. Seule la population âgée reste, renforcée par l'accueil d'autres personnes âgées au sein d'établissements spécialisés.

Cette tendance dans l'ouest vosgien et l'ouest meusien contraste, d'une part, avec le mouvement de périurbanisation autour d'Epinal et de Saint-Dié des Vosges et, d'autre part, avec le renouveau démographique qui concerne la façade est du département de la Meuse et le sud-barrois et qui semble profiter du dynamisme du Sillon mosellan et des pays frontaliers (Belgique et Luxembourg) : la population se renouvelle et augmente avec l'arrivée de jeunes couples avec enfants en provenance des départements voisins et à la recherche d'un cadre de vie qui correspond à leurs attentes.

Dans les départements plus urbanisés de Meurthe-et-Moselle et de Moselle, l'essor démographique concerne les territoires périurbanisés dans un périmètre élargi autour des grandes agglomérations.

En Meurthe-et-Moselle, les gains de populations s'étendent jusqu'à Lunéville, Pont-à-Mousson, Toul, voire au-delà, jusqu'à une distance de 30 km. Il profite surtout aux communes de moins de 2 000 habitants et particulièrement à celles du sud-ouest meurthe-et-mosellan.

Le Pays-Haut connaît également un renouveau. Grâce à sa proximité avec Metz et Thionville, le territoire de Briey redevient attractif auprès des jeunes couples avec enfant(s). Celui de Longwy profite du boom du travail frontalier au Luxembourg.

En Moselle, la population s'accroît dans la bande frontalière avec le Luxembourg et dans certaines zones rurales, notamment la communauté de communes du Saulnois. A l'inverse, les cinq agglomérations et le Bassin Houiller stagnent ou régressent.

Au total, à un dynamisme démographique dans le Pays Haut, autour de Thionville, Verdun, Lunéville et le sud-ouest Meurthe-et-Mosellan s'opposerait un déclin attendu dans le Barrois, la façade ouest de la Meuse et le sud-ouest vosgien, ainsi que dans le Bassin Houiller.

I.a.2.2. Un vieillissement inéluctable de la population lorraine, avec des différences marquées entre zones urbaines ou périurbaines et zones rurales

I.a.2.2.1. Un vieillissement de la population déjà engagé

Le vieillissement de la population est en marche avec encore ici des différences marquées entre zones rurales et urbaines.

Autrefois région relativement jeune, La Lorraine compte désormais une proportion (21%) de personnes âgées de 60 ans ou plus presque identique à la moyenne française. Avec une part des plus de 75 ans de 9 % en Meuse et 9,3 % dans les Vosges, contre 7,9% en Meurthe et Moselle et 7,2% en Moselle, vieillissement et isolement vont de paire.

Des secteurs ruraux ou anciennement industriels «âgés» s'opposent à des secteurs urbains «jeunes» et à un renouveau démographique dans les espaces périurbains.

I.a.2.2.2. Selon les projections de population, un vieillissement appelé à s'accroître

A l'horizon 2040, la population lorraine augmenterait très faiblement (+2%), comparée à l'évolution nationale (+15%). **La Lorraine se placerait ainsi à l'avant-dernière région métropolitaine en matière de dynamisme démographique**, devant la Champagne-Ardenne.

Le département de Meurthe-et-Moselle contribuerait majoritairement à cette évolution, même si l'accroissement projeté de population (+4,1% entre 2007 et 2040) serait modeste au regard des autres départements français (75^{ème} rang des départements de métropole).

La Meuse profiterait également d'un regain démographique (+3,5%), qui s'inscrirait dans le prolongement de la tendance observée entre 1999 et 2007. La proximité de la Meurthe-et-Moselle en essor pourrait expliquer des échanges plus importants (du fait de la capacité de ce département à fournir de la population).

En Moselle, la population croîtrait jusqu'en 2025, date à laquelle les décès surpasseraient les naissances. Elle diminuerait ensuite jusqu'en 2040, sans toutefois être ramenée à son niveau de 2007. Au total, l'évolution serait de +1,1% sur l'ensemble de la période.

Les Vosges, département lorrain le plus âgé (moyenne d'âge de 40,7 ans en 2007 et 46,7 ans en 2040), seraient quant à elles le seul département lorrain en déficit démographique (-0,6%). La diminution de l'excédent des naissances sur les décès et la réduction du déficit migratoire expliqueraient cette atonie.

Par voie de conséquence, **la population lorraine est appelée à vieillir, de manière un peu plus soutenue qu'au niveau national** : dans l'hypothèse centrale, l'âge moyen en Lorraine passerait de 39 à 45 ans entre 2007 et 2040. Ce vieillissement serait un peu plus soutenu qu'au niveau national (de 39 à 43,7 ans). Toutefois, les régions les plus jeunes en 2007 le resteraient en 2040, la Lorraine en position médiane ne faisant pas exception.

A l'horizon 2031, en Lorraine, les moins de 20 ans seront de 10% moins nombreux.

Les plus âgés, les personnes de 85 ans et plus, représenteront 3,4% de la population contre 1,7% en 2006.

Age	Population 2031	Meurthe-et-Moselle*	Meuse*	Moselle	Vosges*	Lorraine
0-19	Effectif	169 059	43 529	218 508	78 909	510 004
	Part	22,8%	22,0%	21,0%	21,1%	21,6%
	Evolution 2006/2031	-5,9%	-9,7%	-13,0%	-14,6%	-10,7%
20 - 59	Effectif	365 208	90 240	499 835	163 829	1 119 111
	Part	49,2%	45,6%	47,9%	43,9%	47,5%
	Evolution 2006/2031	-8,0%	-12,3%	-13,1%	-17,5%	-12,1%
60 - 74	Effectif	120 789	37 788	195 904	75 326	429 807
	Part	16,3%	19,1%	18,8%	20,2%	18,2%
	Evolution 2006/2031	31,7%	47,6%	44,7%	40,7%	40,3%
75 - 84	Effectif	63 393	19 476	94 075	39 764	216 708
	Part	8,5%	9,8%	9,0%	10,7%	9,2%
	Evolution 2006/2031	41,5%	43,0%	55,0%	47,7%	48,4%
85 et plus	Effectif	23 758	6 873	34 591	15 523	80 745
	Part	3,2%	3,5%	3,3%	4,2%	3,4%
	Evolution 2006/2031	95,7%	82,8%	139,6%	88,8%	109,4%
Total	Effectif	742 207	197 905	1 042 912	373 351	2 356 375
	Evolution 2006/2031	2,3%	2,0%	0,6%	-1,7%	0,9%

Les disparités que l'on trouve au niveau départemental tant au niveau de la représentation par âge que de leur évolution entre 2006 et 2031, sont encore plus prononcés sur un maillage fin

Population projetée 2031 par TSP

Population projetée 2031 par TSP source : INSEE

n°	ville	0-19		20 - 59		60 - 74		75 - 84		85 et plus		Total		
		effectif	Part	Evolution 2006/2031	effectif	Part	Evolution 2006/2031	effectif	Part	Evolution 2006/2031	effectif	Part	Evolution 2006/2031	
1+2	Verdun / St-Mihel	24 873	22,6%	-5,1%	51 186	46,5%	-6,2%	20 356	18,5%	51,6%	3 480	3,2%	110 085	6,3%
3	Briey	18 176	23,2%	1,5%	37 172	47,5%	-5,8%	13 841	17,7%	25,4%	2 402	3,1%	78 322	3,5%
4	Longwy	18 079	21,4%	-5,8%	42 019	49,8%	-7,5%	14 923	17,7%	25,5%	2 441	2,9%	84 431	0,6%
5	Thionville	50 880	21,4%	-4,7%	117 894	49,7%	-4,9%	41 955	17,7%	36,8%	7 436	3,1%	237 415	5,7%
6	Metz	80 895	21,7%	-11,6%	183 870	49,3%	-11,8%	64 150	17,2%	41,0%	12 264	3,3%	373 132	0,7%
7	Forbach	47 234	20,1%	-21,7%	106 629	45,4%	-22,3%	48 971	20,8%	49,8%	8 036	3,4%	234 905	-5,6%
8	Sarreguemines	18 769	18,9%	-18,2%	45 869	46,2%	-17,9%	21 423	21,6%	56,2%	3 379	3,4%	99 202	-1,0%
9+10	Dieuze / Sarrebourg	20 730	21,1%	-9,6%	45 573	46,4%	-8,2%	19 405	19,7%	51,4%	3 476	3,5%	98 259	5,9%
11+12	Bar-le-Duc / Commercy	18 656	21,2%	-15,1%	39 053	44,5%	-19,1%	17 432	19,8%	43,1%	3 393	3,9%	87 820	-2,9%
13	Neufchâteau	11 000	20,1%	-18,5%	23 324	42,5%	-24,2%	11 383	20,7%	30,8%	2 656	4,8%	54 863	-6,2%
14	Toul	25 721	25,3%	1,9%	48 037	47,2%	-3,8%	16 515	16,2%	50,9%	2 967	2,9%	101 742	9,8%
15	Pont-à-Mousson	23 328	24,1%	-6,0%	45 150	46,7%	-10,8%	16 647	17,2%	36,3%	3 047	3,2%	96 678	2,5%
16	Nancy	64 058	21,4%	-11,6%	155 632	52,1%	-9,4%	43 916	14,7%	25,4%	10 029	3,4%	298 612	-0,8%
17	Lunéville	19 697	24,0%	-1,7%	37 199	45,2%	-6,5%	14 948	18,2%	40,9%	2 872	3,5%	82 223	6,1%
18	Epinal	33 323	21,8%	-13,6%	69 907	45,8%	-13,4%	28 724	18,8%	43,0%	5 754	3,8%	152 538	-0,1%
19	St-Dié	19 246	22,2%	-7,1%	37 912	43,7%	-12,5%	17 585	20,2%	47,5%	3 271	3,8%	86 853	3,5%
20	Remimont	15 339	19,4%	-21,8%	32 686	41,3%	-25,3%	17 633	22,3%	37,3%	3 843	4,9%	79 096	-6,5%
	Total	510 004	21,6%	-10,7%	1 119 111	47,5%	-12,1%	429 807	18,2%	40,3%	80 745	3,4%	2 356 375	0,9%
54	Meurthe-et-Moselle*	169 059	22,8%	-5,9%	365 208	49,2%	-8,0%	120 789	16,3%	31,7%	63 393	3,2%	742 207	2,3%
55	Meuse*	43 529	22,0%	-9,7%	90 240	45,6%	-12,3%	37 788	19,1%	47,6%	6 873	3,5%	197 905	2,0%
57	Moselle	218 508	21,0%	-13,0%	499 835	47,9%	-13,1%	195 904	18,8%	44,7%	34 591	3,3%	1 042 912	0,6%
88	Vosges*	78 909	21,1%	-14,6%	163 829	43,9%	-17,5%	75 326	20,2%	40,7%	15 523	4,2%	373 351	-1,7%

* Les populations totales des départements de la Meuse, Meurthe-et-Moselle et des Vosges correspondent à l'agrégation de plusieurs TSP et ne respectent pas complètement les limites

Là encore, des différences marquées devraient opposer les territoires ruraux et les territoires urbains.

Le vieillissement de la population, changement démographique majeur déjà engagé et appelé à se renforcer, pèserait sur les politiques publiques locales, notamment en termes d'accès aux équipements et services en milieu rural ; la proportion des personnes âgées de 60 à 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées devrait passer de 25 000 (14%) à 31 000 en 2015. Or, seul un patient sur 5 est diagnostiqué aujourd'hui.

1.a.2.3. Un héritage industriel encore présent et une pauvreté monétaire localement élevée, tant urbaine que rurale, et concernant davantage les femmes

1.a.2.3.1. L'empreinte d'un passé industriel et l'ouverture sur les marchés du travail frontaliers

En dépit d'un lourd tribut payé aux restructurations successives, l'industrie occupe aujourd'hui encore une place importante en Lorraine : en 2009, un peu moins de 20% des 860 000 salariés lorrains travaillent dans ce secteur (15% en France de province), ce qui place la Lorraine au 5^{ème} rang des régions françaises pour le poids de l'industrie dans l'appareil productif local.

En particulier, les ouvriers demeurent la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans le département des Vosges (44% des salariés du département), quelle que soit la zone d'emploi. Elle est imputable au caractère historiquement très industriel du département, et s'accompagne d'un fort taux de féminisation du travail, dû lui aussi aux activités locales dans l'industrie textile plus adaptées aux femmes (par opposition à la métallurgie présente dans le nord de la région par exemple).

Le secteur tertiaire pourvoit 73,7% des emplois en Lorraine, soit une proportion proche de celle de la France de province (74%).

En Lorraine, le phénomène frontalier représente une source de dynamisme important. Parmi les 95 000 frontaliers qui résident dans la région, près des trois quarts travaillent au Luxembourg, un sur cinq en Allemagne, principalement en Sarre, et 5 % en Wallonie. La Lorraine est une des régions où le chômage des jeunes est le plus fort, en dépit de l'importance du travail frontalier : 21,7% des demandeurs d'emploi ont moins de 25 ans, contre un peu plus de 19% en moyenne nationale.

1.a.2.3.2. Un niveau de revenus relativement moins élevé en Lorraine couvrant des poches de pauvreté monétaire

En termes de richesse par habitant (23 650 euros per capita, soit 2 300 euros de moins qu'au niveau national hors Île-de-France), la Lorraine figure en bas du tableau, précédant toutefois les régions Limousin, Languedoc-Roussillon et Picardie.

En 2008, la part des ménages fiscaux imposés est de 50% en Lorraine, soit presque 3 points de moins qu'au niveau national (hors Île-de-France). La moitié de la population lorraine vit dans un ménage qui déclare un revenu fiscal inférieur à 17 425 euros annuels par unité de consommation. Ce revenu médian est inférieur de 207 euros à celui observé en France de province. Il varie selon les départements, allant de 16 559 euros seulement dans la Meuse, à 18 013 euros en Meurthe-et-Moselle.

Au-delà du constat d'ensemble, des poches de pauvreté monétaire sont relevées à l'intérieur même des départements.

La pauvreté se concentre dans les espaces urbains et dans les bourgs ruraux.

Dans les grandes villes, qui concentrent à la fois les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres, c'est une pauvreté de personnes relativement plus isolées, du point de vue familial ou professionnel. A Nancy Grand Couronné par exemple, notamment marqué par un haut niveau de revenu, la dispersion des revenus y est plus forte, signe que des populations très aisées y côtoient d'autres très pauvres. A l'inverse, en Moselle, la pauvreté monétaire (15% de la population) concerne davantage l'agglomération de Metz, le Val de Fensch et surtout l'arrondissement de Forbach (21%) où elle perdure. **L'ampleur et la persistance de populations défavorisées sont à mettre en regard de celle de la localisation des ZUS : 22 des 38 ZUS de Lorraine sont situées en Moselle, dont 9 dans le seul arrondissement de Forbach.**

À côté de cette pauvreté urbaine, existe aussi une pauvreté rurale, peut-être moins visible mais bien réelle.

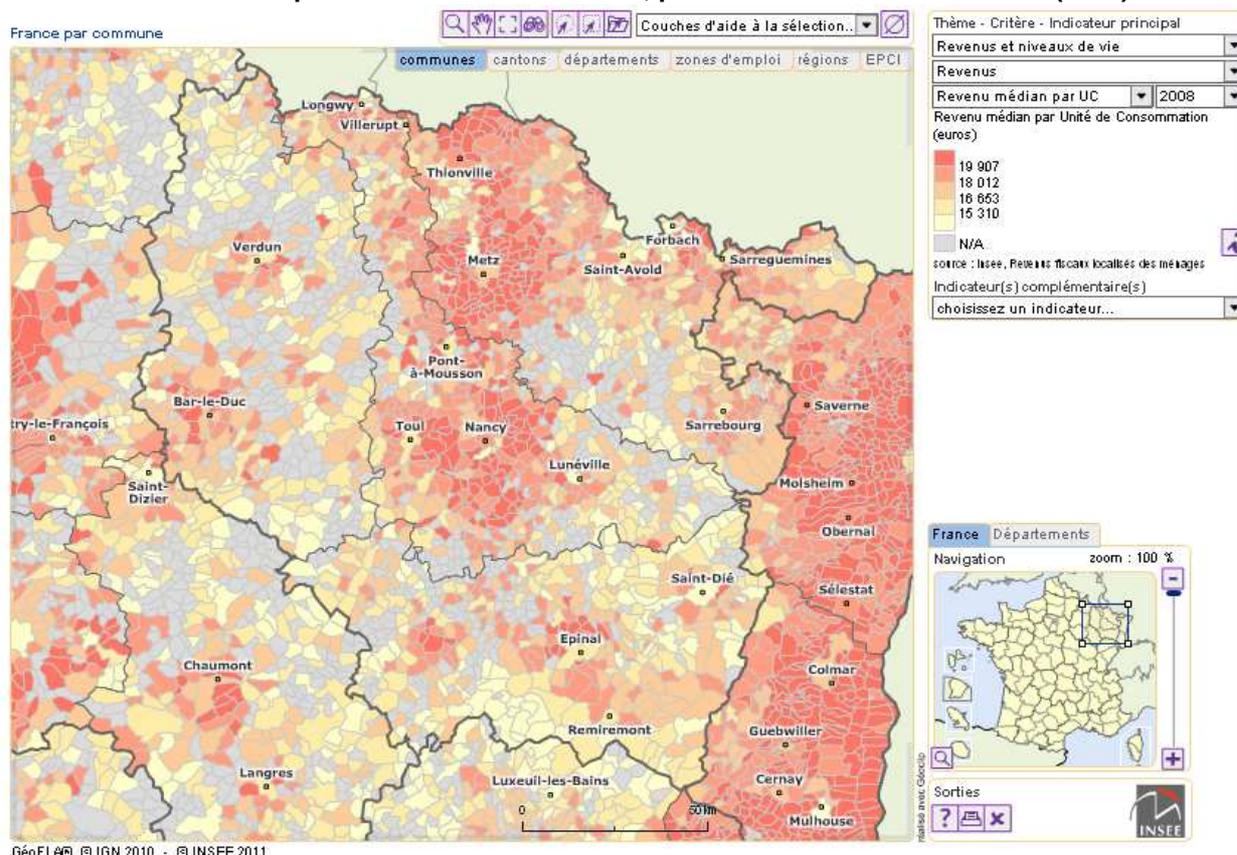
La pauvreté dans le rural concerne plutôt des familles de travailleurs pauvres. 16,6% des Vosgiens de moins de 65 ans vivent sous le seuil de bas revenu ; il s'agit de la proportion la plus élevée de la région devant la Meuse (16%) : **dans quinze communes vosgiennes, dont six sont chefs-lieux de canton, les habitants vivant sous le seuil de pauvreté représentent au moins 15% des moins de 65 ans : Bains-les-Bains, Celles-sur-Plaine, Châtenois, Corcieux, Darney, Dompierre, Fontenoy-le-Château, Grand, Grandvillers, Harsault, Lépages-sur-Vologne, Monthureux-sur-Saône, Mousseux.**

Les ménages meusiens disposent de revenus plus faibles mais moins dispersés que ceux des lorrains, signe que la population du département est plus homogène. Cette caractéristique est partagée avec les ménages vosgiens, hauts-marnais et hauts-saônois. La répartition spatiale des revenus fiscaux est marquée par le haut niveau de revenus des ménages résidant autour de Bar-le-Duc. À Verdun, si le revenu médian (13 500 euros) est proche de celui du département, il masque en revanche de très fortes disparités. L'écart est de 1 à 10, soit le plus fort de Meuse, entre les ménages les plus pauvres et les ménages les plus riches. A contrario, **les ménages des cantons de Montiers-sur-Saulx, Gondrecourt-le-Château, Dun-sur-Meuse, Montfaucon-d'Argonne et surtout Damvillers disposent d'un revenu relativement peu élevé, inférieur à 13 000 euros.** Éloignés des villes, ces cantons, par ailleurs souvent les plus âgés, comptent aussi le plus de ménages non imposés et la part la plus élevée des revenus tirés des pensions, retraites ou rentes.

En Meurthe-et-Moselle, l'est du Lunévillois présente une pauvreté monétaire particulièrement élevée, notamment dans les trois cantons prioritaires : Badonvillers, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze.

De manière générale, la pauvreté monétaire touche davantage les femmes (60% des personnes recevant un bas salaire) que les hommes, en particulier les jeunes femmes (43% des femmes disposant d'un bas salaire ont entre 16 et 29 ans). Des éléments indiquent que cette réalité est plus accentuée en Lorraine. Ce phénomène est lié à des taux d'activité et d'emploi nettement plus faibles que ceux des hommes, ainsi qu'à une charge familiale plus lourde surtout quand elles sont à la tête d'une famille monoparentale. D'autre part, lorsqu'elles ont un emploi, elles cumulent un salaire horaire moindre et des temps partiels plus importants. Localisés essentiellement dans les zones de Nancy, Thionville et Metz, ces bas salaires féminins sont proportionnellement plus concentrés dans la zone frontalière du nord de la Lorraine. Au contraire, les zones d'emploi de Nancy et Metz réservent une moindre surexposition des femmes aux bas salaires.

Revenu médian par unité de consommation, par commune lorraine en 2008 (en €)



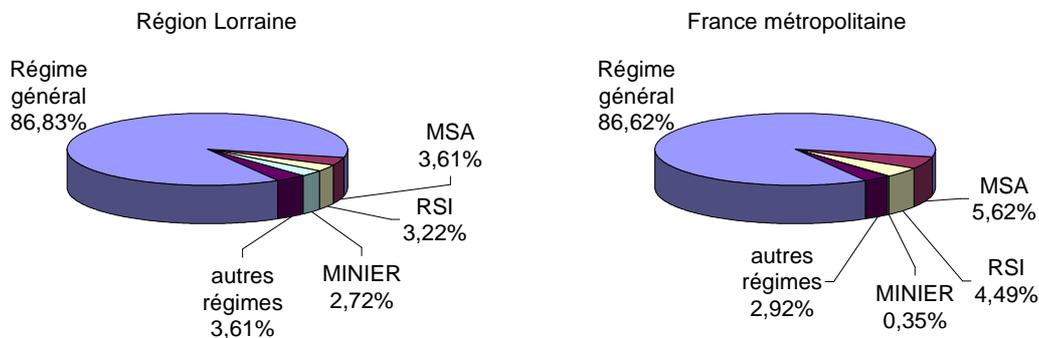
I.a.3. Population par caisse d'affiliation

Au 1^{er} janvier 2007,

- 86,8 % de la population protégée lorraine appartient au régime général (RG),
- 3,6 % à la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
- 3,2 % au Régime Social des Indépendants (RSI),
- 2,7 % au Régime minier,

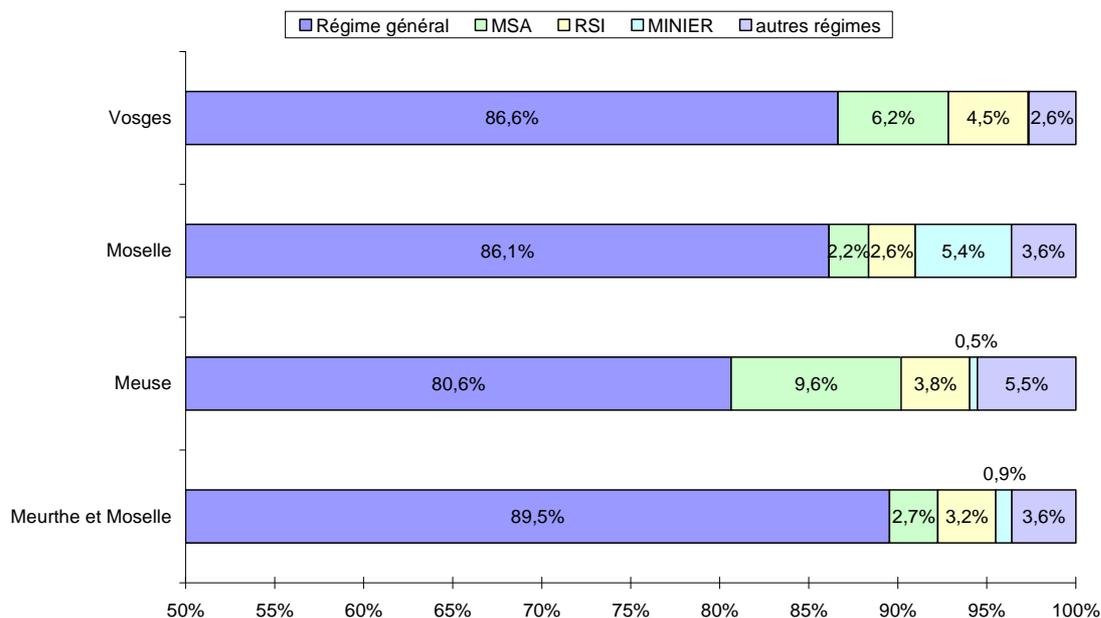
Les autres régimes (Marins, RATP, Banque de France, Militaires, Clercs de notaires, cultes et non ventilés) représentent 3,6 %.

La population protégée en Lorraine



La comparaison avec les données moyennes françaises permet de constater que le poids du régime minier est beaucoup plus important dans la région qu'en France avec des valeurs respectives de 2,7 % et de 0,3 %.

La population protégée par régime et par département



La population minière est particulièrement présente en Moselle (5,4 % de la population protégée mosellane).

Les bénéficiaires du régime agricole sont eux plus nombreux dans les départements ruraux de la Meuse (9,6 % de la population protégée meusienne) et des Vosges (6,2 % de la population protégée vosgienne).

autres régimes : Marins, RATP, Banque de France, Militaires, Clercs de notaires, cultes et non ventilés.

sources : CNAMTS, MSA, RSI - Estimation au 01/01/2007.

Le régime local :

Environ 1,4 millions de cotisants et 2,2 millions de bénéficiaires relèvent du régime local complémentaire et obligatoire, dérogatoire par rapport au système de protection sociale en vigueur dans le reste de la France.

Les cotisants sont les salariés du commerce et de l'industrie acquittant la cotisation supplémentaire qui sont :

- salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France, ou
- salariés travaillant dans l'un des trois départements concernés pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements.

Les chômeurs, préretraités, les titulaires de pension d'invalidité ou vieillesse qui relevaient du régime durant leur activité ainsi que leurs ayants-droit bénéficient du régime local.

Les frontaliers sont aussi dans ce cas.

Le régime se caractérise par un **montant des cotisations** supplémentaires et un **niveau des prestations** plus élevé.

Niveau des prestations des bénéficiaires du régime local

Source : CRAM ALSACE

	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
<u>DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE</u>		
Hospitalisation pour actes thérapeutiques importants (actes > K 50) ou séjours > à 30 jours	100 %	Prise en charge par le régime local du forfait de 18 € pour les actes supérieurs à 91 € (Hospitaliers ou ambulatoires)
Hospitalisation pour actes < K 50 ou séjours < à 30 jours	80 %	100 %
<u>Soins externes</u> : honoraires des praticiens honoraires des auxiliaires médicaux	70 % 60 %	90% 90 %
Transport : Transfert	100 %	-
Forfait journalier hospitalier	Non remboursé	100 %
<u>HORS ETABLISSEMENTS DE SANTE</u>		
Honoraires des praticiens (1)	70 %	90 %
Honoraires des auxiliaires médicaux (1)	60 %	90 %
Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %
Médicaments à vignette bleue	35 %	80 %
Médicaments reconnus irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %
Transports (1)	65 %	100 %
Analyses et examens de biologie (2)	60 %	90 %
Frais d'appareillage (2)	65 %	90 %
Appareillages	100 %	-
<u>Cures thermales : Prestations légales</u> : forfait thermal honoraires prestations supplémentaires frais de transport et frais d'hébergement	65% 70% 65 %	90% 90% -

(1) Pour les titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et leurs ayants-droits, le taux de remboursement est de 100%.

(2) Pour les titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et leurs ayants-droits, le taux de remboursement est de 80%.

L'exonération du ticket modérateur est accordée : à tous les assurés en ALD et à certaines catégories d'assurés (invalides, RMI...).

L'Instance de gestion du régime local n'assure pas directement le recouvrement des cotisations (URSSAF), ni le service des prestations (CPAM), car elle s'appuie sur les réseaux existants pour le régime général.

Il est à noter qu'il existe parallèlement un régime local des salariés du régime agricole. Mais la coordination entre les deux régimes n'est pas inscrite dans les textes ; les modalités de financement sont différentes et chaque régime a sa propre instance de gestion.

Ce Taux de remboursement plus élevé des bénéficiaires du régime local, peut induire des comportements de consommation et de pratiques médicales différents. Les coûts de la santé étant amoindris pour les assurés du régime local, les pratiques en Moselle peuvent être impactées par une consommation de soins différente (médicaments génériques, transports, ...) et une moindre importance de déclaration des ALD.

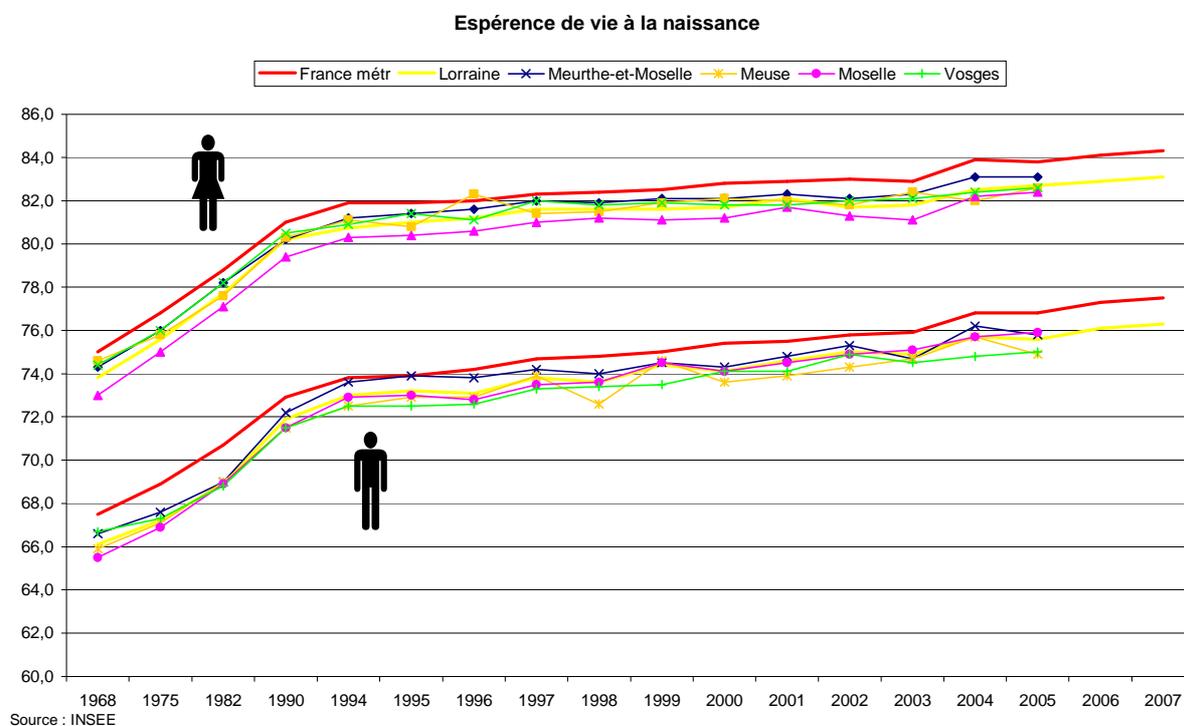
I.b. Etat de santé : des inégalités devant la santé particulièrement marquées

Les indicateurs de santé s'améliorent mais restent préoccupants.

I.b.1. Espérance de vie de 1968 à 2005 : un niveau inférieur à la moyenne nationale en dépit d'une augmentation continue

« Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en 2009) continue de progresser, mais l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire : en dix ans, les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

En 2007, que ce soit chez les hommes ou les femmes, l'espérance de vie des lorrains est inférieure de 1,2 ans par rapport à la France. Loin des 79 ans des hommes de l'île de France, les hommes lorrains n'affichent qu'une espérance de vie à la naissance de 76,3 ans (17ème rang sur 22 régions métropolitaines). Ce n'est pas mieux pour les femmes lorraines qui avec 83,1 ans place la Lorraine à la 20ème place, bien loin de la région Rhône Alpes ou les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 85,2 ans.



En 2005, l'espérance de vie la plus basse est de 82,4 ans pour les Mosellanes. Pour les hommes, ce sont les Meusiens et les Vosgiens qui affichent une espérance de vie en dessous du niveau régional (respectivement : 74,9 ans et 75 ans).

I.b.2. Un état de santé inquiétant en termes de mortalité et de morbidité

I.b.2.1. Causes de mortalité et de morbidité

Le plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2009 constatait que, tous âges confondus, la Lorraine accuse une surmortalité par rapport à la France : entre 2000 et 2002, le taux comparatif de mortalité lorrain dépasse la moyenne française de 11% chez les hommes et de 12% chez les femmes. L'opposition Sud-Ouest (moindre mortalité comparative) / Nord-Est (surmortalité plus élevée) est plus accentuée pour les femmes que pour les hommes.

La Lorraine se place de fait au 8^{ème} rang des régions pour les hommes et au 5^{ème} pour les femmes. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent 57% des décès. Relativement à la situation nationale, les taux comparatifs de mortalité étaient, sur la période 2005-2007, les plus élevés dans les territoires de santé de proximité du Bassin Houiller et de Metz.

« En France, la mortalité prématurée demeure plus élevée que dans les autres pays européens (...). Ces décès avant 65 ans représentent environ 20% de l'ensemble des décès et concernent pour près de 70% d'entre eux des hommes. Environ un tiers sont associés à des causes de décès « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides etc.). » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

Selon le PRSP 2006-2009, la mortalité prématurée, survenant avant 65 ans, est également plus élevée de 7 à 8% selon les genres en Lorraine par rapport à la France métropolitaine. Elle se trouve principalement liée à des facteurs à risques.

Les territoires les plus concernés par la mortalité prématurée sont :

- Territoires de Verdun, Haut Val de Meuse, et Vosges Centrales : traumatismes et tumeurs
- Territoires de Briey et de la Déodaté : traumatismes et maladies cardiovasculaires
- Territoire de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe : maladies cardiovasculaires et endocriniennes
- Territoire de Lunéville : tumeurs et maladies cardiovasculaires
- Territoire du Saulnois : pour la plupart des causes de décès.

En termes de morbidité, le diabète connaît une prévalence régionale forte ; la Moselle est le département lorrain le plus touché. L'obésité concerne 11,2% de la population, hissant la Lorraine au 6^{ème} rang parmi les régions françaises.

I.b.2.2. Personnes en ALD

« Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste de trente affections (ALD 30) ouvre droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires, etc.). À cette liste, s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les poly pathologies invalidantes (ALD 32) » - *CNAMTS.*

« Pour l'assurance maladie, l'enjeu est majeur : les dépenses liées aux ALD concentrent en 2008 environ les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. S'il s'agit d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins fournis, l'enjeu est aussi de retarder la survenue de la maladie, ou son processus naturel d'aggravation, par des actions de prévention, pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge.

Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent trois quarts des ALD en 2009 en Lorraine. La prévalence des ALD pour diabète est plus importante de près de 20% qu'au niveau national.

Prévalence des ALD en Lorraine au 31/12/2009

Source Cnamts – DSES

Intitulé de l'affection	Taux de prévalence pour 100 000 personnes en ALD au 31/12/2009 - données régime général					
	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Maladie cardiovasculaire						
<i>Hypertension artérielle sévère (ALD 12)</i>	1 393	1 246	2 675	1 217	1 884	1999
<i>Maladie coronaire (ALD 13)</i>	1 600	1 681	1 765	1 480	1 654	1518
<i>Insuf. cardiaque grave (ALD 5)</i>	1 015	1 144	1 221	987	1 105	1097
Artériopathie chronique (ALD 3)	892	933	949	832	907	729
<i>Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1)</i>	413	449	499	419	453	462
Tumeur maligne (ALD 30)	3 133	3 353	3 196	2 739	3 104	3128
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	3 708	3 445	3 891	3 298	3 693	3084
Affection psychiatrique de longue durée (ALD 23)	962	1 120	962	1 065	990	1727
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)	389	402	548	351	451	558
Maladie d'Alzheimer et autre démence (ALD 15)	380	368	446	387	405	421
Affection neurologique et musculaire, épilepsie (ALD 9)	316	370	353	361	343	369
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22)	301	318	349	256	315	299
Maladie chronique active du foie et cirrhose (ALD 6)	252	195	308	173	258	284
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn (ALD 24)	235	259	246	172	231	196
Néphropathie chronique et syndrome néphrotique (ALD 19)	199	178	182	168	184	167
Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD 7)	78	41	63	55	65	164
Maladie de Parkinson (ALD 16)	110	121	135	102	119	151
Spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27)	102	80	114	78	102	118
Sclérose en plaques (ALD 25)	159	149	159	134	154	112
PAN, LEADc, sclérodermie généralisée évolutive (ALD 21)	65	68	80	51	69	95
Maladie métabolique héréditaire (ALD 17)	68	61	65	63	65	83
Paraplégie (ALD 20)	66	57	51	67	59	58
Hémophilie et affection de l'hémostase grave (ALD 11)	29	33	51	27	39	43
Scoliose structurale évolutive (ALD 26)	43	46	41	45	42	35
Insuffisance médullaire (ALD 2)	23	19	19	22	21	22
Hémoglobinopathie, hémolyse (ALD 10)	10	10	10	9	10	22
Tuberculose active, lèpre (ALD 29)	15	13	11	9	12	18
Suites de transplantation d'organe (ALD 28)	13	16	15	17	15	11
Mucoviscidose (ALD 18)	11	12	10	12	11	10
Bilharziose compliquée (ALD 4)	0	0	0	0	0	0

Pour les pathologies graves, avec des critères d'admission indiscutables, la géographie du taux global d'ALD (prévalence) est bien corrélée avec celle de la mortalité et des facteurs de risque, mis en évidence par les données épidémiologiques. C'est le cas du diabète, du cancer du poumon, de la cirrhose du foie, de la sclérose en plaques.

En revanche, pour l'hypertension artérielle sévère ou les affections psychiatriques, la corrélation avec les données épidémiologiques est moins évidente. Les critères d'admission en ALD laissent sans doute une marge d'interprétation plus importante pour ces pathologies, et des effets d'offre de soins peuvent également se faire sentir.

I.b.2.3. Santé mentale

Voir SROS-PRS volet hospitalier

I.b.3. Des déterminants de santé préoccupants

I.b.3.1. Prévalence de l'obésité

« Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, l'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (...).

La prévalence de la **surcharge pondérale** (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre d'obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

D'après l'enquête du cycle triennal auprès des élèves de grande section de maternelle, année scolaire 2005-2006 de la DREES, le taux d'obésité des enfants lorrains est au niveau de la moyenne nationale (3,1%). Mais il devient supérieur au niveau national si on s'intéresse au surpoids ; 14% des enfants lorrains sont en surpoids (y compris obésité) alors que la France affiche un taux de 12,1 %. La Lorraine est derrière l'Alsace, la Corse et la Picardie la 4ème région française ayant le plus d'enfants en surpoids.

I.b.3.2. Conduites addictives (tabac, alcool)

La consommation d'alcool :

« **L'excès de consommation d'alcool** est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

D'après le baromètre Santé 2005 de l'INPES, la proportion consommateurs quotidiens d'alcool entre 15 et 75 ans est de 14 en Lorraine contre 14,4 en France.

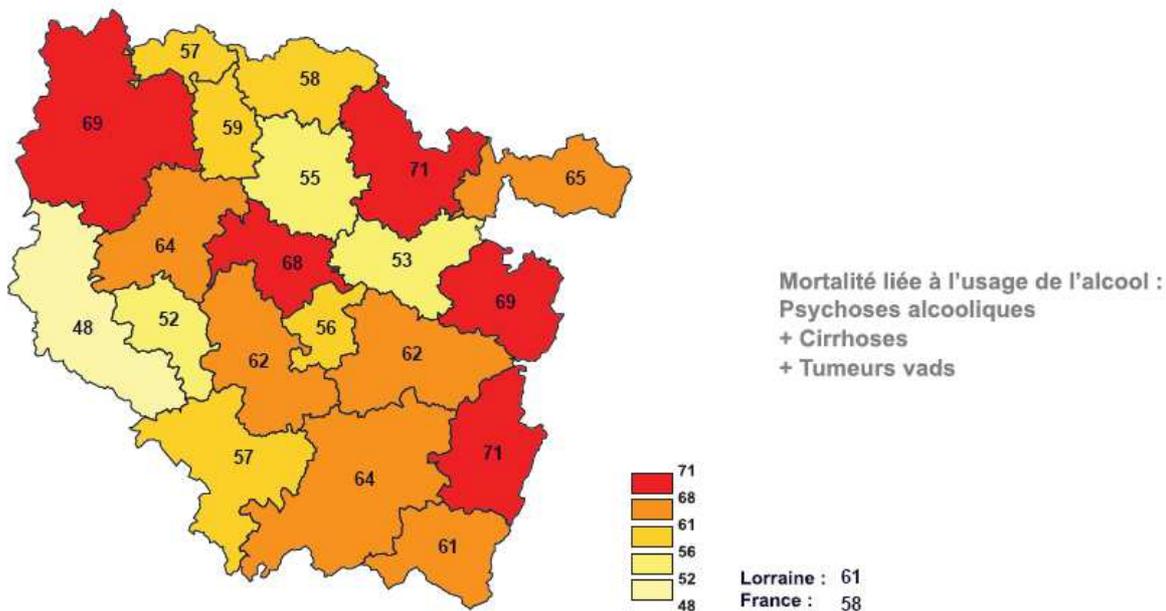
Le taux comparatif de mortalité pour l'ensemble des trois principales causes de décès liées à l'alcool en 2003-2006 par région est de 61 pour 100 000 hommes lorrains (58 en France métropolitaine) et 13 pour 100 000 femmes en Lorraine comme en France métropolitaine.

Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool

Source : ORSAS

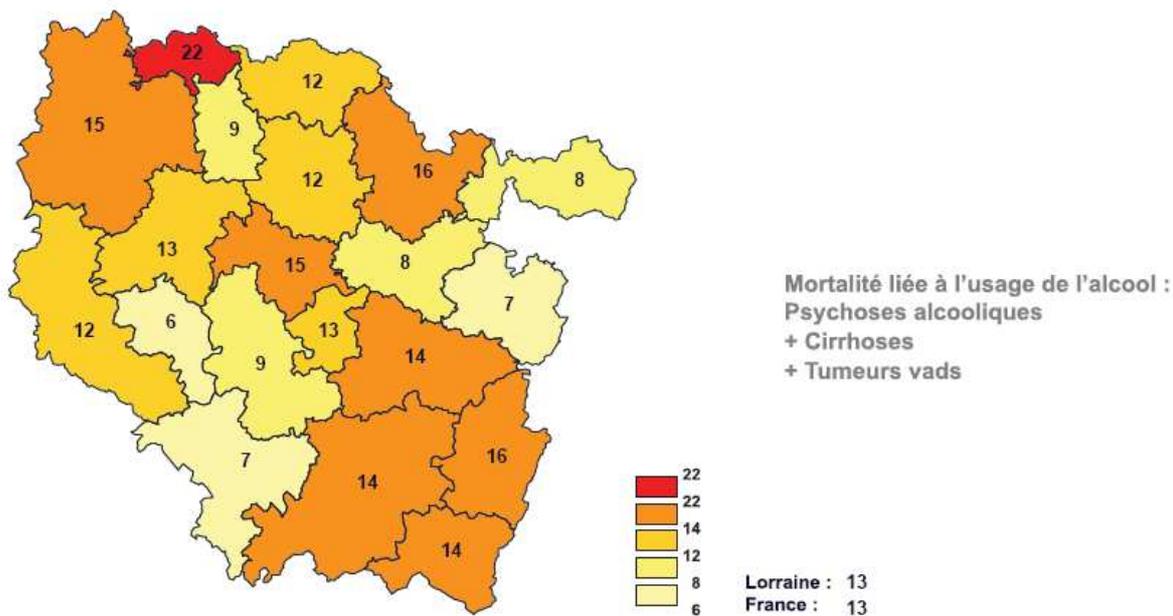
Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool - Hommes

Taux pour 100 000 habitants 2003-2005



Taux comparatif de mortalité par maladie liée à l'alcool - Femmes

Taux pour 100 000 habitants 2003-2005



Le tabagisme :

« Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, **le tabagisme** est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13% de la mortalité avant 65 ans (15,4% pour les hommes) (...).

Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est certainement considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes (...).

Le **tabagisme passif** a par ailleurs été identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation est devenue très contraignante, autorisant seulement le tabac dans des « salles fermées et ventilées ». Le décret de 2006 paraît avoir radicalement modifié l'exposition au tabac dans les lieux destinés à un usage collectif. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac (...). Pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, le décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres. Le décret est entré en vigueur le 1er février 2007 pour les milieux professionnel, scolaire et sanitaire et le 1er janvier 2008 pour les lieux de convivialité. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 – Synthèse.*

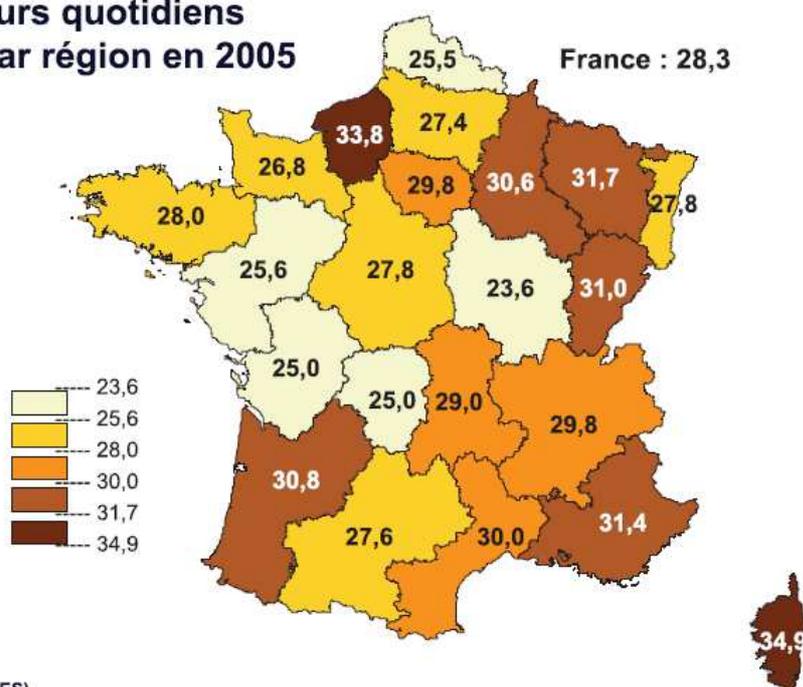
D'après le baromètre Santé 2005 de l'INPES, la proportion de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans est de 31,7 en Lorraine contre 28,3 en France.

Le taux comparatif de mortalité liée au tabac en 2003-2005 est de 146,3 pour 100 000 en Lorraine contre 123,9 en France.

Proportion de fumeurs quotidiens et taux de mortalité par maladie liée au tabac

Source : ORSAS

Proportion de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans par région en 2005

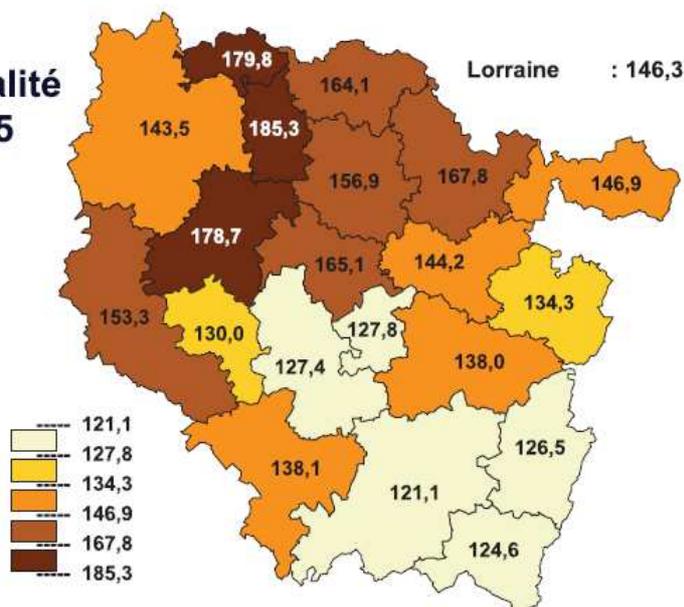


Source : Baromètre Santé 2005 (INPES)

Taux comparatifs de mortalité liée au tabac* en 2003-2005 Taux pour 100 000

Mortalité liée à l'usage du tabac :
Bronchites chroniques
et maladies pulmonaires obstructives
+ tumeurs de la trachée, des bronches
et du poumon + tumeurs VADS
+ cardiopathies ischémiques

Hommes et Femmes



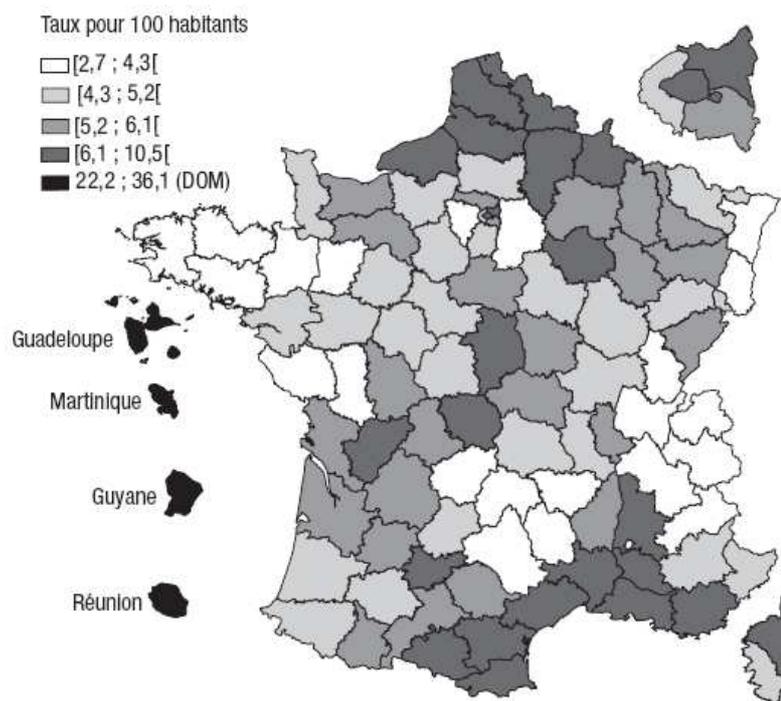
I.b.4. Des difficultés d'accès aux soins

I.b.4.1. Disparités sociales

« À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels (...).

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. » - *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 - Synthèse.*

Bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2008 par département



Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA.

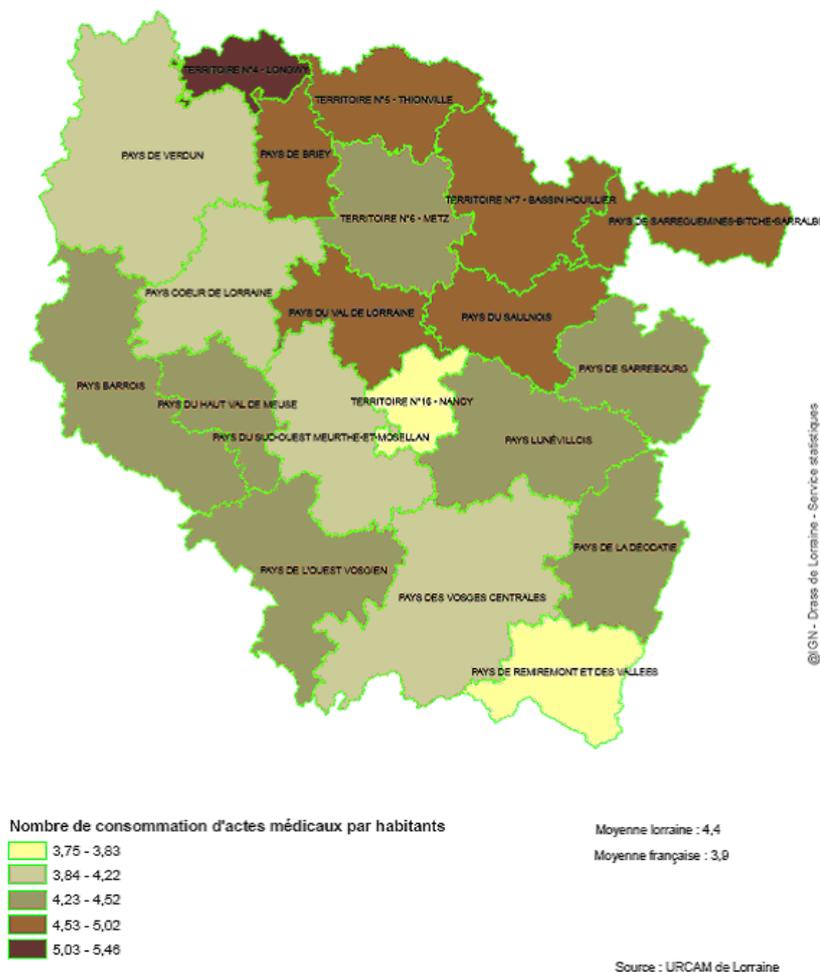
CMUC : couverture maladie universelle complémentaire

I.b.4.2. Consommation de soins

Le nombre d'actes médicaux libéraux consommés par habitants est en moyenne supérieur en Lorraine avec 4,4 actes par an contre 3,9 en France.

C'est en Moselle et dans le nord de la Meurthe et Moselle que cette consommation est la plus importante.

Nombre de consommations d'actes médicaux libéraux par habitants
Tous régimes confondus
au 31/12/2007



I.b.4.3. Recours aux soins

- Des distances d'accès aux professionnels de santé variables en Lorraine avec des disparités territoriales marquées :

Voir description de l'offre ambulatoire libérale

- Des populations plus singulièrement exposées au renoncement aux soins pour raisons financières et aux refus de soins illicites :

D'après les données de l'enquête Santé protection sociale (EPS) réalisée par l'IRDES en 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7 %). Il est maximal entre 40 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Le taux de renoncement aux soins dentaires ou optiques diminue à mesure que le revenu augmente. Il est plus important chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie (CMUC ou complémentaire privée).

Le renoncement aux soins pour raisons financières peut aussi résulter d'une offre médicale de médecins pratiquant des **dépassements d'honoraires** (praticiens de secteur 2) prédominante sur un secteur géographique.

Dans son rapport de septembre 2010, la conférence nationale de santé s'est intéressée au refus de soins. Après une typologie des refus de soins, distinguant notamment les refus licites et illicites, la conférence souligne que la persistance des risques de refus est attestée par diverses enquêtes et que le témoignage des associations confirme que le risque de refus de soins se concrétise pour une part minoritaire mais significative des populations démunies.

I.b.5 Un état de santé dégradé dans les quartiers de la politique de la ville

Les habitants des quartiers de la politique de la ville cumulent des difficultés urbaines, économiques et sociales. Le rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) pour 2009 souligne, par exemple, que les habitants des quartiers en zones urbaines sensibles (ZUS) souffrent d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé. Cette situation s'explique principalement par des caractéristiques socio-économiques des habitants des quartiers prioritaires mais également, pour un certain nombre de territoires, par un déficit de l'offre de soins ambulatoire.

Ainsi, selon ce rapport, 26% des habitants des ZUS déclarent avoir renoncé à des soins pour un motif économique au cours de l'année, contre 15% pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, on constate dans les quartiers en ZUS une plus faible présence médicale : la densité des médecins généralistes en ZUS est inférieure de 47% à celle observée dans les unités urbaines environnantes. Celle de spécialistes est inférieure de 74%. Le même constat peut être fait dans le secteur paramédical : la densité d'infirmiers en ZUS est inférieure de 63% à celle observée dans les agglomérations urbaines.

Les ZUS présentent également :

- des indicateurs de santé globalement plus défavorables que pour le reste de la population ;
- un mauvais état de santé ressenti par la population ;
- un recours des habitants à l'hospitalisation et aux urgences hospitalières plus fréquent ;
- un recours moins fréquent à un spécialiste.

De plus, la prise en charge des besoins de santé des patients issus des quartiers sensibles présente des caractéristiques particulières. En effet, la précarité induit des consultations plus longues, des pathologies plus lourdes et des situations complexes où sont imbriqués des problèmes médicaux, sociaux, psychologiques... A cela s'ajoutent les difficultés d'accès économique à l'offre de soins, notamment para médicale ou de spécialistes.

Plusieurs freins ont été identifiés à l'installation des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville, liés notamment à la réputation, justifiée ou non, dont pâtissent ces quartiers et à leur faible attractivité économique. Ces freins à l'installation complexifient la mise en œuvre de dynamiques collectives tandis que les réalités sociales et économiques des habitants ainsi que le déficit d'offre de soins obligent à réaliser des diagnostics territoriaux approfondis. Par ailleurs, les dépenses pour les structures de soins de premier recours dans les territoires prioritaires de la politique de la ville peuvent être accentuées par une nécessité de sécurisation des locaux et du matériel.

Enfin, des caractéristiques peuvent influencer le choix quant au statut juridique même de la structure, par exemple pour pouvoir bénéficier de subventions publiques spécifiques.

En savoir plus :

L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010 –juillet 2010

<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>

Site internet du "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie"

<http://www.cmu.fr/>

Rapport Irdes N° 1800 - Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 - Juin 2010 - IRDES

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Etude et résultats N° 717 - Santé et recours aux soins des femmes et des hommes Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 Février 2010 – DRESS

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

LE TABLEAU de BORD de la SANTÉ en LORRAINE - Années 2004-2008 -UC-Centre de Médecine Préventive Vandœuvre-lès-Nancy

http://www.cmp.u-nancy.fr/publications_CMP/tabord/TB_LORRAINE_DEF_web.pdf

Atlas de la santé des lorrains - Septembre 2010 – ORSAS Lorraine

Première partie : CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

<http://www.orsas.fr/ARS/atlas1.pdf>

Seconde partie : ÉTAT DE SANTÉ, PATHOLOGIES

<http://www.orsas.fr/ARS/atlas2.pdf>

Economie Lorraine n°212 : Meuse : le clivage démographique est /ouest se confirme

- Mars 2010 – INSEE

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL212/EL212.pdf

Économie Lorraine n° 205-206 - Nouvelles ruralités en Lorraine : un «désir de campagne» limité à quelques espaces résidentiels et récréatifs - Février 2010 – INSEE

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL205-206/EL205-206.pdf

Points de repère n° 27 : Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 – Décembre 2009 - CNAMTS

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/27_-_ALD_2008.pdf D'après les données de l'enquête

II. Description de l'offre ambulatoire

A noter : début 2009, plus de 34 000 professionnels de la santé exercent en Lorraine, à titre libéral ou salarié. Les infirmiers diplômés d'Etat représentent 56% de ces professionnels, les médecins, généralistes ou autres spécialistes, 20%.

II.a. Offre ambulatoire libérale

II.a.1. Offre de premier recours : des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment dans les territoires enclavés et les anciennes zones minières

D'après la publication STATISS infos sur « l'accès aux soins de premier recours en Lorraine : des difficultés en zones rurales » de la DRASS Lorraine de septembre 2007, le recours aux soins de proximité n'est pas aussi aisé en Lorraine qu'au plan national.

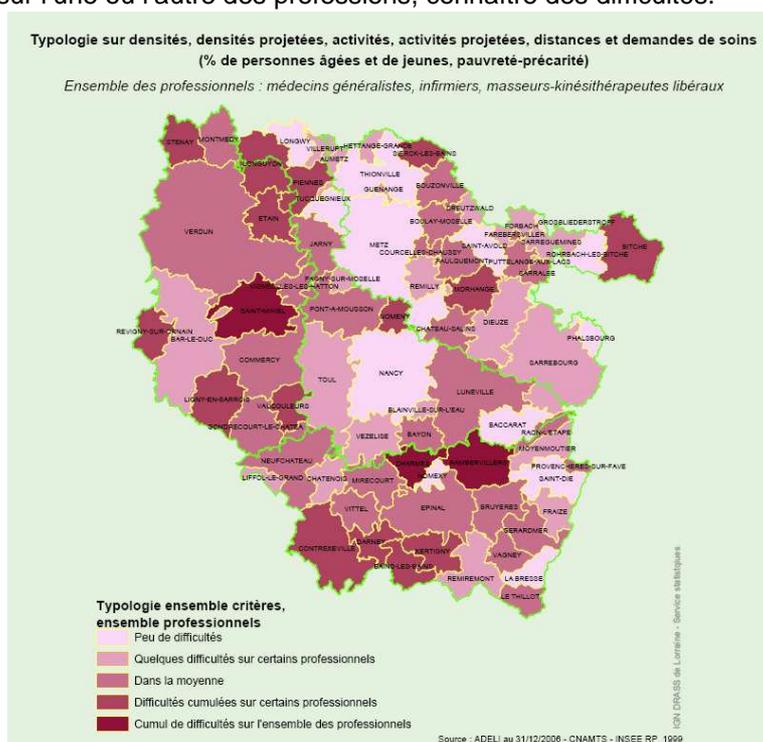
La démographie globale des personnels concernés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux) y est moins favorable. Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de professionnels y exerçant se situe en dessous de la moyenne nationale.

Par ailleurs, les territoires ruraux ou encore ceux situés sur les anciennes zones minières sont plus en difficulté sur ce plan que le sillon lorrain bénéficiant de la proximité des deux métropoles de Metz et Nancy.

Pour appréhender le cumul des difficultés, ont été superposés sur les territoires, pour ces trois professions, à la fois les indicateurs relatifs à l'offre (densité de professionnels, professionnels âgés, activité, distances entre les professionnels et leurs patients) et ceux concernant la demande de soins mesurée par le nombre de personnes âgées, le nombre de jeunes enfants ou le nombre de personnes en situation précaire.

La cartographie ainsi réalisée permet de mettre en évidence les bassins :

- sur lesquels l'offre est réduite ou en surcharge d'activité, ou le deviendra à l'avenir alors que la demande de soins restera relativement importante ;
- ceux, au contraire, qui pour le moment et à moyen terme, ne concentrent pas les déficits même si certains peuvent, sur l'une ou l'autre des professions, connaître des difficultés.



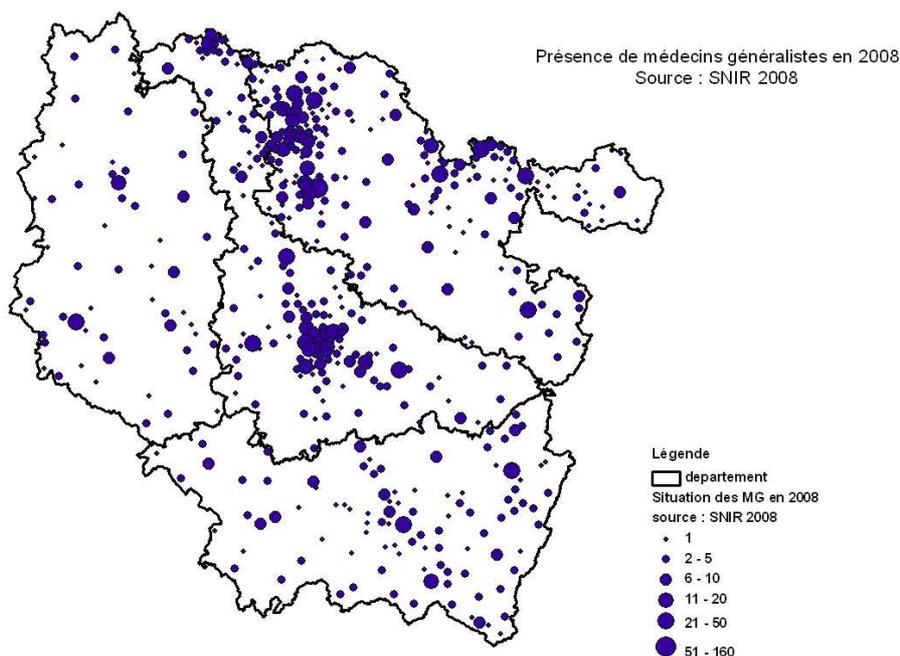
II.a.1.1. Médecins**II.a.1.1.1. Une présence médicale principalement là où se concentre la population**

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

Nombre et densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants au 31-12-2009

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Meuse du Nord	64	81,4	21	26,7
Pays Cœur de Lorraine	22	88,3	1	4,0
Pays du Bassin de Briey	66	87,0	21	27,8
Territoire de Longwy	76	90,5	22	26,2
Territoire de Thionville	237	105,7	132	58,8
Territoire de Metz	435	117,5	339	91,5
Bassin Houiller	213	85,7	104	41,8
Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	92	92,2	47	46,9
Pays du Saulnois	26	88,0	2	6,8
Pays de Sarrebourg	59	93,4	26	41,1
Pays Barrois	60	89,6	34	50,8
Pays du Haut Val de Meuse	22	93,6	3	12,8
Pays de l'Ouest Vosgien	64	109,4	22	37,6
Pays Terres de Lorraine	92	99,3	30	32,4
Pays du Val de Lorraine	111	117,6	33	35,0
Territoire de Nancy et de son aggro.	460	152,7	468	155,4
Pays Lunévillois	82	105,9	32	41,3
Pays d'Épinal - Cœur des Vosges	146	95,6	112	73,3
Pays de la Déodatie	79	94,2	26	31,0
Pays de Remiremont et de ses vallées	83	98,1	20	23,6
Lorraine Nord	1 291	99,3	715	55,0
Lorraine Sud	1 199	115,8	780	75,3
Meurthe-et-Moselle	884	121,9	606	83,6
Meuse	168	86,7	59	30,5
Moselle	1 063	102,5	650	62,7
Vosges	375	98,7	180	47,4
Lorraine	2 490	106,6	1 495	64,0
France métropolitaine	68 339	111,3	54 157	88,2

Source : ARS (ADELI)



II.a.1.1.2. Les médecins généralistes libéraux : un vieillissement des effectifs et une difficulté de renouvellement dans les territoires déjà moins pourvus

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

Agés en moyenne de 50 ans, l'exercice libéral concerne 61% des médecins généralistes inscrits à l'Ordre.

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs même si ces mouvements demeurent en Lorraine un peu moins soutenus qu'au niveau national. Dans les deux départements ruraux, près de la moitié des médecins généralistes libéraux est âgée de 55 ans et plus (48% en Meuse, 46% dans les Vosges). La proportion peut être localement plus élevée. En Meurthe-et-Moselle, 3 médecins généralistes libéraux sur 10 sont des femmes, contre 29% à l'échelle de la métropole.

Tableau n°6 : Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins généralistes libéraux

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Meurthe-et-Moselle	93	51	33%	31%
Meuse	63,9	52	48%	13%
Moselle	83,3	51	38%	25%
Vosges	77,5	52	46%	22%
Lorraine	83,7	51	38%	24%
Métropole	90,7	52	42%	29%

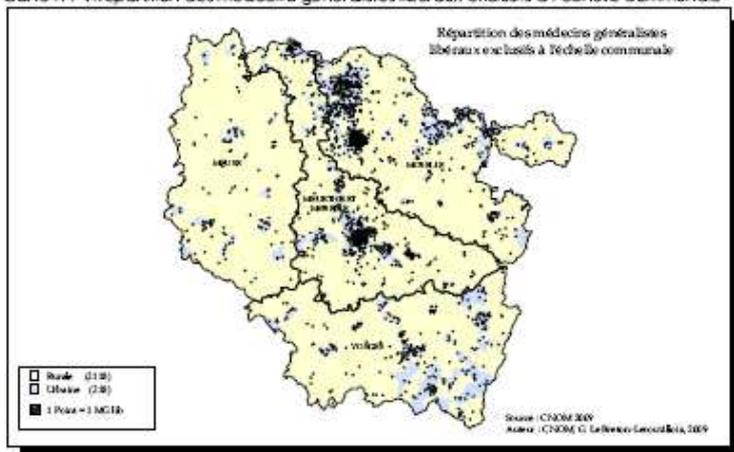
Source : CNOM, 2009

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

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

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

Carte n°7 : Répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs à l'échelle communale



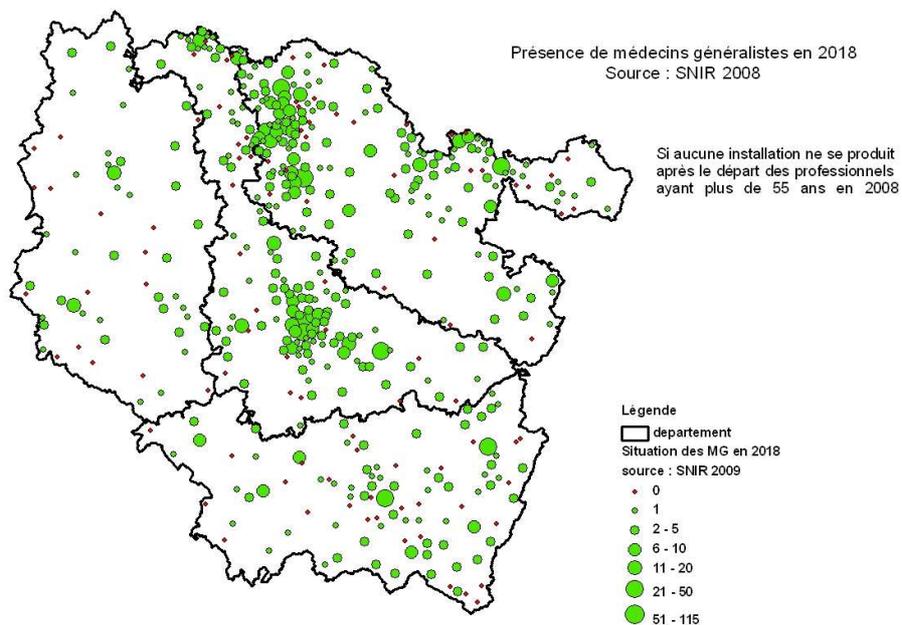
Source : CNOM, 2009

Problématique des remplaçants :

D'après l'atlas de la démographie médicale de l'ordre des médecins aux 1^{er} janvier 2009, le remplacement est un mode d'exercice en pleine expansion.

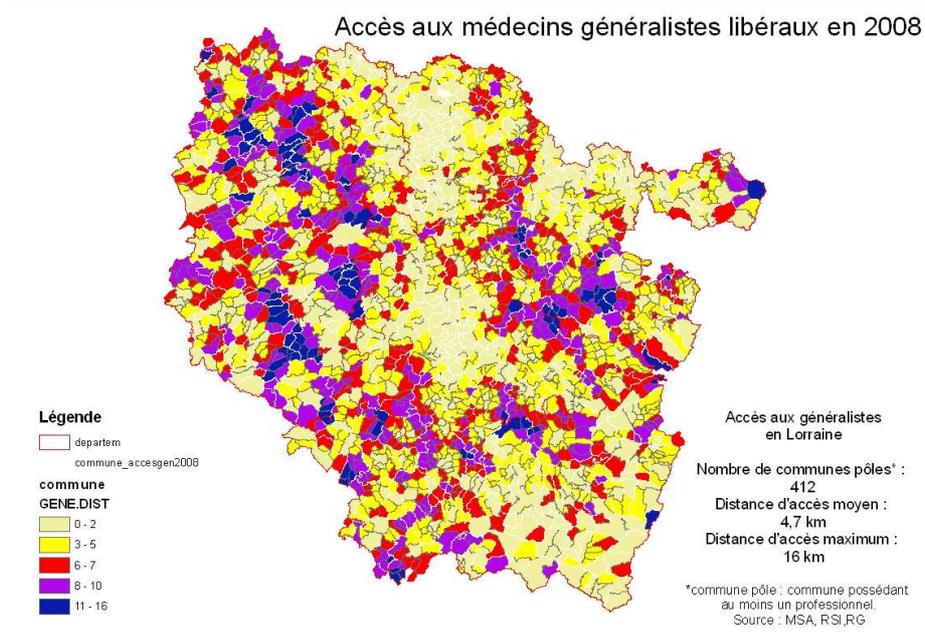
Si le remplacement est toujours une activité des nouveaux médecins avant une installation définitive, pour d'autres c'est une activité pérenne.

Plus inquiétant certains médecins quittent l'exercice libéral, pour redevenir remplaçants.



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

Les distances d'accès aux médecins généralistes sont variables en Lorraine, en moyenne cette distance est de 5 kms. Ce sont les communes rurales de la Meuse, de l'ouest Vosgien et du sud Mosellan, où l'accès au médecin généraliste est le plus long.



II.a.1.2. Autres professionnels de santé**Nombre des autres professionnels de santé libéraux au 31-12-2009** Source : ARS (ADELI)

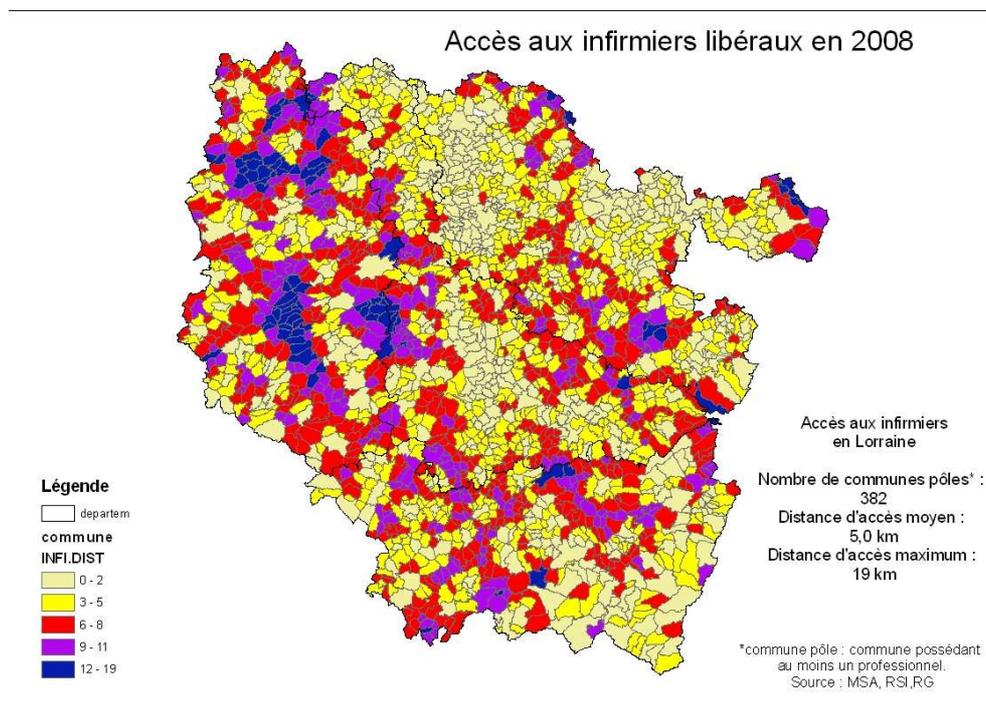
	Chirurgiens- dent	Infirmiers	Masseurs kin	Orthopho n	Orthoptistes	Pédicures- podo	Sages- f
Meuse du Nord	25	78	45	19	3	7	1
Pays Cœur de Lorraine	6	23	10	3	0	1	0
Pays du Bassin de Briey	30	53	35	11	1	4	2
Territoire de Longwy	34	93	44	19	1	6	2
Territoire de Thionville	127	212	114	50	4	16	12
Territoire de Metz	241	428	241	79	11	58	28
Bassin Houiller	138	312	116	32	2	19	12
Pays de Sarreguemines-Bitche-	51	127	50	6	2	9	2
Pays du Saulnois	12	40	12	7	0	3	1
Pays de Sarrebourg	36	103	39	6	1	5	3
Pays Barrois	23	59	29	8	3	9	1
Pays du Haut Val de Meuse	10	26	8	4	0	2	1
Pays de l'Ouest Vosgien	28	54	29	8	3	9	2
Pays Terres de Lorraine	50	91	61	22	3	10	3
Pays du Val de Lorraine	63	80	52	27	3	13	3
Territoire de Nancy et de son	276	272	255	89	27	51	19
Pays Lunévillois	39	84	31	19	1	6	3
Pays d'Épinal - Cœur des Vosges	84	120	80	27	5	16	13
Pays de la Déodatie	43	75	60	13	2	5	2
Pays de Remiremont et de ses	36	65	53	13	0	10	6
Lorraine Nord	700	1 469	706	232	25	128	63
Lorraine Sud	652	926	658	230	47	131	53
Meurthe-et-Moselle	491	672	475	187	36	89	32
Meuse	65	185	93	34	6	19	3
Moselle	605	1 222	572	180	20	110	58
Vosges	191	316	224	61	10	41	23
Lorraine	1 352	2 395	1 364	462	72	259	116
France métropolitaine	37 293	73 510	52 804	14 744	2 205	10 832	3 232

II.a.1.2.1. Les IDEL : une démographie relativement jeune et une répartition sensiblement comparable à celle des médecins généralistes

Les infirmiers libéraux composent un effectif relativement plus jeune (13% ont plus de 55 ans en Lorraine versus 16% en France métropolitaine).

Au 1^{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.

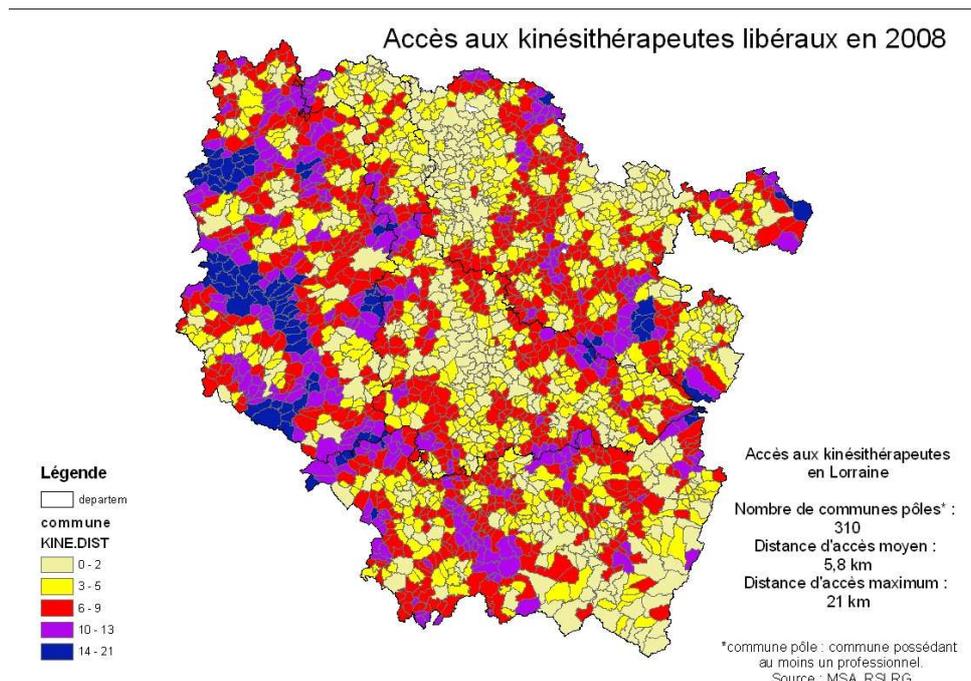


A noter : cette carte ne tient pas compte de l'offre complémentaire des SSIAD et des CSI

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

II.a.1.2.2. Les masseurs-kinésithérapeutes : une faible densité régionale et des disparités départementales marquées

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

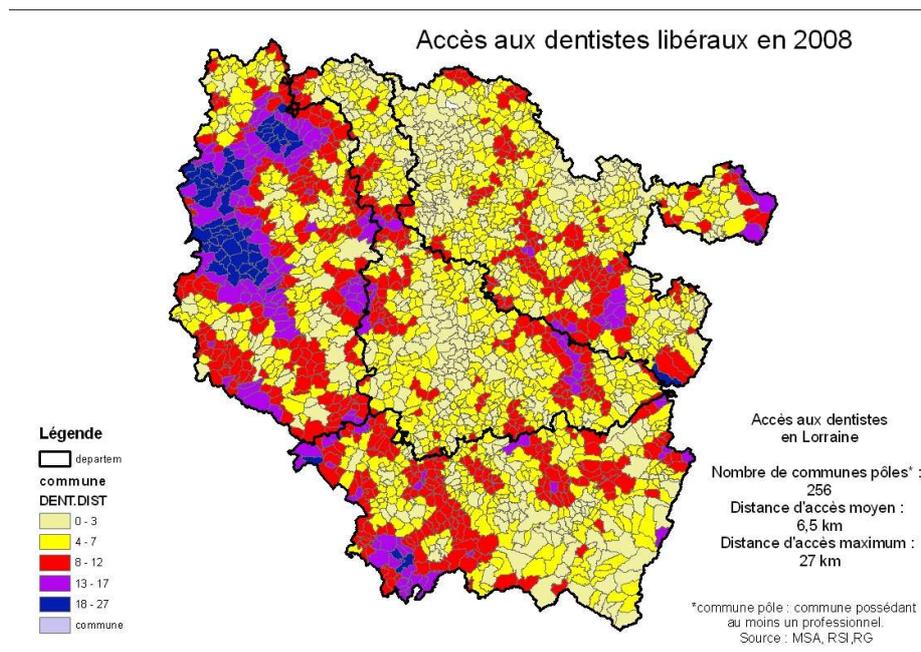


II.a.1.2.3. Les chirurgiens-dentistes : une répartition liée en partie aux niveaux et perspectives d'activité

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

La distance moyenne d'accès au praticien libéral le plus proche est de 6,5 km en Lorraine.

L'accès à des praticiens tels que les chirurgiens-dentistes révèle davantage les difficultés d'accès en milieu rural et notamment en Meuse.



La répartition des professionnels est en partie liée aux niveaux et perspectives d'activité professionnelle qu'imposent les conditions de rentabilisation d'un plateau technique lourd et onéreux. Selon l'URPS Lorraine des chirurgiens-dentistes, les praticiens se trouveraient ainsi moins enclins à exercer au sein de maisons de santé qu'à se regrouper entre confrères afin de mutualiser l'investissement matériel nécessaire à l'exercice professionnel.

II.a.1.3. SSIAD

Source FINESS au 1^{er} janvier 2010

Les SSIAD pour Personnes Agées

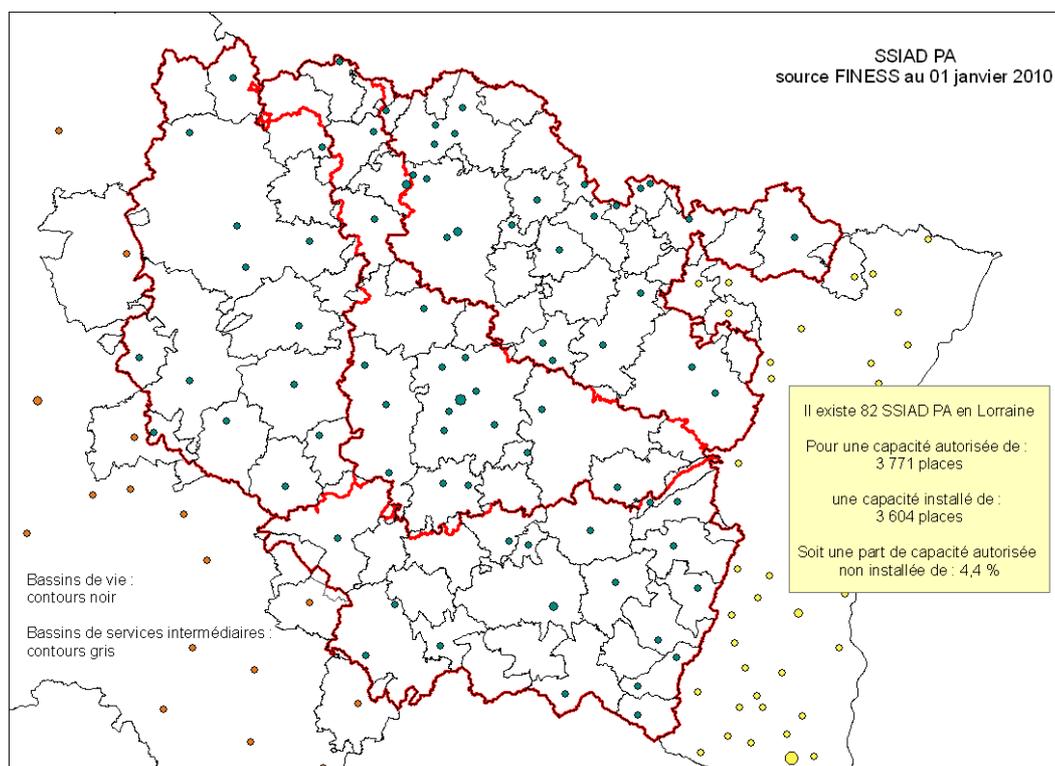
Il existe 82 SSIAD PA en Lorraine

Pour une capacité autorisée de : 3 771 places

une capacité installée de : 3 604 places

Soit une part de capacité autorisée non installée de : 4,4 %.

Département	SSIAD PA au 1er janvier 2010 source FINESS			Différence entre capacité autorisée et installée	
	Nombre d'établissements	Capacité autorisée	Capacité installée	Nombre	Part
Meurthe et Moselle	23	1 177	1 097	80	6,8%
Meuse	14	473	473	0	0,0%
Moselle	26	1 435	1 391	44	3,1%
Vosges	19	686	643	43	6,3%
Lorraine	82	3 771	3 604	167	4,4%



Les SSIAD pour Personnes Handicapées

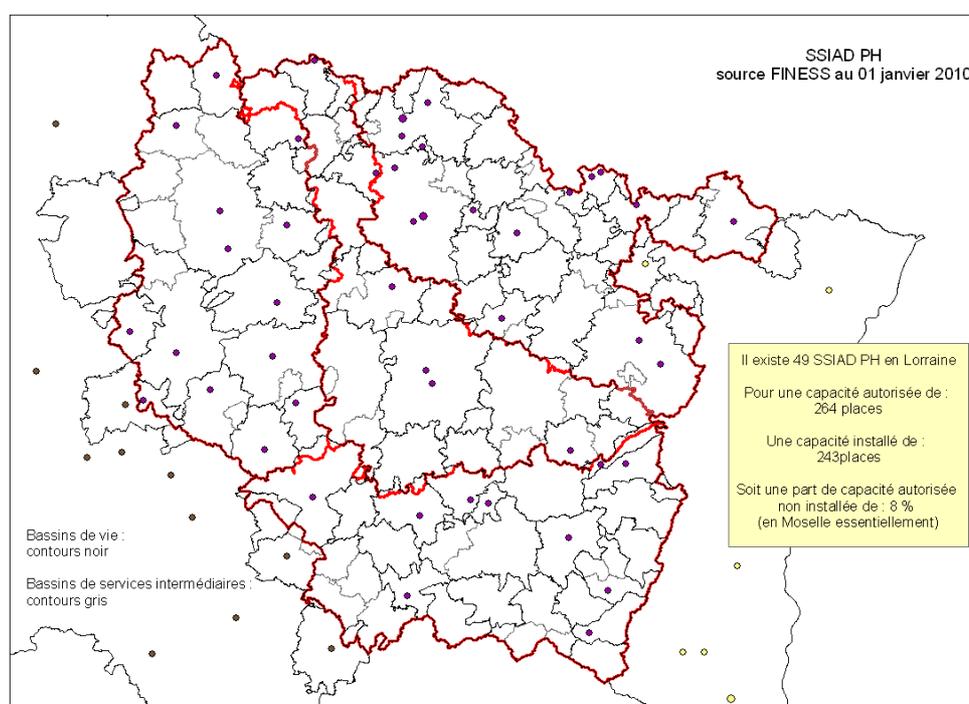
Il existe 49 SSIAD PH en Lorraine

Pour une capacité autorisée de : 264 places

une capacité installée de : 243 places

Soit une part de capacité autorisée non installée de : 8 % (en Moselle essentiellement).

Département	SSIAD PH au 1er janvier 2010 source FINESS			Différence entre capacité autorisée et installée	
	Nombre d'établissements	Capacité autorisée	Capacité installée	Nombre	Part
Meurthe et Moselle	6	48	48	0	0,0%
Meuse	14	62	62	0	0,0%
Moselle	19	107	86	21	19,6%
Vosges	10	47	47	0	0,0%
Lorraine	49	264	243	21	8,0%



II.a.1.4. Officines de ville

D'après le rapport de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) sur l'« état des lieux de la profession de pharmacien en lorraine » de mars 2010, la question de la démographie des pharmaciens en Lorraine n'est pas aussi préoccupante que celle des médecins.

D'abord, parce que l'installation des pharmacies d'officine est réglementée, comme sur le reste du territoire, ce qui induit une certaine homogénéité de densité, exception faite cependant du département de la Moselle affichant une moindre densité. Ce constat résulte, pour la Moselle, des quotas d'installation différents (une officine dessert plus d'habitants en Moselle que dans le reste de la Lorraine).

Ensuite parce que les pharmaciens formés par la faculté de pharmacie de Nancy sont, pour une grande majorité d'entre eux, originaires de Lorraine et s'installent de ce fait d'autant plus facilement dans leur région d'origine.

La situation pour les adjoints d'officine est néanmoins un peu plus délicate. Ceux-ci font défaut dans plusieurs territoires, en particulier dans le bassin houiller, et sur les territoires de Thionville et Sarrebourg.

L'URPS Lorraine des pharmaciens souligne cependant que l'activité officinale étant dépendante à plus de 85% de la prescription, toute modification de l'environnement médical et paramédical est susceptible de produire une incidence sur le maillage officinal du territoire régional.

A cela, l'URPS Lorraine des pharmaciens met en exergue de probables difficultés à venir de renouvellement des titulaires qui cesseront leur activité par des pharmaciens disposés à reprendre une officine.

L'association de plusieurs critères (densité de pharmaciens, consommation d'actes, densité de médecins et proportion de personnes âgées sur le territoire) permet de mettre en évidence des difficultés plus importantes sur le nord de la région. Dans ces zones, en particulier en Moselle Est, les consommations d'actes médicaux sont importantes alors que les pharmacies d'officine sont moins nombreuses et ne comptent pas autant de pharmaciens que ne le prévoit la réglementation.

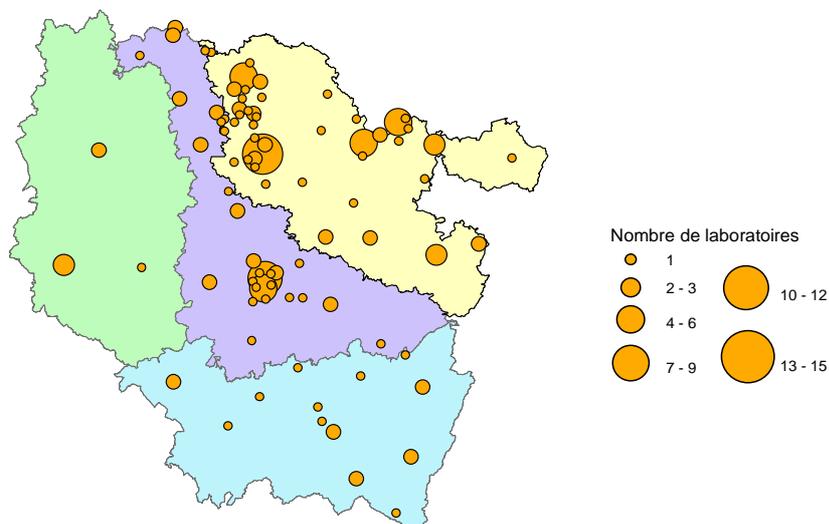
II.a.1.5. Laboratoires de biologie médicale

Etat des lieux du nombre de laboratoires de biologie médicale sur le territoire de la lorraine au 31 décembre 2010

Département	Nombre d'implantations de laboratoires privés	Nombre d'implantation de laboratoires publics	Nombre de laboratoires dans d'autres structures	Laboratoires de biologie médicale
54	44	7	3 (1 UCCMP 2 EFS)	
55	4	2		
57	73	11	1(EFS)	
88	15	4	1(EFS)	
région lorraine	136	24	5	165

UCCMP : UC Centre de Médecine Préventive
EFS : Etablissement Français du Sang

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



II.a.2. Offre spécialisée

II.a.2.1. Les médecins spécialistes (hors médecine générale) : une moindre dotation et un ancrage géographique autour des centres hospitaliers

51% des médecins spécialistes exercent leur activité en tant que salarié. Agés en moyenne de 51 ans, les libéraux exclusifs représentent 30% des effectifs des médecins spécialistes inscrits à l'Ordre.

Tableau n°8 : Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins spécialistes en activité régulière

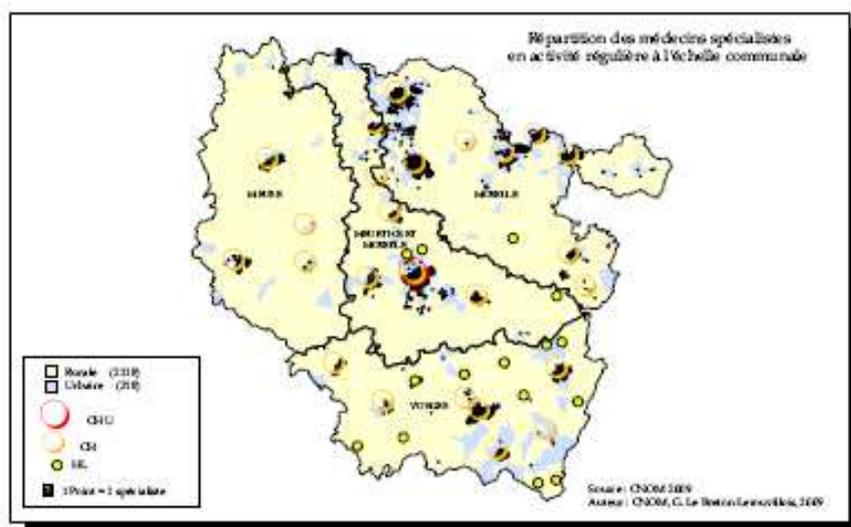
	Densité 100 000 hbs	Moy. Age	>=55 ans	Part femmes
Meurthe-et-Moselle	206,5	49	35%	45%
Meuse	69,4	55	55%	32%
Moselle	122,9	52	42%	32%
Vosges	88,9	54	51%	35%
Lorraine	138,7	51	41%	39%
Métropole	166,9	51	40%	40%

Source : CNOM, 2009

Les médecins spécialistes en activité régulière sont proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine (138,7 pour 100 000 habitants) qu'en France (166,9).

Les médecins spécialistes se concentrent principalement à proximité des établissements hospitaliers.

Carte n°8 : Répartition des médecins spécialistes en activité régulière à l'échelle communale



Source : CNOM, 2009

La Meuse est le département le plus défavorisé : seulement 69,4 spécialistes pour 100 000 habitants et plus de la moitié des praticiens (55%) est âgé de 55 ans et plus.

L'essentiel des spécialistes meusiens exercent à Bar-le-Duc et Verdun. Les faibles dotations meusiennes en pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres attirent particulièrement l'attention.

II.a.2.2. Les spécialités en accès direct

Depuis le 1er juillet 2005, tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un **parcours de soins coordonnés**. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'usager de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la sécurité sociale.

Certains spécialistes demeurent néanmoins accessibles, sans majoration, sans passer par le médecin traitant. Il s'agit des gynécologues, ophtalmologistes, dentistes, pédiatres et psychiatres.

II.a.2.3. Les différents secteurs d'activités

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant de base de remboursement par l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel (tarifs opposables) :

Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de la part du patient, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie même si le patient rentre dans le dispositif du parcours de soins coordonnés.

Les médecins doivent appliquer à leurs patients les tarifs prévus dans la convention c'est-à-dire ceux qui servent de base de remboursement par l'Assurance Maladie. En échange, l'Assurance Maladie prend en charge les deux tiers de leurs cotisations sociales.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres :

Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Selon l'article 53 du Code de déontologie médicale et selon l'article R4127-53 du Code de la Santé publique, ces dépassements doivent être pratiqués avec « tact et mesure ». Ils doivent dépendre de la nature, de l'importance ou de la durée des soins ou encore des possibilités financières du patient.

Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire :

Qu'il soit généraliste ou spécialiste de secteur 1 ou 2, le professionnel de santé doit respecter les tarifs conventionnels.

II.a.2.4. Un problème possible d'accès aux soins : les dépassements d'honoraires

D'après une étude sur les « problèmes d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires » d'octobre 2008 de l'URCAM Lorraine, il était dénombré 1 175 médecins spécialistes libéraux* en Lorraine dont 24 % exercent en secteur 2 (honoraires libres).

Démographie médicale en Lorraine en juin 2008

		nbre de praticiens en secteur 1	nbre de praticiens en secteur 2	nbre de praticiens total	part secteur 2	densité médicale pour 100 000 hab.
médecins spécialistes*	54	410	190	600	31,70%	84,1
	55	59	19	78	24,40%	40,6
	57	551	109	660	16,50%	64,5
	88	155	53	208	25,50%	54,6
	Lorraine	1175	371	1546	24,00%	66,9

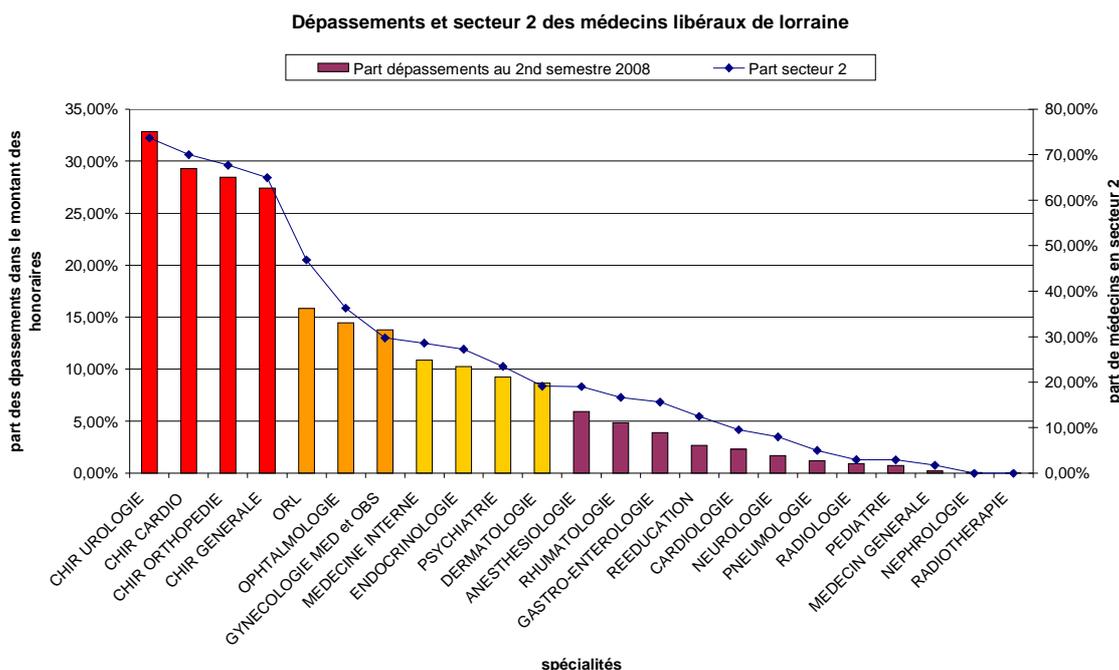
Source : URCAM Lorraine - INSEE recensement 1999

(*) Il s'agit des médecins ayant un exercice libéral intégral mais aussi les médecins hospitaliers exerçant pour une partie de leur temps en secteur privé.

Nota : En ce qui concerne les spécialités chirurgicales, la part des praticiens exerçant en secteur libéral est minoritaire par rapport au secteur hospitalier public.

Le montant des dépassements représente en moyenne 0,58% du montant des honoraires en secteur 1 contre 29,64% en secteur 2.

Le montant des dépassements varie aussi selon la spécialité du praticien. Les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Aux alentours de 15%, on trouve des spécialités plus « courantes » tel que l'ORL, l'ophtalmologie et la gynécologie.



Remarque :

Les dépassements ne sont pas uniquement l'affaire des praticiens de secteur 2, certains spécialistes de secteur 1 ne respectant pas leurs engagements.

Un problème d'accès aux soins peut se poser :

- dans les zones où la densité médicale est faible,
- si les médecins de secteur 2 constituent l'essentiel de l'offre de soins de leur spécialité,
- lorsque le montant de ses dépassements devient une charge trop importante pour le patient.

L'accumulation de ses éléments aggrave d'autant plus la situation.

En conclusion, afin de garantir à tous un bon accès aux soins il convient de :

- veiller au respect des engagements des médecins vis-à-vis de leurs patients (tarif opposable pour les secteurs 1 et « tact et mesure » pour les secteurs 2).
- surveiller l'évolution de la démographie médicale en région (installation ou cessation d'activité de médecins, selon leur spécialité et leur secteur conventionnel).

II.a.2.5. Les spécialités les plus en difficultés

Le Comité Régional de l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS) a en 2006 dirigé ses études vers les 10 spécialités médicales les plus en difficulté en Lorraine :

- 1 Anesthésie réanimation
- 2 Radiologie imagerie médicale
- 3 Psychiatrie
- 4 Cardiologie
- 5 Rééducation-réadaptation
- 6 Diabétologie-endocrinologie
- 7 Chirurgie
- 8 Ophtalmologie
- 9 Rhumatologie
- 10 Dermatologie et vénéréologie.

Il continue son action en 2011 en s'intéressant à la programmation des postes d'internes dans ces spécialités.

II.b. Services de santé

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

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

Ces structures répondent à des objectifs variés :

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

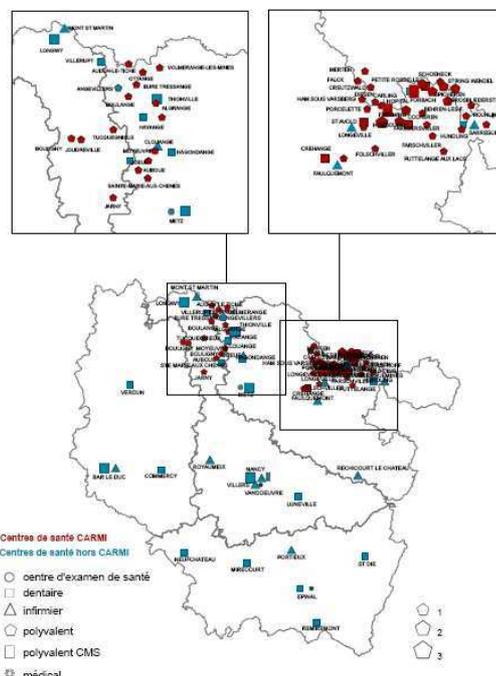
La Loi HPST impose aux maisons de santé et aux centres de santé de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités.

II.b.1. Centres de santé

Localisation des Centres de Santé au 31.12.2010



Localisation des Centres de Santé au 31.12.2010



II.b.1.1. Centres de Santé FILIERIS

Le régime de sécurité sociale des mines gère le réseau d'offre de santé FILIERIS (centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux). La Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines (CARMi) de l'Est est implantée dans les 2 bassins miniers de Lorraine : Fer et Sel (bassin ferrifère), Moselle-Est (bassin houiller). Un décret du 30 août 2011 réforme le régime spécial de sécurité sociale minière en organisant son intégration progressive au régime général.

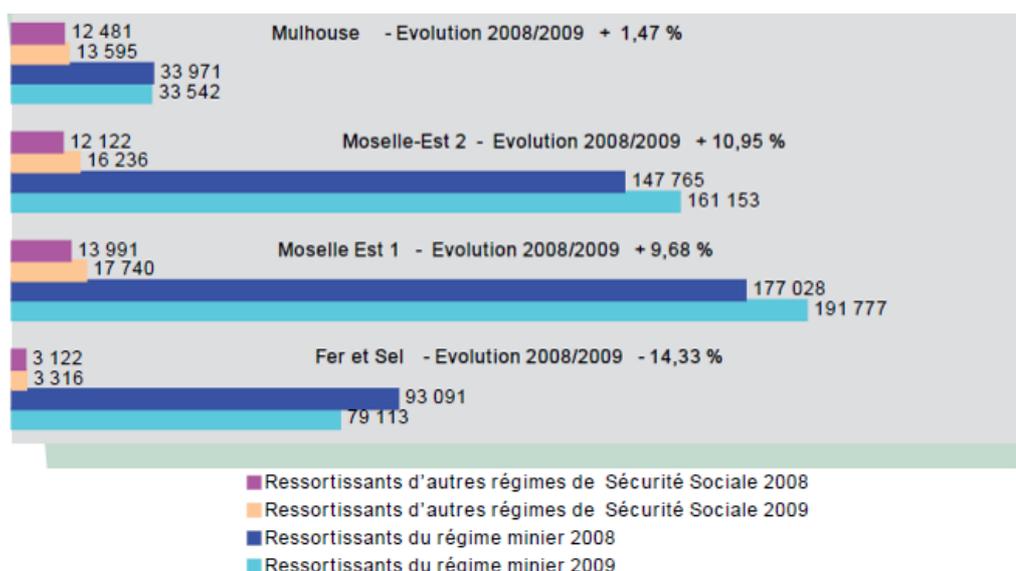
1) Lignes directrices générales du projet de santé régional FILIERIS-CARMi-EST (versant ambulatoire)

- Une offre de soins axée sur 3 dynamiques dirigées vers :
 - les populations précaires
 - les personnes âgées
 - les personnes atteintes de maladies chroniques : programme d'éducation thérapeutique OPERA (BPCO et maladies cardio-vasculaires) conduit sur 3 centres de santé (Farebersviller, Ottange, Behren), programme « Je t'aime mon cœur » (cellules éducatives sur 4 territoires : Bassin Houiller, Sarreguemines, Briey, Saulnois).

- Des actions de prévention ciblées : vaccinations (présence d'un CLAT et d'un CV au CMS de Forbach), prévention des cancers (cancer du sein et colorectal : en 2009, 4202 affiliés ont pu bénéficier d'un dépistage du cancer colorectal et 1817 femmes d'une mammographie de contrôle).
- Une inscription dans l'organisation des territoires de santé en développant :
 - les liens ville/hôpital /médico-social
 - le maintien à domicile : 4 SSIAD (Spincourt, Audun-le-Roman, Fontoy, Briey-Homécourt) et une équipe mobile Alzheimer (rattachée au SSIAD d'Audun-le-Roman et intervenant sur le territoire des 4 SSIAD)
 - le partage d'informations.

2) Spécificités concernant les Centres de Santé

- Ouverture depuis 2005 à toute la population (diminution de la population minière de 5 à 8% par an)
L'ouverture aux patients des autres régimes est effective et en voie d'amélioration :
Les soins (actes médicaux) sont dispensés pour 90.2 % à des patients issus du régime minier.
En 2008, 8.5 % des patients relevaient du régime général ; en 2009, le taux est de 9.8 %.



- Pratique du tiers payant, non dépassement d'honoraires
- Participation des médecins généralistes à la permanence des soins
- Engagement dans une démarche d'amélioration continue en application du référentiel HAS : la convention d'Objectifs et de Gestion 2008-2011, signée le 24 janvier 2008 entre l'Etat et la CANSSM précise que les centres devront s'approprier le référentiel organisationnel des centres de santé validé par la HAS et se préparer méthodiquement à l'accréditation/certification.

- **Recomposition de l'offre de soins :**
Réorganisation engagée des « dispensaires » en centres de santé (CDS) :
- bassin ferrifère : passage de 33 dispensaires à 15 CDS polyvalents. En 2010, y exerçaient 8 ETP de médecins généralistes, 12,5 ETP d'infirmières, 1 ETP de chirurgien-dentiste.
 - bassin houiller : actuellement 44 CDS dont 4 dentaires et 2 médicaux spécialisés. En 2010, y exerçaient 45 ETP de médecins généralistes, 44 ETP d'infirmières, 10 ETP de chirurgiens-dentistes et 8 spécialistes (1 radiologue, 2 ophtalmologues, 2 dermatologues, 1 psychiatre, 2 rhumatologues).
Restructuration en cours, avec pour objectifs : renforcer la présence médicale dans les CDS, élargir les plages d'ouverture horaire, renforcer la prise en charge de proximité en développant les soins infirmiers à domicile avec mise en place de pôles infirmiers, réduire le déficit des CDS.

Le Centre de médecine spécialisée de Freyming : y interviennent 10 médecins : (3 MG, 2 rhumatologues, 2 dermatologues, 1 psychiatre ayant une forte activité de pédopsychiatrie, 1 ORL, 1 ophtalmologue), 2 chirurgiens-dentistes, 2 assistantes dentaires, 3 IDE, 1 MK (détaché de l'hôpital de Freyming) sur 0,2 ETP, 1 magasin d'optique, 1 centre de prélèvements biologiques, le service social de la CARMI.

Le bâtiment appartient à la CARMI et dispose d'espaces inoccupés pouvant accueillir éventuellement de nouveaux professionnels (psychologue, orthophoniste...)

Le projet du centre repose sur 4 axes prioritaires :

- prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées (articulation avec le réseau REGEME),
- prise en charge coordonnée de l'alcoolisme et de ses conséquences familiales,
- prise en charge et suivi du handicap sensoriel,
- prévention de l'échec scolaire.

Le Centre de médecine spécialisée de Forbach : y interviennent 4 médecins (1 MG, 1 ophtalmologue, 1 radiologue, 1 pneumologue), 1 chirurgien-dentiste, 1 assistante dentaire, 2 IDE, 3 manipulateurs radio.

Un Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) est installé dans le CMS de Forbach. Il compte un médecin pneumologue coordonnateur mis à disposition par la Caisse Primaire de Metz. Les patients accueillis relèvent de toute la Moselle hormis le secteur de Metz/Château-Salins qui relève du CLAT de Metz.

Certains centres de santé FILIERIS sont également voire exclusivement des centres dentaires.

On constate une augmentation globale de l'activité dentaire de 2 % (927 622 actes en 2008 et 945 853 en 2009).

L'augmentation des actes est principalement constatée sur les actes cotés en soins conservateurs (SC), + 4,3 %, et les actes de prothèses, + 3,4 % ; par contre, l'activité en orthodontie (TO) a diminué de 6 %.

L'option de coordination des soins dentaires a été effective dès le 1^{er} trimestre 2009. Le nombre de patients ayant adhéré à cette option en 2009 est de 2 905 sur 20 942 soit 13,9 %.

II.b.1.2. Autres centres

a) Centres polyvalents

Le Centre de Santé de la MGEN à Nancy : situé en centre ville (en mitoyenneté avec le Centre E. Gallé), ouvert à tout public, souffre d'une sous-activité liée à un manque de connaissance de cette structure de la part du public et des partenaires.

Il dispose d'une offre de médecine générale (4 médecins généralistes) et spécialisée (angiologie, nutrition, cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, psychiatrie, gynécologie, rhumatologie, urologie) ; sont présents également, deux kinésithérapeutes, une infirmière, deux aides-soignantes. Le centre héberge un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et un Centre d'Information, de Dépistage et Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Le positionnement actuel s'oriente vers un développement de la gynécologie médicale et de l'orthogénie, deux disciplines dont l'offre est en décroissance sur Nancy.

Le centre participe également à des activités de prévention en partenariat avec le Conseil Général dans le cadre du CPEF (actions en milieu scolaire), avec l'Education Nationale (visites de prévention à l'attention du personnel de l'Education Nationale), avec la Mutualité Française Lorraine.

Le Centre d'Examens de Santé (CES) de la CPAM de Moselle : situé au centre de Metz, intervient sur tout le département mosellan.

Il est habilité comme Centre de Vaccinations (CV), CIDDIST et CLAT. Il propose des examens personnalisés de santé (EPS) à tous les mosellans, et en priorité aux personnes fragilisées ou éloignées du système de santé. En cas de dépistage d'une affection importante, et dans le cadre de son « service de suite », le CES facilite la prise en charge de la consultation chez le médecin traitant et s'assure de la mise en œuvre d'une démarche de soins par le patient.

Le CES fait partie d'un réseau autorisé par la CNAMTS à expérimenter des actions d'Education Thérapeutique pour les patients atteints de diabète de type 2.

b) Centres de Soins Infirmiers (CSI)

Meurthe-et-Moselle :

- le CSI Brancion à Royameix implanté sur le secteur rural Tulois nord, géré par l'Association « Le Tulois Nord Familial » (qui gère également un SSIAD dans les mêmes locaux, et un EHPAD). Disposant de 4,5 ETP d'infirmiers, il a une activité de soins, mais aussi de prévention et d'éducation à la santé. Il est répertorié comme terrain de stage auprès des IFSI de Nancy.
- le CSI de l'ALSAD (Association Lorraine de Soins à Domicile) situé à Villers-les- Nancy ; sa zone d'intervention couvre la banlieue ouest de Nancy. Il accueille des étudiants en soins infirmiers et des élèves de 1^{re} SMS.
- Le CSI géré par la Congrégation des Sœurs de St Charles, situé à Mont-St-Martin.

Moselle :

- le CSI St Vincent de Paul géré par l'ACSI (association de droit local), situé à Sarreguemines. Il intervient sur la ville elle-même et les environs proches. Disposant de 7,7 ETP d'infirmiers, le CDS réalise des activités de soins et des actions de suivi des patients diabétiques. Il accueille des étudiants en soins infirmiers en collaboration avec l'IFSI de Sarreguemines.
- le CSI géré par l'Association « Santé Pour Tous » situé à Clouange, et disposant d'une annexe à Bousse, soit 9,25 ETP d'infirmiers à Clouange et 10,8 ETP à Bousse. Le centre accueille une permanence d'assistante sociale et des consultations de PMI. Il assure des activités de soins et de prévention (ateliers équilibre, mémoire, nutrition, prévention cardio-vasculaire).
- le CSI du CCAS de Faulquemont intervient dans un rayon de 10 km autour de Faulquemont. Il dispose de 4,5 ETP d'infirmiers.
- le CSI géré par le CCAS de Longeville-les-St-Avold prend en charge en grande majorité des patients domiciliés dans la commune. Il dispose de 3 ETP d'infirmiers.

Vosges :

- le CSI de la Providence, situé à Portieux, en zone rurale. Le centre assure des activités de prévention et d'éducation à la santé (nutrition, addictions, santé mentale). Il accueille des étudiants en IFSI et prépa pharmacie.

c) Centres dentaires

Les Centres de Santé dentaires Mutualistes : Cette offre dentaire est urbaine, répartie sur les quatre départements lorrains mais ne couvre pas les zones couvertes par l'offre FILIERIS.

L'Union Territoriale Mutualiste Lorraine (UTML) souhaite s'investir dans les zones géographiques démunies en termes d'offre de soins.

Meurthe-et-Moselle :

- 3 centres gérés par l'UTML (Nancy : 3 fauteuils pour 2,95 ETP dentistes, Longwy : 3 fauteuils pour 2 ETP dentistes, et Lunéville : 2 fauteuils pour 1 ETP dentiste)
- 2 centres gérés par le Pôle Santé Mutualiste Européen (Villerupt : 2 ETP dentistes, et Longwy : 1 ETP)
- 1 centre géré par la Mutuelle de France Réseau Est et implanté dans les locaux de la Maison médicale André Aweng de Joeuf (qui hébergent également un CDS CARMI polyvalent) : 1 ETP dentiste.

Vosges :

- 5 centres gérés par l'UTML (Epinal : 4 fauteuils pour 5,2 ETP dentistes, Neufchâteau : 1 fauteuil pour 1,3 ETP, Mirecourt : 2 fauteuils pour 1,8 ETP, St Dié : 3 fauteuils pour 3,75 ETP, Remiremont : 2 fauteuils pour 2 ETP).

Meuse :

- 3 centres gérés par l'UTML (Bar-le-Duc : 1,7 ETP dentiste, Verdun : 3 ETP, Commercy : 2,2 ETP).

Moselle :

- 2 centres gérés par l'UTML (Metz : 5 fauteuils pour 4,75 ETP dentistes, Thionville : 3 fauteuils pour 4 ETP).

Les Centres dentaires CPAM :

Meurthe-et-Moselle :

- 1 centre géré par la CPAM de Nancy (2 fauteuils pour 1 médecin stomatologue, 2 chirurgiens-dentistes).

Meuse :

- 1 centre géré par la CPAM Bar-le-Duc (1 ETP dentiste) ; conventionnement avec le CHS de Fains-Veel et le CH de Bar-le-Duc pour favoriser la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation d'urgence sociale.

Moselle :

- 6 centres gérés par la CPAM de Moselle implantés à Metz, Hagondange, Hayange, Thionville, Forbach et Sarreguemines (6 ETP dentistes, 5 ETP prothésistes dentaires) ; ces centres ont pour objectif d'apporter une attention particulière au public précaire ou fragilisé en terme de prise en charge et de prévention.

d) Centres de l'Établissement Français du Sang Lorraine Champagne

- L'unité d'Hémaphérèse Thérapeutique site de Vandoeuvre, prestataire pour le CHU d'actes thérapeutiques d'hémaphérèse.
- Le CDS site d'Epinal accueille les patients des Vosges pour des saignées.

II.b.2. Maisons de santé pluridisciplinaires

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

En raison notamment du foisonnement des initiatives, de la multiplicité des sources de financement tant privées que publiques, d'un retour d'information souvent facultatif après l'accord de financement, il est très difficile de connaître avec précision le nombre des projets et réalisations.

A défaut d'être exhaustif, le recensement cartographique ci-dessous, fondé sur un partage d'informations avec la FEMALOR et les autres financeurs, livre un inventaire relativement approché.

La dynamique des maisons de santé pluridisciplinaires est soutenue en Lorraine :

Dix-sept maisons de santé, ayant bénéficié de financements publics, sont réputées en activité. Cinq structures auraient été financées sur des fonds privés ; à cet égard, elles ne peuvent être qualifiées avec certitude de maisons de santé pluridisciplinaires.

Au 15 octobre 2011 :

- o dix projets ont été retenus dans le cadre du plan national d'équipements en maisons de santé pluridisciplinaires,
- o onze projets sont en phase d'opérationnalisation (construction en cours ou prochaine),
- o dix-neuf projets sont en cours d'élaboration,
- o vingt-sept réflexions sont menées à des degrés plus ou moins avancés.

Nombre de projets et de réflexions ont récemment émergé et investissent des territoires jusqu'alors dépourvus.

Ils concernent principalement :

- en Meurthe-et-Moselle : le Saintois, le Lunévillois et le nord du département,
- en Meuse : l'ouest du département,
- en Moselle : le nord du département et le pays de Sarrebourg,
- dans les Vosges : l'est et l'ouest du département.

D'autres émergent également dans à grande proximité voire au sein des agglomérations lorraines : autour ou à côté de Longwy, Jarny, Thionville, Remiremont, et dans un périmètre un peu plus éloigné de l'agglomération messine.

Force est de constater que le département de la Meuse est davantage concerné par des projets reposant sur des organisations multi sites (une maison de santé à laquelle est annexée une antenne éloignée de quelques kilomètres) pour répondre aux spécificités géographiques et aux besoins de soins des espaces ruraux concernés.

Le sud-ouest Vosgien est concerné par un programme intercommunautaire, intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », visant la création de trois maisons de santé coordonnées dans les sièges respectifs des communautés de communes du Pays de Saône et Madon (Darney), des Marches de Lorraines (Lamarche) et du Pays de la Saône Vosgienne (Monthureux-sur-Saône). L'ensemble du projet a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale¹, lancé le 9 novembre 2009.

Cette vivacité n'est pas récente ; elle a été encouragée dès le milieu des années 2000 par le soutien des pouvoirs publics, et l'Ordre des médecins en particulier en Meuse, pour anticiper les perspectives alarmantes de la démographie médicale.

Le mouvement est aujourd'hui entretenu par le lancement, en juillet 2010, d'un plan national d'équipement en maisons de santé, dans le cadre duquel dix dossiers ont déjà été retenus, depuis octobre 2010, par un comité de sélection régional ad hoc, mis en place par l'ARS et la Préfecture de Région et associant les représentants de l'Etat, les collectivités territoriales et les représentants des professionnels de santé.

¹ Le dispositif « Pôle d'Excellence Rural », dont la 1ère vague a été lancée en décembre 2005, vise à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.

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



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

II.b.3. Pôles de santé

Les pôles de santé sont apparus récemment et de manière spontanée sous l'impulsion des professionnels de santé libéraux.

L'article 40 de la loi HPST leur donne une définition et une reconnaissance législatives. Il s'agit d'organisations fonctionnelles, indépendamment de tout regroupement physique ; chaque membre du pôle conserve donc son indépendance et son lieu d'exercice.

Sur un même territoire, les pôles de santé peuvent fédérer une offre sanitaire voire médico-sociale variée : plusieurs cabinets libéraux, différents services de santé (réseaux de santé, maisons de santé, centres de santé), des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux. Ils assurent, de manière coordonnée, des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Si la loi HPST a reconnu l'existence du pôle de santé, elle ne lui impose pas, contrairement aux maisons et centres de santé, l'obligation d'élaborer un projet de santé. Toutefois, le projet de santé de territoire apparaît en filigrane de la logique d'aménagement du territoire par laquelle les promoteurs d'un pôle de santé visent à coordonner, sur un territoire donné, l'offre de soins de premier recours.

L'incidence est alors double :

- d'une part, le pôle de santé est une organisation plus légère et plus souple que les maisons de santé et les centres de santé. Le « projet de santé territorial » peut être construit de façon progressive selon le degré d'intégration des différents professionnels y participant, en adoptant des objectifs de santé publique similaires à ceux des maisons de santé.
- d'autre part, l'ensemble de la population d'un territoire est ainsi desservi par le pôle (ce qui permet de se situer dans une logique de santé publique). On passe en effet de la notion de patientèle d'un cabinet à la notion de population d'un territoire.

Les pôles de santé peuvent emprunter des statuts juridiques différents : associations, groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public,....

Comme dans le cadre des réseaux de santé et en fonction des partenaires, les professionnels de santé peuvent être libéraux ou salariés.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles fonctionnant à l'heure actuelle, la notion, grâce à sa souplesse, restant fluctuante.

Trois pôles de santé « hors les murs », financés à titre privé, peuvent cependant être comptés :

- en Meuse : Revigny-sur-Ornain et Etain,
- dans les Vosges : Plombières-lès-Bains.

Aucun pôle de santé n'a bénéficié à ce jour d'un financement FIQCS en Lorraine. En 2009, le DHOS avait recensé 25 pôles de santé financés au titre du FIQCS en France.

II.b.4. Réseaux de santé ou de soins

II.b.4.1. Historique

Dans les années 90, les réseaux émergents recouvraient essentiellement les thématiques d'actualités : VIH, hépatite C, toxicomanie, alcoolologie, personnes âgées, précarité...

Entre 1998 et 2002, les réseaux régionaux lorrains existants répondaient aux grandes orientations du Code de Santé Publique : ONCOLOR, PERINAT, Lorraine Urgences, RIRLOR, ALLERGOLOR, NEPHROLOR, LORALCO.

En 2002, la loi de financement de la Sécurité Sociale 2002 crée un fonds spécifique qui leur est dédié, « la dotation nationale de développement des réseaux » (DMDR), qui permet dans sa déclinaison régionale (DRDR) le financement des réseaux de santé décidé conjointement par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Ce fonds, en articulation avec la dotation assurancielle du Fonds Amélioration pour la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), a permis le déploiement de nombreux projets.

Au 1er juillet 2007, l'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 institue une nouvelle enveloppe *unique* : le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ce nouveau dispositif reprend les champs d'intervention des deux autres fonds expérimentaux DNDR et FAQSV qui disparaissent.

Le FIQCS a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

A ce titre, il finance :

- le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé,
- les actions ou structures visant au maintien de l'activité et de l'installation en zone déficitaire,
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé,
- les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville,
- les structures contribuant à la Permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centres de régulation libérale,
- le développement du Dossier médical personnel (DMP).

La dotation régionale du FIQCS pour l'exercice 2011 est d'un montant de 6 709 079 €.

Son financement permet d'engager des projets en expérimentations dites « soins de ville » et des projets anciennement intitulés « Mission Régionale de Santé » au titre desquels on trouve les réseaux de santé.

II.b.4.2. Définition

Qu'est ce qu'un réseau ?...quels en sont les enjeux ?

Le constat qui est fait permet d'établir que la prise en charge d'un malade est souvent une situation médicale, psychologique et sociale compliquée qui exige l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses.

Ainsi, c'est dans l'optique d'apporter une réponse adéquate et coordonnée face à cette situation complexe que les réseaux de santé se sont institués.

La mise en place d'un tel dispositif impose :

➤ **qu'il s'appuie sur 4 piliers :**

- le **projet médical** qui lie les professionnels
- la **coordination des soins** (grâce à la coordination des professionnels)
- la **formation et information des professionnels** (apprentissage de la pratique de réseau, respect des référentiels de pratique, retour d'information sur les résultats du réseau)
- l'**évaluation** (pratiques en réseau, qualité des soins, résultats économiques du réseau)

➤ **et qu'il respecte 4 principes :**

- respect du **libre choix du patient**
- **partage de l'information** entre professionnels et la confidentialité
- mise en place d'un **dossier médical commun**
- existence d'un **système d'information**, nœud essentiel du réseau, qui doit permettre de connaître à tout moment l'état de santé du patient (via le dossier patient), les actes réalisés et de s'assurer de la conformité des soins aux références médicales en vigueur

➤ **au service de 3 enjeux :**

- replacer le patient au cœur du système, assurer sa prise en charge dans la continuité, la cohérence, la globalité (...), et optimiser l'accès aux soins (qualité, proximité...)
- décloisonner le système de santé entre disciplines médicales, ville et hôpital, préventif et curatif, médical et social
- accroître les compétences des acteurs via les nouveaux modes de transmission de l'information, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, les échanges de pratiques, la formation.

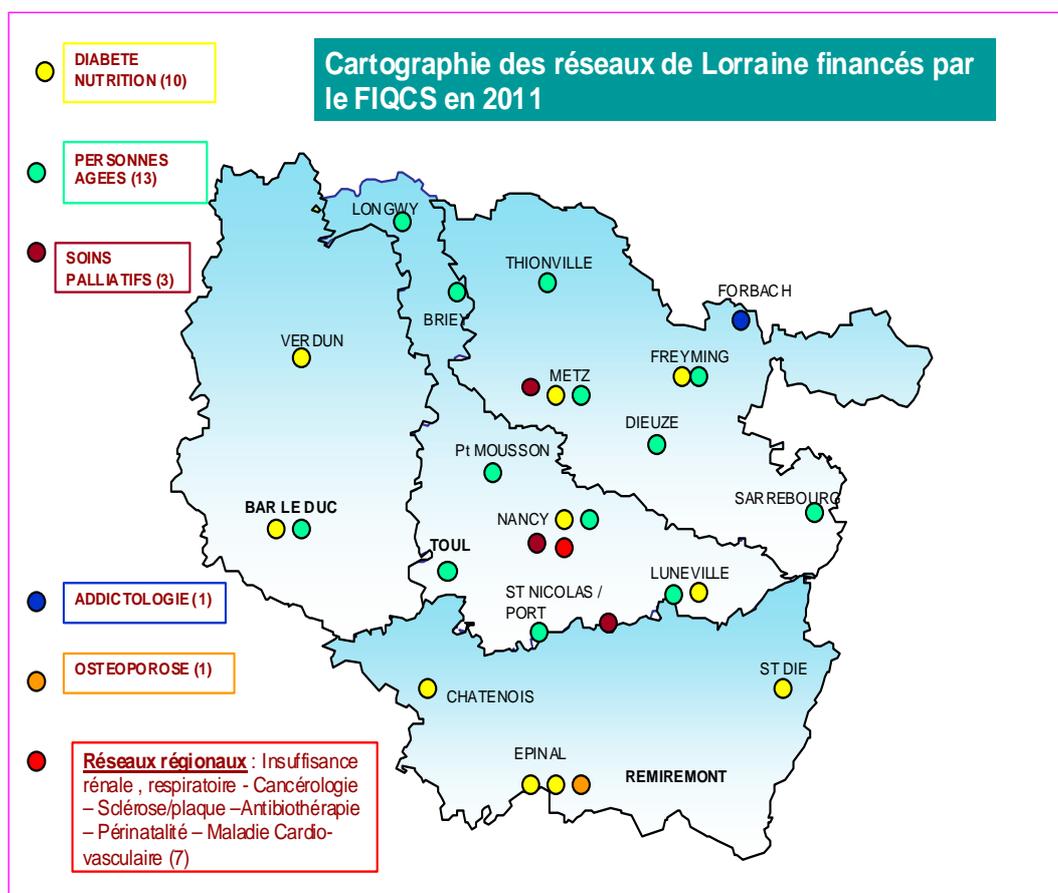
Les dépenses prises en charges au titre du réseau servent à organiser la coordination et la continuité des soins :

- le fonctionnement : personnels salariés, formation, communication, frais généraux, équipement informatique et mobilier
- la rémunération des prestations médicales : dossier médical du patient, élaboration de référentiels, coordination, concertation pluridisciplinaire
- les actes dérogoratoires : éducation collective – individuelle, consultation d'entrée et de suivi, bilans soins et prévention, consultations de diététiciens, de sages femmes, de psychologues, ..., astreintes médicales
- l'évaluation du projet : interne par les promoteurs et externe par des prestataires.

II.b.4.3. Les réseaux de santé Lorrains en 2011

Projets financés par le FIQCS		
Thématique	Projet	Territoire
GERONTOLOGIE (13)	GERONTONORD	THONVILLE TSP 5
	REGESA	DIEUZE TSP 9
	REGEME	CREUTZWALD TSP 7
	REGE2M	METZ TSP 6
	DOMI RESEAU	LONGWY TSP 4
	MAILL'AGE	BRIEY TSP 3
	GPS	SARREBOURG TSP 10
	CUNY	NANCY TSP 16
	AGE ET SANTE	BAR LE DUC TSP 11
	SEL ET VERMOIS	SAINTOIS TSP 16
	RESEAU VAL DE LORRAINE	TSP 15
	RESAPEG	TOUL TSP 14
	RESEAULU	LUNEVILLOIS TSP 17
SOINS PALLIATIFS (3)	LE PALLIDUM	GORZE TSP 6
	TRAIT UNION	GD NANCY TSP 16
	AUTREMENT	54/88
ADDICTOLOGIE (1)	AMELUCTA	BEHREN TSP 7)
DIABETE ET NUTRITION (10)	ADOR 55	VERDUN TSP 1
	REDIAME	MOSELLE EST TSP 7
	POIPLUME	METZ TSP 6
	MDE	EPINAL TSP 18
	RDD	DEODATIE TSP 19
	REDIVHOM	BAR LE DUC TSP 11
	AVPN	EPINAL TSP 18
	MDN	NANCY TSP 16
	MDNL	LUNEVILLE TSP 17
MDNP	CHATENOIS 88 TSP 13	
OSTEOPOROSE (1)	ECOLE DE L'OSTEOPOROSE	EPINAL TSP 18
Régionaux (7)	LORSEP (sclérose en plaques)	REGIONAUX
	NEHROLOR (insuffisance rénale)	
	RIR LOR (insuffisance respiratoire)	
	ICALOR (cardiovasculaire)	
	RPL (périnatalité)	
	ONCOLOR (oncologie)	
ANTIBIOLOR (antibiothérapie)		
Projets non financés par le FIQCS mais participant à la dynamique régionale		
Régionaux	collège des gériatres Lorrains	REGIONAUX
	LORDIAMN (diabète, maladies métaboliques, nutrition)	
	LORRADICT (addiction)	
	ALLERGOLOR (allergologie)	
	PRELOR (prélèvement)	

Implantation sur le territoire



Missions des réseaux

28 réseaux thématiques

13 gérontologie, 10 diabétologie, 3 soins palliatifs, 1 addictologie, 1 ostéoporose

D'une manière générale, quelle que soit la thématique du réseau, on retrouve des objectifs médicaux, économiques, organisationnels ou de qualité, similaires. Il existe toutefois des spécificités selon la thématique.

Exemples d'objectifs médicaux : organisation d'actions de prévention, coordination des actions et des soins en lien avec les médecins traitants, diminution des admissions aux urgences, amélioration de la prise en charge notamment en sortie d'hospitalisation, formation des professionnels,...

Exemples d'objectifs économiques : observation et analyse des besoins, réduction des coûts de la pathologie et des complications en agissant sur l'incidence et la gravité, mise en place d'une analyse budgétaire, mutualisation,...

Exemples d'objectifs organisationnels : amélioration et évolution des flux d'informations et des procédures de fonctionnement, organisation de réunions, amélioration et harmonisation des pratiques professionnelles, mise en place des outils de partage d'informations et des référentiels, développement du partenariat ville-hôpital, mutualisation des moyens,...

Exemples d'objectifs « qualité » : amélioration de la qualité du service rendu par le réseau, recherche de la satisfaction des patients et des professionnels de santé libéraux, amélioration de la communication auprès des professionnels et des usagers,...

Objectif général des réseaux nutrition et diabète :

Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des diabétiques et des obèses sur le territoire par le biais d'information, d'éducation thérapeutique et de formation des professionnels.

Objectifs médicaux spécifiques :

- développer l'Education Thérapeutique du Patient
- former en interdisciplinarité les professionnels à l'ETP
- faciliter la mise en place d'une insulinothérapie en ambulatoire pour le diabète
- permettre l'accès aux activités sportives
- réduire l'incidence et la gravité des complications en particulier au niveau des pieds
- favoriser l'accès aux pédicures podologues pour tout diabétique dont l'état de santé le nécessite en proposant le bilan diabétique annuel
- réduire le risque de complications de l'obésité adulte.

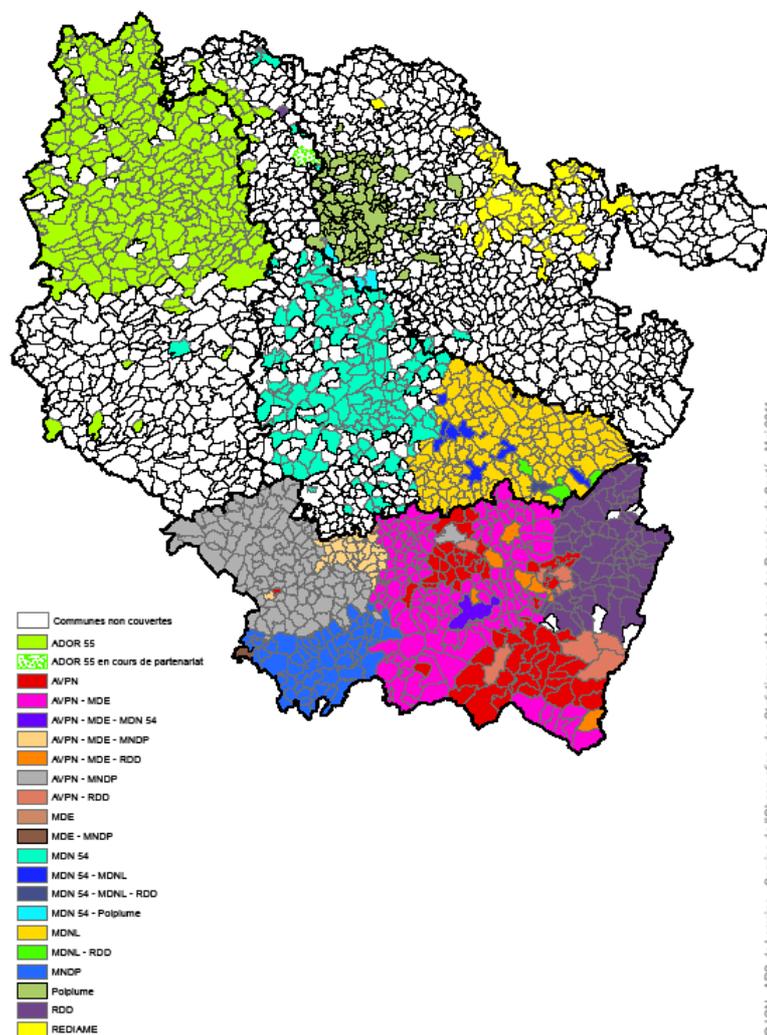
Objectif général des réseaux nutrition enfants :

Dépister et prendre en charge des enfants de deux à seize ans présentant un surpoids ou une obésité ou un rebond précoce d'adiposité en organisant le parcours de soins des patients et l'échange d'informations entre les acteurs ainsi que leur coordination.

Objectifs médicaux spécifiques :

- réaliser une éducation nutritionnelle des parents des enfants en crèches et écoles maternelles pour faire évoluer le comportement nutritionnel et lutter contre la sédentarité
- réaliser une éducation nutritionnelle en grandes surfaces, des parents des enfants inclus dans le réseau
- stabiliser l'évolution des Indices de Masse Corporelle des enfants en rebond précoce, surpoids et obésité pris en charge
- réduire la progression de l'obésité infantile, le risque d'évolution vers l'obésité de l'adulte et le risque de complications.

DIABETE et NUTRITION Les réseaux lorrains



Les communes d'intervention du réseau de BAR LE DUC « REDIVHOM » ne figurent pas dans le document (données NR)

Objectif général du réseau ostéoporose :

Améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de l'ostéoporose en aidant le médecin généraliste à assurer une prise en charge globale et de proximité.

Objectifs médicaux spécifiques :

- développer l'Education Thérapeutique du Patient et l'information médicale.

Objectifs économiques :

- réduire les complications graves et coûteuses de l'ostéoporose.

Objectifs organisationnels :

- améliorer l'offre relative à l'Education Thérapeutique du Patient.

Objectif général du réseau addictologie (sevrage tabagique) :

Aider le fumeur qui désire s'arrêter de fumer. Améliorer son accueil, sa prise en charge et son accompagnement. Le faire bénéficier d'une offre de sevrage tabagique qualitativement et quantitativement satisfaisante (formation de professionnels « relais »). Améliorer l'accès à la prévention, à l'éducation et à l'information.

Objectif général des réseaux de soins palliatifs :

Améliorer la qualité de la prise en charge, globale et continue, des patients en fin de vie en mettant à disposition des patients, de leur entourage, un réseau de soins palliatifs à domicile reposant sur l'articulation entre les acteurs libéraux du terrain (effecteurs) et une équipe de coordination.

Objectifs médicaux spécifiques :

- améliorer les connaissances en douleur et soins palliatifs
- former les professionnels et bénévoles de manière à développer leurs compétences spécifiques en soins palliatifs à domicile
- améliorer la connaissance du rôle du réseau pour inclure les patients en début de phase palliative avec diminution du pourcentage de non inclus
- prévenir les situations critiques et les risques de complications
- soulager la douleur et les autres symptômes de fin de vie.

Objectifs organisationnels :

- prise en charge multidisciplinaire du patient
- meilleure connaissance des intervenants du domicile.

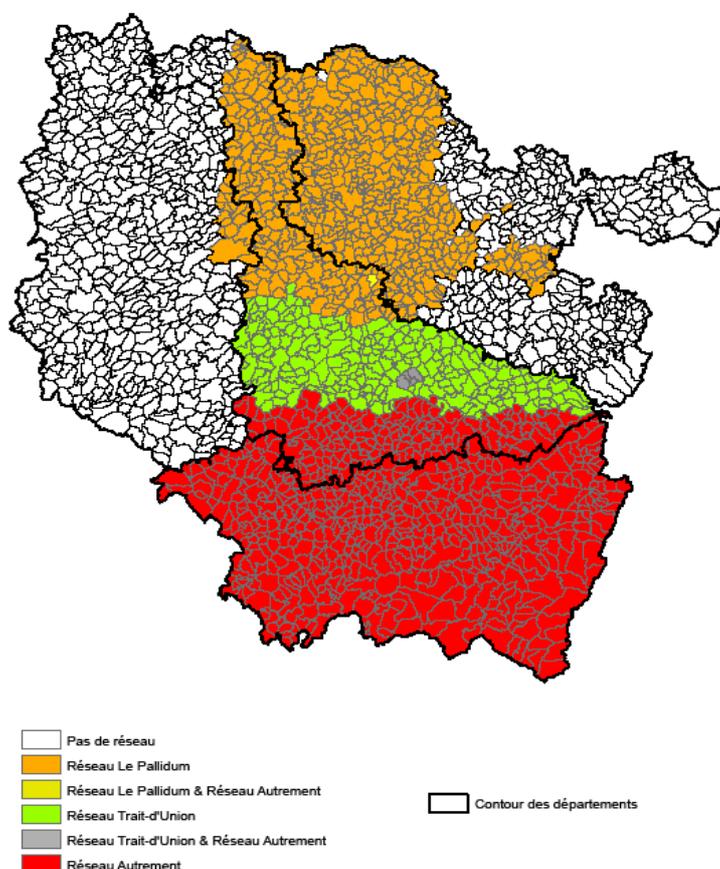
Objectifs économiques :

- limiter les hospitalisations non souhaitées en nombre et en durée
- réduire l'hospitalisation terminale
- diminuer le coût journalier de la prise en charge.

Objectifs de qualité :

- développer une réflexion éthique
- respecter la volonté du patient qui reste acteur de sa prise en charge
- respecter le délai de 48 heures pour effectuer la coordination.

Couverture des réseaux de soins palliatifs en Lorraine



Objectif général des réseaux gérontologiques

Améliorer la prise en charge coordonnée et globale des personnes âgées en situation de fragilité ou de dépendance sur le territoire via une évaluation des besoins médico-sociaux réalisée par une équipe mobile. Préserver chaque fois que possible le désir de ces personnes de rester à leur domicile. Veiller à la bonne qualité des décisions et des conditions d'hospitalisation et d'admission en établissement médico-social.

Objectifs médicaux spécifiques :

- améliorer la prise en charge des personnes âgées du secteur d'intervention du réseau,
- former les professionnels et les aidants,
- évaluer les personnes âgées sur leur lieu de vie : évaluation gériatrique standardisée et bilan social en lien avec les CLIC,
- évaluer la charge des aidants,
- mettre en œuvre le plan d'intervention personnalisé (PIP),
- assurer le suivi du plan d'intervention personnalisé (PIP),
- organiser la réévaluation du plan d'intervention personnalisé (PIP).

Objectifs économiques :

- limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations et la formation des professionnels,
- déterminer le gain financier potentiel d'une prise en charge dans le réseau par rapport aux durées d'hospitalisation de la personne âgée.

Objectifs organisationnels :

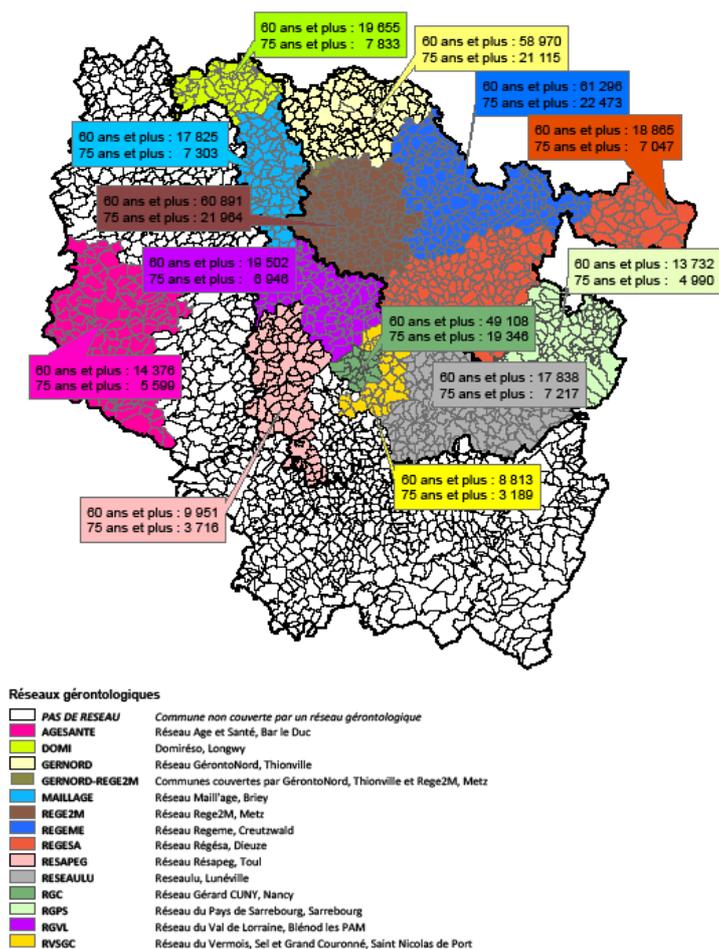
- décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient,
- assurer un rôle de veille et d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts,
- être moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région,
- favoriser le partenariat entre les établissements, associations, SSIAD, CGL, CHL et réseaux de santé.

Objectifs de qualité :

- faciliter les démarches des personnes âgées et de leur famille,
- susciter et conforter l'intérêt des libéraux à la mise en place et au suivi de référentiels de bonnes pratiques en gérontologie,
- développer la recherche en gérontologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement,
- favoriser l'accès à la filière de soins gériatrique,
- diminuer le risque de chute,
- diminuer le risque iatrogène,
- diminuer les hospitalisations non programmées via le service des urgences,
- diminuer les institutionnalisations via une hospitalisation,
- évaluer le réseau : démarche qualité interne et qualité du réseau.

Couverture des réseaux gérontologiques en Lorraine à la date du 09 septembre 2011

Source : RP INSEE 2007



© IGIN-ARPS de Lorraine - Service de l'Observation, des statistiques et analyse des données de santé - Sept. 2011

7 réseaux régionaux

1) LORSEP

L'objectif général :

L'objectif général du réseau est de permettre aux patients atteints de SEP de bénéficier d'une prise en charge de proximité de qualité équivalente quel que soit le lieu de vie.

D'un point de vu opérationnel, il convient de mettre en œuvre :

- une coordination des soins entre les professionnels de santé (acteurs médicaux, paramédicaux, psychosociaux, institutionnels),
- une évaluation et une expertise pluridisciplinaire pour répondre à des besoins de prise en charge médicale, sociale ou professionnelle,
- une éducation des patients et la mise à leur disposition de sources d'information grâce une équipe coordinatrice dédiée,
- une formation continue et une actualisation des connaissances de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la SEP,
- un développement de la connaissance de la maladie et de son impact au niveau régional.

2) NEPHROLOR

L'objectif général :

La mise en place d'un réseau structuré et coordonné au sein de l'agglomération nancéienne pour la prise en charge de l'IRC en population générale devrait permettre de ralentir la progression de l'IRC, diminuer ses conséquences en termes de morbi-mortalité en particulier cardiovasculaire et de diminuer le nombre de patients arrivant à la dialyse en urgence.

D'un point de vu opérationnel, il s'agit de :

- informer et former les acteurs de santé sur le diagnostic précoce de l'IRC, la mise en place des traitements néphroprotecteurs et les avantages d'une prise en charge précoce et coordonnée.
- optimiser la prise en charge existante des patients IRC sur le plan organisationnel via des protocoles/référentiels de prise en charge adaptés au patient et à la gravité de son IRC et en créant des outils permettant l'identification et le suivi des patients
- traiter selon des schémas thérapeutiques validés les complications de l'IRC
- rendre les patients acteurs de leur prise en charge par la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique
- favoriser l'accès aux ressources disponibles notamment pour la prise en charge médico-sociale des patients
- développer des collaborations tant avec des réseaux existants (ICALOR, MDN, Réseau G.CUNY) en partageant les informations et en mutualisation les moyens (locaux, diététiciens, prise en charge sociale...), qu'avec des professionnels de santé.

3) RIR LOR

L'objectif général :

Le Réseau Insuffisance Respiratoire de Lorraine propose depuis 2006 un programme de réhabilitation respiratoire aux patients lorrains atteints de maladie respiratoire chronique compliquée de handicap (ce programme, initié, le plus souvent lors d'un stage en institution, est poursuivi au domicile des patients).

Il s'agit d'un ensemble de soins pluridisciplinaires, personnalisés, associant des composantes de base, le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique, auxquelles peuvent s'associer d'autres prises en charge (kinésithérapique, diététique, psychologique...) en fonction des besoins du patient. Ce traitement, fondé sur les preuves, diminue les symptômes, améliore les conditions physiques et psychosociales, diminue les hospitalisations et le recours aux soins en urgence et les coûts de santé. Les recommandations des sociétés savantes pneumologiques le placent en première ligne de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques, en particulier de la plus fréquente d'entre elles, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO.

Les patients concernés par la réhabilitation respiratoire sont des patients atteints d'une maladie respiratoire chronique avec dyspnée d'effort, à l'origine d'une limitation de l'activité physique quotidienne.

Ils bénéficient d'un suivi médical par un médecin pneumologue ou généraliste, et doivent être en période de stabilité clinique au moment de l'inclusion dans le programme de réhabilitation respiratoire.

D'un point de vue opérationnel, il s'agit de :

- formaliser des protocoles de soins pour les composantes de base de la réhabilitation respiratoire, pour le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique du patient,
- mobiliser et former des professionnels à la réhabilitation respiratoire,
- rédiger des référentiels de prise en charge pour l'harmonisation des pratiques,
- mettre à disposition des membres du réseau des systèmes d'information et de communication adaptés (le RIR a signé une convention avec le GCS Télésanté Lorraine pour bénéficier d'une messagerie sécurisée pour la télétransmission du dossier du patient entre les prescripteurs, les prestataires et le médecin coordonnateur).

4) ICALOR

L'objectif général :

Le réseau a pour objectif de diminuer la morbi mortalité, les ré-hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques de Lorraine. Il repose sur la coordination et la standardisation des soins afin d'assurer une prise en charge de proximité, optimisée et continue du patient, son éducation et sa surveillance à domicile.

D'un point de vue opérationnel il s'agit de :

- mettre en place des procédures permettant la coordination, la graduation et la continuité de la prise en charge médicale et sociale des patients,
- d'organiser l'ETP des patients,
- d'organiser la surveillance du patient à son domicile,
- mettre en place des référentiels diagnostiques et thérapeutiques dans le but d'harmoniser les pratiques médicales,
- contribuer à la formation continue des personnels médicaux,
- mettre en place un système d'information régional et de partage des informations utiles à la prise en charge du patient,
- mettre en place des procédures d'évaluation et contribuer au développement de la recherche clinique dans le domaine.

5) RPL

L'objectif général :

Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires prénatales.

D'un point de vu opérationnel il s'agit de :

- favoriser l'offre de proximité en évitant chaque fois que cela s'avère possible la séparation de la mère et de l'enfant,
- améliorer la sécurité en trouvant la meilleure adéquation possible entre la gravité des pathologies prises en charge et les moyens disponibles dans chaque centre, dans le principe d'une graduation de la prise en charge (niveaux de soins maternels et néonataux),
- établir des recommandations de bonne pratique médicale,
- augmenter le niveau de compétence de l'ensemble des soignants en périnatalité, notamment par la formation professionnelle en lien avec la Commission Régionale de la Naissance,
- garantir une équité de prise en charge pluridisciplinaire en tout point du réseau,
- assurer une information adaptée aux usagers.

Les outils de fonctionnement du réseau : les commissions sont des groupes de travail pluridisciplinaires dans lesquelles sont élaborés les travaux du réseau.

En 2008 – 2009, les commissions suivantes ont été définies avec des objectifs précis :

- ❖ Offres de soins : étudier la démographie médicale sur le territoire, les collaborations inter-établissements et la qualité de la prise en charge en Lorraine,
- ❖ Transferts : mettre en place une prise en charge adaptée et graduée pour les mères et les enfants en identifiant le lieu d'accouchement adapté à la pathologie maternelle et le lieu de naissance adapté à la pathologie attendue de l'enfant sans écarter la nécessité de préserver les liens mère/enfant,
- ❖ Soignants : élaborer des référentiels de prise en charge sur des thématiques particulières liées à la périnatalité,
- ❖ Anesthésie-réanimation : établir des protocoles spécifiques à l'anesthésie et à la réanimation en périnatalité, assurer un rôle d'information et de formation continue sur cette thématique et évaluer les conditions de sécurité anesthésique dans les maternités,
- ❖ RAFAEL. La commission RAFAEL a abouti à la création du réseau de santé RAFAEL. Ce projet est un réseau de professionnels organisé pour suivre, accompagner et prendre en charge les enfants nés prématurés, de faibles poids de naissance ou fragiles,
- ❖ Formation – information – dossier partagé : développer des outils de communication,
- ❖ Réseaux de proximité : réaliser une mise en réseau local, un annuaire territorial de proximité, des staffs de parentalité,
- ❖ Evaluation : réaliser des enquêtes à partir des données.

Cartographie Lorraine des acteurs concernés :



6) ONCOLOR

L'objectif général :

Le réseau s'inscrit dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

Ses principales missions sont :

- la promotion et l'amélioration de la qualité, l'aide à la formation continue des professionnels de santé (PS)
- la coordination opérationnelle des activités de cancérologie
- la promotion d'outils de communication communs
- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins
- l'évaluation de ses membres et des pratiques
- l'information du public et des PS.

L'activité du réseau régional ONCOLOR consiste en :

- L'élaboration et l'actualisation des référentiels de bonnes pratiques
- L'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- La promotion d'outils de communication communs : e-rcp / DCC, LorrConf, (webconférence), site internet.
- L'organisation des RCP de recours.
- La mise en place d'actions de formation en mode présentiel ou e-learning via OncoTICE.
- L'optimisation du fonctionnement et de la qualité des pharmacies hospitalières
- La coordination régionale de l'équipe mobile de recherche clinique (EMRC)
- La mise en place avec l'ARS d'un schéma organisationnel du 3C en Lorraine.
- L'organisation en réseau de l'oncopédiatrie avec le réseau ONCOLORPEDIATRIE qui est une émanation du réseau ONCOLOR. L'objectif général est d'améliorer la prise en charge des cancers de l'enfant, notamment dans ses dimensions médicales, paramédicales,

psychologiques et socio-éducatives, en renforçant l'articulation entre la médecine ambulatoire, les établissements des soins de proximité et le centre de référence.

- L'aide à la généralisation du dispositif d'annonce et l'aide au développement du programme personnalisé de soins (PPS) et du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC)
- L'information des patients et de leurs proches
- Des actions d'évaluation : audits UCPC, audits cliniques rectum, audits RCP,...

7) ANTIBIOLOR

L'objectif général :

L'objectif principal du réseau consiste à apporter aux prescripteurs et aux établissements une aide pour organiser le meilleur usage des antibiotiques.

Opérationnellement le réseau a pour mission :

- D'élaborer, valider, diffuser et utiliser les référentiels régionaux. Les référentiels concernent les trois acteurs des processus conduisant à une prescription et à une dispensation d'anti-infectieux : médecins et dentistes prescripteurs, microbiologistes, pharmaciens.
- De promouvoir les prescriptions normées d'anti-infectieux.
- De développer les pratiques d'évaluation dont l'audit dans le domaine du bon usage des anti-infectieux tant dans les établissements de soins qu'en médecine libérale. Il s'agit de mettre en évidence les écarts pouvant exister entre les pratiques et les recommandations et de proposer alors des actions correctives.
- De contribuer à la formation continue aux bonnes pratiques d'utilisation des anti-infectieux.
- De fédérer les référents en antibiothérapie exerçant en établissements de soins ; de participer au processus de leur désignation (pré-requis, ...) ; d'assurer leur formation continue.
- De mettre en place un numéro vert accessible de 8h30 à 20h30 du lundi au vendredi hors jours fériés et permettant à tout membre du Réseau d'avoir accès à un conseil téléphonique dans le domaine de la prescription des traitements anti-infectieux.
- D'organiser et de réaliser des réunions de concertation pluridisciplinaire en antibiothérapie pour l'ensemble des prescripteurs lorrains (réunions périodiques permettant d'obtenir un avis diagnostique et thérapeutique).
- De mettre en place des systèmes informatisés permettant d'interfacer les données cliniques, microbiologiques et pharmaceutiques ; systèmes développés en cohérence avec la future plate-forme régionale du système d'information des Réseaux.
- De contribuer au développement des nouvelles technologies de communication et d'information (télémédecine...) ; outils développés en cohérence avec la future plate-forme régionale du système d'information des Réseaux et devant permettre de faciliter les échanges entre les membres du Réseau (mise en ligne des référentiels, échange de données produites et d'informations locorégionales (résistance bactérienne, alerte, prophylaxie, ...), échange de données « patient » sous réserve du niveau de sécurisation du Réseau, ...).
- De contribuer au développement de la recherche épidémiologique et clinique dans le domaine du bon usage des anti-infectieux.
- De mettre en place des actions sous la responsabilité des différentes Commissions constituées.

II.c. Permanence des soins en médecine ambulatoire

La permanence des soins (PDS) se définit comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de **répondre, après régulation, et par des moyens structurés et adaptés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient**. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, à savoir, selon le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 :

- tous les jours de 20h à 8h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins, le samedi à partir de midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivants un jour férié.

II.c.1. Cadre réglementaire

La permanence des soins en médecine ambulatoire est régie par plusieurs textes juridiques :

- Les articles L6314-1 à L6314-3, R4127-47, R6311-8, R6313-1 à R6313-7 et R6315-1 à R6315-7 du code de la santé publique
- La convention des médecins généralistes, les avenants 4 et 27
- La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 49
- Les décrets n°2010-810 et 809 du 13 juillet 2010.

Des cahiers des charges départementaux en définissent les conditions d'organisation locales. Ces organisations sont formellement définies par arrêtés.

L'organisation actuelle de la permanence des soins en Lorraine, telle que décrite ci-dessous, ne tient pas compte des derniers textes parus. Elle sera revue, dans le cadre du cahier des charges régional tel que défini par le décret n°2010-809 du 13 juill et 2010.

II.c.2. Mission de la PDS et principes d'organisation

La permanence des soins en Lorraine permet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis après-midi
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins, les jours précédents ou suivants les jours fériés.

L'organisation de la permanence des soins est adaptée au contexte de chaque département lorrain autour des principes suivants :

- Réguler médicalement par téléphone toute demande de soins non programmée
- S'appuyer sur une sectorisation efficiente
- Donner une réponse adaptée à chaque demande de soins
- Informer le public quant au bon usage du recours aux soins non programmés et à la régulation médicale
- Evaluer le dispositif

Elle prend également en compte l'ensemble des principes généraux (continuité des soins, qualité de prise en charge, sécurité, accessibilité) et les textes relatifs à la PDS.

II.c.3. Régulation libérale

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable (Article R.6315-3 du code de santé publique).

Le concept MEDIGARDE a été créé, pour différencier la réponse des médecins généralistes de la réponse du SAMU, avec un numéro de téléphone unique pour la Lorraine différent du 15 : **0 820 33 20 20**.

Les appels sont acheminés automatiquement vers le centre de régulation de chaque département lorrain, puis régulés par un médecin-régulateur libéral qui apporte la réponse justifiée :

- un conseil médical
- le déplacement du patient au cabinet du médecin de garde
- la visite du médecin de garde auprès du malade
- l'orientation vers un service d'urgence.

Les centres de régulation départementaux sont :

- MEDIGARDE 54 (CHU de Nancy)
- MEDIGARDE 57 (CHR de Metz)
- ASSUM 55 (Hôpital de Verdun)
- ASSUM 88 (Hôpital J. Monnet d'Epinal).

Ce dispositif permet d'offrir à la population une logique de hiérarchisation du système de soins pour une réponse adaptée, durant l'absence de leur médecin traitant (nuit, week-end et jours fériés), en respectant la volonté de rationalisation des moyens mis en œuvre et d'optimisation du service rendu.

En dehors des heures de permanence, l'appel est basculé automatiquement vers le Centre 15.

II.c.4. Sectorisation

La permanence des soins est organisée dans le cadre départemental par secteur suivant les directives de l'article R6315-1 du code de santé public.

Les limites des secteurs sont fixées en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins.

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 prévoit un découpage par territoires de PDS, qui seront arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet de département.

Ils peuvent être interdépartementaux.

	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES Arrêté DASS/OSS/N°169
Cadre réglementaire (arrêtés et avenant)	*AP N°2008-102 du 04/09/2009	AP N°2008-1 127 du 5/11/2008	APN°2006-85 du 20/01/2006	du 16/04/2007
Nombre de secteurs :	<u>26</u>	<u>19</u>	<u>46</u>	<u>32</u>
1ère partie Nuit : 20 h – 0 h	26/25	19	46	32
2ème partie Nuit : 0 h – 8 h	26/25	19	46	32
Sam Dim JF 23 17 47 30	23	17	46	30

*AP= Arrêté Préfectoral

II.c.5. Effecteurs de la PDS

II.c.5.1. Effecteurs libéraux.

Les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Les médecins de chaque secteur s'inscrivent à cet effet sur le tableau départemental nominatif de permanence (Article R6315-2 du code de santé publique).

Si à l'issue des consultations et démarches prévues afin de remplir le tableau de garde, celui-ci reste incomplet, des réquisitions peuvent être effectuées par le préfet.

Pour chaque secteur et chaque période de PDS, un effecteur libéral est de garde, sauf sur les secteurs de :

- Nancy : 4 effecteurs
- Metz : 2 effecteurs

SOS médecins 54 participe largement aux gardes de certains secteurs de Meurthe et Moselle, il permet même de porter à 2 les lignes de garde de weekend et jours fériés pour les secteurs de :

- Toul
- Neuves Maison

II.c.5.2. Maisons médicales de garde

La maison médicale de garde est un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

Les maisons médicales de garde (MMG) s'inscrivent dans l'organisation de la permanence des soins et des orientations du SROS. Elles répondent à un besoin identifié et fonctionnent sur la base d'un cahier de charges contractualisé précédemment avec la Mission Régionale de Santé (MRS).

Le cadre réglementaire des maisons médicales de garde :

[La circulaire DHOS/CNAMTS du 23 mars 2007](#) précise, par un cahier de charges, toutes les modalités de mises en œuvre. Elle précise également que le pilotage était assuré par la Mission Régionale de Santé (MRS) en région. Le cahier de charge fixe les modalités d'implantation, de financement, de suivi et d'évaluation des maisons médicales de garde.

Présentation des maisons médicales de gardes de Lorraine :

Trois maisons médicales de garde (MMG) sont implantées en Lorraine :

- ❖ Le cabinet médical de garde "Les bains douches" à Nancy (54)
- ❖ La maison de garde APSAM à Metz (57)
- ❖ La maison de garde FOES à Moyeuvre (57)

II.c.6. Etat des lieux : Les forces et faiblesses de la PDSA Lorraine en 2010

II.c.6.1. La PDSA lorraine révèle en 2010 des points forts qu'il faut préserver

1 Une bonne participation des médecins généralistes au dispositif en 2010

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas de carence, le Préfet peut réquisitionner les médecins.

Remarque : SOS Médecins 54, particularité de la Meurthe et Moselle, participe largement aux gardes de certains secteurs de ce département en 2010.

	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES	LORRAINE
Nombre de généralistes installés	728	155	906	352	2141
Nombre de généralistes participant aux gardes	300	147	554	301	1302
Taux de participation MG :	41,2%	94,8%	61,1%	85,5%	60,8%

En Meuse et dans les Vosges la participation est supérieure à 85% : des disparités rural / urbain classiques (entre départements et à l'intérieur de chaque département).

Globalement en 2010, toutes les périodes de PDS ont été prises en charge, il n'y a pas eu de réquisition.

2 La régulation des appels : une action centrale, la porte d'entrée

En Lorraine, l'accès au médecin généraliste libéral de permanence fait l'objet d'une régulation préalable, par un numéro de téléphone unique pour la Lorraine : MEDIGARDE, différent du « 15 » réservé aux urgences vitales (SAMU).

3 Des projets de terrain bien implantés

➤ **Des Maisons médicales de garde bien implantées en Lorraine :**

- La Maison Médicale de Garde des bains douche de Nancy est le lieu de :
 - 12 % des actes réalisés en Meurthe et Moselle sur la période de 20h à 00h de l'année 2010
 - 17,7 % des actes réalisés en Meurthe et Moselle sur la période des week-ends et jours fériés de l'année 2010.
- La Maison Médicale de Garde APSAM de Metz est le lieu de :
 - 6,7 % des actes réalisés en Moselle sur la période de 20h à 00h de l'année 2010
 - 17,1 % des actes réalisés en Moselle sur la période des week-ends et jours fériés de l'année 2010.
- La Maison Médicale de Garde FOES à Moyeuve dont l'activité 2010 n'a pu être mesurée.

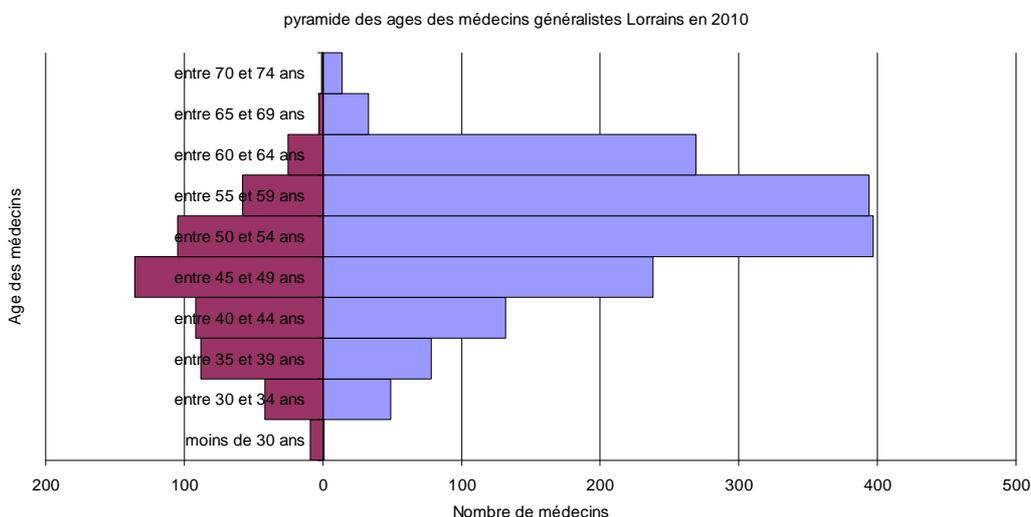
➤ **Des dynamiques locales ville/hôpital intéressantes :**

Les Points fixes de garde de Lunéville et Toul situés aux portes des urgences des hôpitaux locaux, ouverts sur la période des week-ends et jours fériés en complément de visites ont recueillis en 2010 des retours positifs des médecins libéraux et des urgentistes.

II.c.6.2. La PDSA lorraine souffre en 2010 de fragilités dont il faut tenir compte

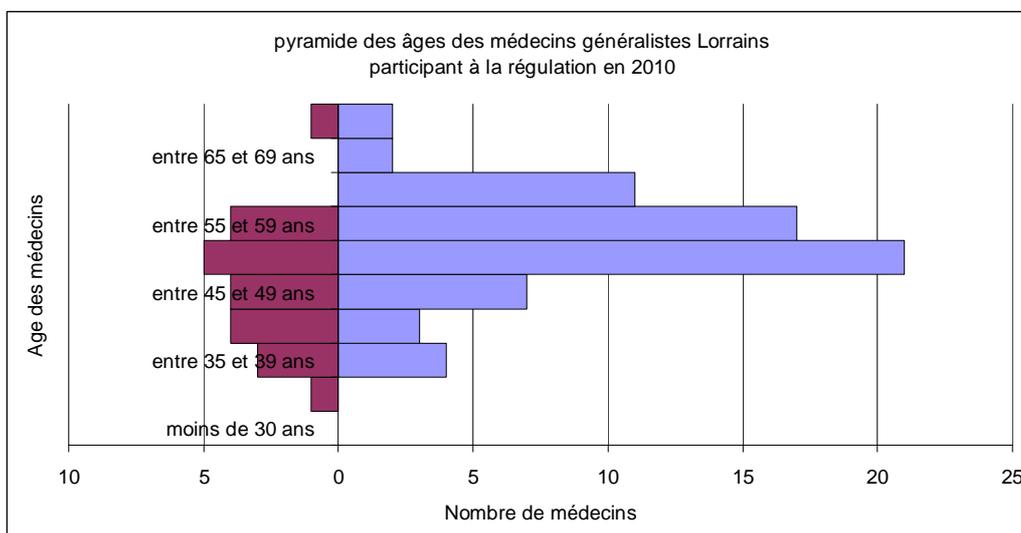
1 Pyramide des âges et exemptions

La pyramide des âges des médecins généralistes tend à rendre les exemptions potentielles de plus en plus nombreuses.

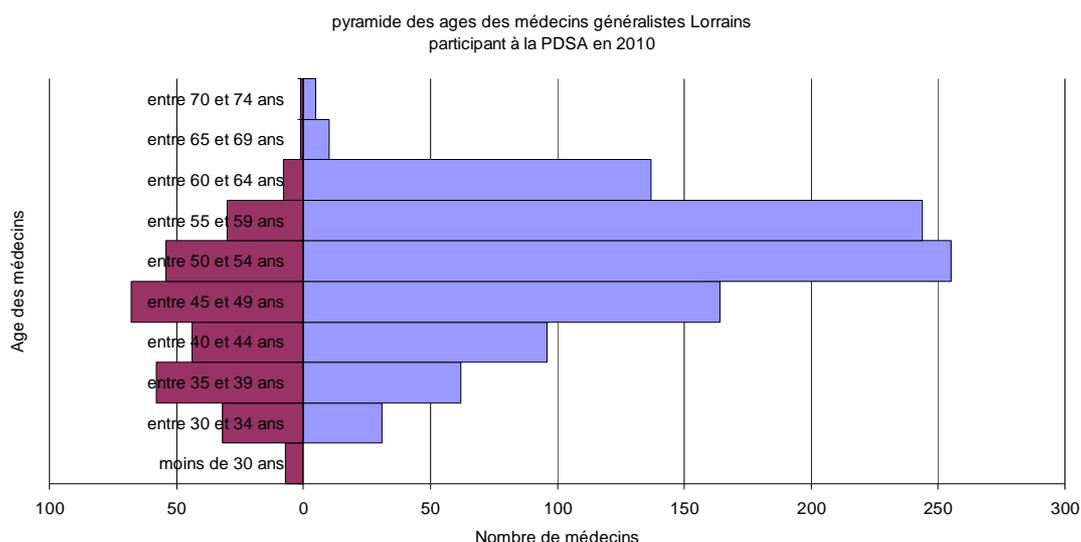


Par ailleurs, localement, la moyenne d'âge peut être bien plus élevée et le réservoir des médecins de garde réduit (peu/pas d'installations de jeunes médecins).

La pyramide des âges des médecins régulateurs souligne une moyenne d'âge plus élevée.



La pyramide des âges des acteurs de la PDSA est assez proche de celle de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.



Les difficultés de démographie médicale des médecins généralistes sont transposées et parfois amplifiées lorsqu'il s'agit de permanence des soins.

2. Une activité PDSA disparate

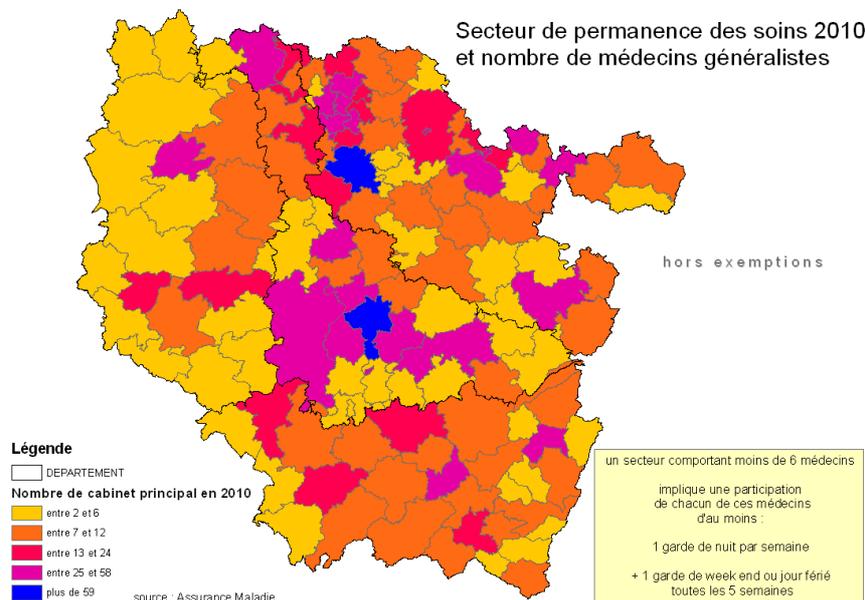
	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES	LORRAINE
Activité totale 2010 :	43 270	6 090	29 310	10 867	89 537
Part activité régulée	84,0%	83,7%	55,9%	79,3%	74,2%
Activité 2010 1ère partie Nuit	14 867	1 776	11 909	1 933	30 485
Part activité régulée	80,9%	74,0%	42,7%	81,1%	65,6%
Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique	1,43	0,26	0,69	0,17	0,66
Activité 2010 2ème partie Nuit :	4 963	255	1 496	505	7 219
Part activité régulée	93,0%	96,1%	54,5%	97,8%	85,5%
Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique	0,48	0,04	0,09	0,04	0,16
Activité 2010 S-D-JF :	23 440	4 059	15 905	8 429	51 833
Part activité régulée	84,1%	87,2%	65,9%	77,8%	77,8%
Nombre d'actes (régulés ou non) moyens par astreinte théorique	14,31	3,79	5,37	4,46	6,86

Pour rappel : actes réalisés au bénéfice des assurés du régime général (hors MSA, RSI, Mines). Pas de prise en compte des actes MCS + médecine légale.

L'activité en seconde partie de nuit est particulièrement faible, environ en moyenne, 20 actes par jour dans toute la région.

3 Des secteurs en difficulté

La faiblesse du nombre de médecins dans certains secteurs, entraîne un turn-over fréquent pour certains d'entre eux.



Le cahier des charges de la PDSA devra prendre en compte les forces et faiblesses des dispositifs actuels afin :

- **d'utiliser de façon efficiente la ressource médicale** (limiter la charge des gardes dans l'activité des médecins du secteur passe par un agrandissement des secteurs et donc un plus grand réservoir de médecins)
- **d'avoir une PDSA lisible pour la population et qui s'intègre dans la gradation des soins** (Choisir la meilleure option en fonction de l'état de santé du patient (garde, visite, SAU)).

II.d. Dispositions incitatives dans l'exercice professionnel

II.d.1. Expérimentations en soins de ville

Pour mémoire, le **fonds d'amélioration de la qualité et des soins de ville (FAQSV)** a été créé par la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 et instauré par le décret du 12 novembre 1999. **Ce dispositif expérimental a permis d'engager la dynamique expérimentale et portait notamment sur quatre thèmes prioritaires :**

- ⊘ La promotion et la coordination entre professionnels libéraux d'une part, et entre la médecine de ville et la médecine hospitalière d'autre part
- ⊘ L'amélioration des pratiques professionnelles portant notamment sur l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques
- ⊘ Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles
- ⊘ Le développement et le partage d'informations.

Le décret d'application n°2007-973 du 15 mai 2007 paru au JO du 16 mai 2007 a prévu l'entrée en vigueur d'un nouveau fonds au 1er juillet 2007, le **fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**, qui reprend les champs d'intervention d'autres fonds expérimentaux qui disparaissent ainsi, dont le FAQSV.

En 2007 / 2008, le financement des actions expérimentales suivantes a été poursuivi :

- EPACHOL : projet pilote de prévention permettant de réduire et d'optimiser la prescription de statines et de proposer un accompagnement diététique aux patients ayant un excès de cholestérol
- APICEM : le but de ce projet est de former les professionnels de santé libéraux à l'utilisation d'une messagerie électronique afin d'obtenir un partage rapide et sécurisé des informations dans le souci d'assurer une prise en charge du patient dans sa globalité
- ADNALOR : mise à disposition en Lorraine d'un neuropsychologue au niveau des cabinets des neurologues libéraux pour l'exploration des troubles cognitifs dans les affections neurologiques
- HADLOR : former des libéraux à des compétences leur permettant à terme d'effectuer à domicile des soins de niveau hospitalier pour des patients souhaitant être soignés à domicile et permettre à des libéraux d'accéder aux tâches de coordination du réseau
- ADDICTOLOGIE A METZ : mise à disposition d'un visiteur réseau auprès des pharmaciens et médecins généralistes afin d'améliorer le suivi des toxicomanes pris en charge en médecine de ville
- KUB 88 : optimiser la prise en charge des nourrissons touchés par la bronchiolite épidémique et améliorer l'accès aux soins en secteur libéral pour les petits patients vosgiens atteints de bronchiolite et/ou d'asthme du nourrisson.

En 2008, deux nouvelles actions ont été financées :

- PRALIMAP : programme de santé publique ayant pour objectif d'améliorer les connaissances, attitudes et comportements des adolescents vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique et prévenir le surpoids et l'obésité
- Dosimétrie in vivo.

Le conseil national pour la qualité et la coordination des soins a arrêté en séance du 31 janvier 2008 de nouvelles orientations stratégiques en matière de priorités d'action du fond et d'affectation de la dotation.

« S'agissant des expérimentations en soins de ville, il convient d'éviter le financement de projets à durée indéterminée ou indéfiniment reconductibles. A cet effet, les aides du FIQCS sont prioritairement destinées à des projets susceptibles de capitaliser les résultats obtenus, de proposer des modèles économiques autonomes à terme et/ou de bénéficier de financements relais ».

De ce fait, un certain nombre d'actions qui avaient jusqu'alors une reconduction systématique de leur financement sur les fonds expérimentaux cessent de bénéficier d'une subvention sur le FIQCS. Il est nécessaire d'inciter les promoteurs à rechercher des co-financeurs et/ou à trouver un moyen plus pérenne de financer leur projet.

En 2009, le FIQCS a soutenu deux nouveaux projets :

- FEMALOR (fédération des maisons et pôles de santé en Lorraine) dont l'objectif est de fédérer les maisons de santé et les pôles de santé lorrains existants, en cours de réalisation ou en réflexion
- Maison de santé des thermes².

² En articulation avec le dispositif Article 44 LFSS 2008, besoin en équipement financé sur le FIQCS.

En 2010, poursuite du financement FIQCS du projet FEMALOR et nouveau soutien financier pour les 2 projets suivants :

- Polysomnographie : mise en place d'un système d'enregistrement des troubles du sommeil en hospitalisation à domicile, avec interprétation centralisée des résultats,
- Application réseau : développement et déploiement d'une application réseau régional pour la diabétologie (via le réseau MDN 54) et la néphrologie (via le réseau régional NEPHROLOR).

Il est à noter que la dotation régionale 2010 laisse peu de place pour le financement de dispositifs innovants.

En 2009 le fléchage financier notifié par la tutelle dotait la Lorraine de 5,8 M€ sur l'axe « mission régionale de santé » (regroupant les réseaux, la Permanence des soins, les maisons des ados et les maisons de santé pluridisciplinaires) et 1,2 M€ au titre des actions en soins de ville.

En 2010, l'enveloppe « actions missions régionales de santé » est portée à 6,7 M€ et l'enveloppe « expérimentations en soins de ville » ramenée à 121 975 €.

Pour l'exercice financier 2011, le montant de l'enveloppe FIQCS est globalisé ; cela laisse donc une plus grande latitude en région pour financer de nouvelles expérimentations.

II.d.2. Nouvelles formes de rémunérations

II.d.2.1. Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Le CAPI est un contrat proposé par l'Assurance Maladie aux médecins généralistes ; il n'est pas obligatoire. Il a été mis en place en 2009.

Pour adhérer au CAPI, le médecin doit répondre à un profil de prescriptions. Il existe des critères d'éligibilité et des critères d'exclusion. En effet, si son profil est proche des objectifs prévus par le CAPI, il est sollicité par l'Assurance maladie pour y adhérer ; dans le cas contraire, il est exclu.

II.d.2.2. Article 44 LFSS 2008

Contexte légal :

La LFSS 2008 prévoyait que des expérimentations puissent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ainsi que des maisons de santé mentionnées l'article L. 6323-3 du même code.

Ces modes de rémunération venant compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer selon les différents modules économiques proposés.

Objectif de l'expérimentation :

Cet article de loi est l'aboutissement de nombreuses réflexions menées par l'ensemble des acteurs du champ de la santé (ministère, régimes d'assurance maladie, organismes complémentaires, professionnels de santé, HAS, chercheurs, parlementaires, associations de patients, etc.) visant à améliorer l'organisation du système de soins.

Ainsi, la mise en œuvre de ces expérimentations constitue un des instruments de la modernisation de l'offre de soins de premier recours.

L'objectif final de ces expérimentations consiste à favoriser la qualité et l'efficacité des soins passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de 1er recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...,
- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1er recours.

Application du dispositif en Lorraine :

Une 1ère vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1er janvier 2010, et concerne plus de quarante sites répartis dans 6 régions (Bretagne, Bourgogne, Lorraine, Franche-Comté, Île-de-France et Rhône-Alpes).

2 sites ont été retenus par le ministère pour la région Lorraine : 2 maisons de santé dans le département des Vosges à VICHÉREY et GERARDMER.

Un second appel à candidature a été lancé courant juillet 2010. 4 autres sites ont pu être intégrés au dispositif en fonction de critères déterminés en lien avec la DSS qui pilote le projet : 2 pôles de santé dans le département de la Meuse à VIGNEULLES LES HATTONCHATEL et REVIGNY SUR ORNAIN et 2 maisons de santé pluridisciplinaires l'une dans le département des Vosges au THILLOT et l'autre dans le département de la Meurthe et Moselle à HAROUÉ.

Le dispositif concerne les modules économiques suivants :

- Module n°1 : « Missions coordonnées »

Il consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle).

Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité.

Ce forfait est modulé par les ARS en fonction du taux d'atteinte d'objectifs fixés au préalable.

Les 6 sites sont concernés par ce module.

- Module n°2 : « Education thérapeutique »

Il vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon plus autonome.

5 sites sont concernés par ce module à l'exception de la MSP du THILLOT.

- Module n°3 : « Coopérations entre professionnels de santé » (voir II.d.5.)

Les coopérations entre professionnels de santé sont une dimension essentielle de la modernisation et de la restructuration de l'offre de 1er recours. Elles favorisent en effet l'efficacité du système de soins et peuvent limiter les effets des déséquilibres démographiques.

- **Module n°4 : « Capitation ou forfait pour les mala dies chroniques »**

Ce module a pour ambition d'expérimenter une rémunération forfaitaire de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique par une équipe soignante. Ce forfait (annuel ou trimestriel) par patient a vocation à remplacer la totalité des actes et forfaits facturés précédemment par les professionnels de santé pour le traitement de ces patients.

La mise en place d'une telle expérimentation suppose un calibrage robuste du forfait et une acceptabilité des patients. Elle suppose également de lever certains risques (sélection des patients et productivité plus faible du système de soins).

Une évaluation nationale est en cours par l'IRDES. Elle permettra de déterminer l'impact sur l'efficacité du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et en conséquence les conditions de leur éventuelle généralisation.

II.d.3. Dispositifs incitatifs à l'installation et au maintien des professionnels de santé libéraux

Ces dispositifs sont adossés à des géographies d'application ad hoc, établies par la Mission Régionale de Santé (MRS) en ce qui concerne les dispositifs antérieurs à la Loi HPST ou inhérentes au SROS quant aux dispositifs récents.

II.d.3.1. Les dispositifs individuels antérieurs à la Loi HPST

II.d.3.1.1. Les aides conventionnelles individuelles relevant de l'assurance maladie

II.d.3.1.1.1. Les aides conventionnelles en faveur de la médecine générale

1. une majoration³ de 20% (sous forme d'un forfait annuel) des honoraires

Bilan

*La vertu incitative de la mesure est contestée.
En Lorraine, en deux ans et demi d'application, 36 médecins généralistes ont adhéré à l'option de coordination parmi lesquels 6 nouveaux installés seulement.
Au niveau national, 650 médecins ont bénéficié de la majoration depuis mars 2007, dont seulement 28 nouveaux installés, pour un coût total de 17 millions d'euros, soit 26 000 € per capita.*

2. un soutien financier indirect via une dérogation⁴ au parcours de soins pour aider à la constitution d'une patientèle
3. pour mémoire, des contrats de bonne pratique (CBP) relatifs à l'exercice de la médecine générale en milieu rural, en zones franches urbaines et en stations de sports d'hiver ont également été proposés en vue d'améliorer les conditions d'exercice des praticiens ayant choisi d'exercer dans des zones géographiques, a priori peu attirantes.

³ Pour les médecins généralistes ayant adhéré à l'option de coordination en contre partie de l'engagement d'un exercice en groupe durant au moins 3 ans dans une zone définie comme éligible par la MRS.

⁴ Pendant 5 ans, sont exonérées des pénalités qui s'appliquent au patient hors parcours de soins, les consultations réalisées par un médecin généraliste primo-installé ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone reconnue comme déficitaire par la MRS.

II.d.3.1.1.2. Les aides conventionnelle en faveur des infirmiers libéraux : l'option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité »

Conformément aux engagements pris par les partenaires conventionnels dans l'avenant n°1 à la convention nationale infirmière (avenant du 4 septembre 2008 publié au JO du 18 octobre 2008), l'Assurance Maladie met en œuvre, dans le cadre d'une expérimentation de deux ans à compter du 18 avril 2009, des mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées », pour privilégier l'implantation des infirmiers libéraux dans ces zones et favoriser le maintien de l'activité de ceux qui y sont d'ores et déjà installés (en même temps, dans les zones « surdotées » en infirmiers libéraux, l'accès au conventionnement ne pourra intervenir que si un infirmier libéral conventionné cesse définitivement son activité dans la zone).

Ces mesures incitatives font l'objet d'une option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité », conclue entre l'infirmier et sa caisse d'assurance maladie, et portant sur un soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement. Elles doivent permettre à chaque infirmier de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Les avantages de l'option conventionnelle :

En adhérant individuellement au « contrat santé solidarité », l'infirmier peut obtenir :

- une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans
- une participation de sa caisse d'assurance maladie aux cotisations sociales obligatoires dues au titre des allocations familiales (sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires).

Les conditions liées au mode d'exercice et à l'activité :

Cette option est proposée, sous conditions, uniquement aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie par la MRS, et justifiant d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans cette zone.

Un infirmier peut adhérer au « contrat santé solidarité » s'il exerce en groupe (cabinet ou maison de santé pluridisciplinaire, ou regroupement d'au moins deux infirmiers libéraux dans les mêmes locaux et liés par un contrat de collaboration libérale, de SCP ou SEL ...) ou s'il exerce individuellement à condition de recourir à un infirmier remplaçant, permettant d'assurer la continuité des soins.

C'est individuellement que l'infirmier libéral conventionné adhère au « contrat santé solidarité » en complétant et retournant à sa caisse d'assurance maladie, le formulaire d'adhésion dont le modèle figure en annexe 3 de l'avenant n°1.

Les engagements de l'infirmier libéral :

En contrepartie du soutien de l'assurance maladie, l'infirmier contractant s'engage à :

- réaliser le suivi de ses patients atteints de pathologies chroniques, notamment diabétiques insulinodépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique),
- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients (conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées),
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité,
- informer la CPAM du ressort de son lieu d'exercice, une fois par an, en complétant une fiche évaluative de l'option conventionnelle.

Bilan
Au 30 septembre 2009, 13 demandes d'adhésion ont été acceptées en Lorraine

Demandes d'adhésion au contrat santé solidarité au 30 septembre 2009

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Nombre de demandes acceptées	6	0	2	5	13
<i>dont nouveaux installés</i>	2				2
<i>dont premier conventionnement</i>	2		2	2	6

II.d.3.1.2. Les autres dispositifs individuels antérieurs à la Loi HPST

II.d.3.1.2.1. Les aides pouvant être attribuées par les collectivités locales

En vertu de l'article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi 05-157 du 23 février 2005), trois types d'aides concernent les étudiants et les professionnels en contrepartie d'un engagement à exercer durant au moins 5 ans dans la zone déficitaire considérée :

1. indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale,
2. indemnités d'étude et de projet professionnel pour les titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie-dentaire
3. pour les professionnels et les centres de santé, versement de primes (forfaitaire d'exercice, à l'installation), mise à disposition d'un logement, prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

L'attribution de l'aide est subordonnée à la signature d'un contrat ; celui-ci doit être transmis à la MRS pour information ou pour avis dans le cas d'aides à destination des professionnels ou des centres de santé.

A savoir : Les investissements immobiliers réalisés par les communes, ou un groupement, et destinés à l'installation des professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale sont éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Bilan

En 2008, le Conseil Général de la Meuse a notamment décidé que, chaque année, cinq étudiants de 2^e cycle en médecine pourront bénéficier d'une bourse mensuelle au montant progressif – 500 € en 4^e année d'études, 700 € la 5^e année, 1 000 € la 6^e

L'objectif de financer 5 étudiants par an n'est pas atteint puisque, depuis 2007, seuls deux étudiants de médecine ont obtenu une bourse départementale. Le Conseil Général n'a en outre enregistré aucune demande en 2008 et en 2009.

Enfin, les expériences observées par l'IRDES révèlent que l'attribution de bourses d'études en contrepartie de l'installation dans des zones carencées en offre de soins ont un impact notable à court terme mais sont inefficaces au-delà.

II.d.3.1.2.2. Les exonérations fiscales

Les articles 109, 7 et 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux fixent diverses exonérations fiscales soumises à des conditions respectives au bénéfice de praticiens, médicaux ou paramédicaux, qui s'installent dans des territoires ciblés.

1. s'agissant des médecins et de leurs remplaçants exerçant dans une zone reconnue déficitaire et éligible par la MRS : **exonération de l'impôt sur le revenu (IR) pour la rémunération perçue au titre de la PDS** dans la limite de 60 jours par an (art. 109)
2. s'agissant de l'ensemble des professionnels de santé :
 - **exonération dégressive de l'IR** pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale (art. 7) en cas d'installation postérieure au 01/01/04
 - **exonération de la taxe professionnelle** (art. 114) pour les professionnels de santé qui s'installent ou se regroupent dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale.

Bilan

Nous ne disposons pas d'éléments d'évaluation en provenance de l'administration fiscale.

II.d.3.2. Un nouveau dispositif individuel : le contrat d'engagement de service public (CESP)

Afin d'améliorer l'offre de soins dans les zones insuffisamment dotées en médecins, l'article 46 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le code de l'éducation en créant à l'article L.632-6 un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants et internes en médecine.

Le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT), réuni le 11 mai 2010, a acté la signature de 400 contrats d'engagement de service public (CESP) entre 2010 et 2012.

Le contenu du contrat :

La signature de ce contrat avec le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle de 1200 € brut, versée par ce dernier en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation.

En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans un lieu d'exercice où le SROS indique que l'offre médicale est insuffisante ou que la continuité des soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles (liste établie sur proposition de l'ARS et tenue à jour par le CNG).

La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

Sur la base du volontariat, les étudiants peuvent signer ce contrat dès la deuxième année des études de médecine et jusqu'à la fin des études médicales.

Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer un CESP avec le CNG.

Les conditions de mise en œuvre :

Le décret du 29 juin 2010 met en œuvre le contrat d'engagement de service public. Il fixe notamment les modalités de sélection des lauréats, d'attribution, de suspension et de résiliation de l'allocation.

- La sélection des bénéficiaires

Pour chaque unité de formation et de recherche (UFR), un arrêté détermine le nombre d'étudiants et le nombre d'internes pouvant signer dans l'année un CESP avec le CNG.

Les étudiants et internes font acte de candidature dans l'UFR dont ils relèvent. Au sein de chacune d'entre elles, une commission, dans laquelle siège l'ARS, sélectionne les candidats autorisés à signer un CESP sur la base d'un dossier, des résultats universitaires et du projet professionnel. Le CNG propose ensuite aux lauréats la signature d'un contrat, par ordre de classement, jusqu'à épuisement du nombre de contrats offerts par UFR.

Les contrats signés dans une région ne donneront pas nécessairement lieu à un exercice des étudiants ; en effet, le libre choix des étudiants s'effectue à un double niveau : à celui du choix des postes à l'issue des ECN et à celui du choix de lieu d'exercice durant la dernière année d'internat.

- Le choix des postes d'internat

A l'issue des ECN, les étudiants ayant signé un CESP choisissent un poste d'interne sur une liste fermée de spécialités et de subdivisions, établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur en fonction de l'état de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés par le dispositif.

Un étudiant peut, par exemple, suivre le troisième cycle dans une autre région que sa région d'origine pour accéder à une spécialité.

- Le choix de lieu d'affectation

Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un CESP choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste établie par le CNG sur proposition de l'ARS (cf. supra). A l'issue de ce choix, ils seront affectés auprès de l'ARS dans le ressort de laquelle ils seront amenés à exercer.

Là encore, l'interne peut choisir d'exercer dans une autre région que sa région de formation ou d'origine. De même, en cours d'exercice, le médecin peut demander à changer de lieu d'exercice au sein de la région ou en faveur d'une autre région, dans les conditions prévues à l'article 8 du décret du 29 juin 2010.

Un dispositif opérationnel dès la rentrée 2010-2011 :

La loi prévoit l'entrée en vigueur de ce dispositif à l'issue de l'année universitaire 2009-2010. Le versement des premières allocations doit ainsi débiter au 1^{er} octobre 2010 pour les étudiants en médecine et au 1^{er} novembre 2010 pour les internes et résidents. Toutefois, en raison des délais de mise en œuvre du CESP, le versement à titre rétroactif des allocations dues, depuis le 1^{er} octobre ou le 1^{er} novembre selon le cas, est prévu par le CNG.

Pour l'UFR de Nancy 1, un arrêté du 27 juillet 2010 fixait à 8 le nombre de CESP offerts aux étudiants en médecine et à 9 le nombre de contrats offerts aux internes de médecine (respectivement 200 et 200 au niveau national). Un arrêté du 24 juin 2011 fixe le nombre de contrats pouvant être signés pour l'année universitaire 2011-2012 à 10 pour les étudiants en médecine et à 8 pour les internes.

Une montée en charge encourageante sans pour atteindre les objectifs fixés :

En Lorraine, 6 contrats ont été signés en 2011 par des étudiants (8 contrats offerts) et un l'a été par un interne (9 contrats offerts). Au niveau national, 143 contrats ont été signés (103 par des étudiants pour 200 contrats offerts, 45 par des internes pour 200 contrats proposés).

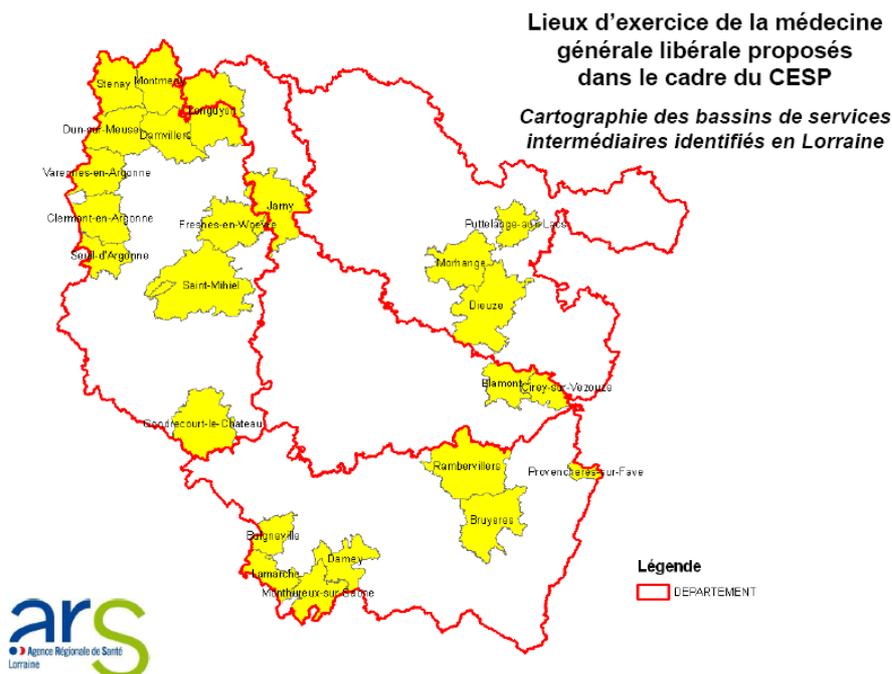
Une levée des ultimes freins à la montée en puissance du dispositif à compter de la rentrée universitaire 2011 et 2012 :

D'une part, une instruction ministérielle du 29 septembre 2011 complète et renforce le dispositif dans ses aspects réglementaires et organisationnels afin de lever les ultimes obstacles à la montée en charge du dispositif et assurer, dès la rentrée universitaire 2011-2012, une meilleure adéquation entre le nombre de contrats offerts et le nombre de contrats signés. Parmi les principales avancées peuvent être relevés :

- La mise en place de deux mécanismes en vue d'une allocation optimale des contrats,
- La priorité régionale lors du choix d'un lieu d'exercice,
- Un accompagnement individualisé par l'ARS des signataires d'un CESP, pour informer et orienter les étudiants dans leur cursus et leurs choix professionnels au regard des perspectives démographiques locales.

D'autre part, depuis septembre 2011, les lieux d'exercice proposés aux médecins lauréats d'un CESP sont fixés par les ARS et renseignés sur le site du Centre National de Gestion des Directeurs d'hôpitaux et praticiens hospitaliers.

Pour la Lorraine, 24 territoires correspondant à des bassins d'équipements et de services intermédiaires ont été identifiés pour l'exercice libéral de la médecine générale dans un premier temps.



II.d.3.3. Les aides financières collectives soutenant la création de maisons de santé pluridisciplinaires

II.d.3.3.1. Quatre principales sources de financement des maisons de santé pluridisciplinaires

1. par l'ARS, en succession à la MRS, au titre du FIQCS : dépenses d'ingénierie et de fonctionnement :
 - 50 000 € maximum (100 000 € pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la « Dynamique Espoir Banlieues »)
 - possibilité de compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale accordée au titre du FIQCS
 - 50 % minimum de la dotation pour les projets implantés dans des zones déficitaires
 - en faveur des MSP en projet et/ou en fonctionnement.

Bilan

Depuis le 21 juin 2005, 11 projets ont bénéficié d'un financement FIQCS pour un montant de 480 112 €.

2. par le Conseil Régional de Lorraine qui offre plusieurs canaux complémentaires de financement :
 - ✓ Le plus important constitue une participation financière accordée par la direction de la santé, à hauteur de 50% des dépenses éligibles plafonnées à 300 000 €, aux travaux d'investissements (liés à la construction ou à la réhabilitation). Une subvention complémentaire peut être attribuée au titre de la qualité environnementale du projet par la direction de l'environnement et du développement durable.
 - ✓ Dans le cas où le projet ne respecte pas le cahier des charges des maisons de santé, la direction du développement local peut subventionner l'investissement immobilier.
 - ✓ La Région peut enfin soutenir l'emploi par un financement au titre de la vie associative accordé par la Direction du même nom.
3. par les autres collectivités locales : Conseil Général, EPCI, communes, etc....
4. par l'Etat et l'Europe : Fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT⁵), Dotation de développement rural (DDR⁶), Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER⁷), Fonds européen de développement régional (FEDER).
5. Il est à noter que, dans le cas des maisons de santé pluridisciplinaires, un nouveau dispositif applicable aux dépenses réalisées à compter du 1^{er} janvier 2006, prévoit que sont éligibles de façon dérogatoire au Fonds de compensation pour la TVA (FCTVA⁸), les investissements immobiliers réalisés par les communes ou leurs groupements qui sont destinés à l'installation des professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale (art. L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales).

Le total cumulé des aides publiques (Europe, Etat, Région et Département confondus) est limité à 80% du montant hors taxe de l'opération.

Bilan

Nous ne disposons pas d'éléments financiers sur ces autres aides publiques versées.

II.d.3.3.2. Deux programmes de financements publics affectés à l'investissement en milieu rural

II.d.3.3.2.1. Le plan national d'équipement de 250 maisons de santé sur la période 2010-2013

⁵ Le FNADT apporte le soutien de l'État aux opérations dont la réalisation est essentielle à la réussite d'un projet territorial concerné et intervient en complément des fonds publics et privés mobilisés pour ces opérations.

Le fonds a vocation à soutenir, en investissement comme en fonctionnement, les actions qui concourent à mettre en œuvre les choix stratégiques de la politique d'aménagement du territoire.

⁶ La loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 portant loi de finances pour 2006 a institué en son article 140 deux parts pour la DDR. La 2^{ème} part ouvre le droit aux communes de bénéficier d'une subvention accordée par le Préfet pour les projets de maintien et de développement des services au public en milieu rural.

⁷ Outre les programmes d'intérêt économique, environnemental (FEDER) et social, la politique agricole et rurale a été redéfinie. Elle offre un volet développement rural qui touche l'ensemble des actions menées en milieu rural.

Parmi les quatre axes majeurs en vue de faciliter la compétitivité, d'améliorer l'environnement et la qualité de vie dans les zones rurales, le développement de projets de maisons de santé peut valablement s'inscrire dans le cadre de l'axe n°3 «Amélioration de la qualité de vie des zones rurales et encouragement à la diversification des activités économiques».

⁸ Le FCTVA attribue aux collectivités locales des dotations qui compensent forfaitairement la TVA qu'elles acquittent sur les dépenses engagées dans le cadre de leurs activités non soumises à la TVA. Seules les dépenses réelles d'investissement sont visées sous certaines conditions ; les dépenses de fonctionnement en sont exclues.

Ce plan, mis en œuvre par la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010, porte sur les dépenses d'investissement au travers de la dotation globale d'équipement (DGE), de la dotation de développement rural (DDR) et du fonds d'aménagement et du développement du territoire (FNADT), pour un montant total de 25 millions d'euros par an (10 millions € de FNADT et 15 millions au titre de la DGE/DDR).

Le taux maximal de l'intervention de l'Etat est fixé à 25%. Dans les territoires prioritaires identifiés dans le volet ambulatoire du SROS ainsi que dans les zones de revitalisation rurale, ce taux peut atteindre 35%.

La contribution de fonds européens peut être sollicitée.

Au niveau local, un comité de sélection régional sélectionne les dossiers pouvant bénéficier d'un financement de l'Etat pour l'investissement. La circulaire ministérielle du 12 mai 2011 confie une mission supplémentaire au comité de sélection régional : en concertation avec l'ensemble des financeurs publics, valider un plan de financement abouti et proposer, le cas échéant, un montant de subvention au titre du FNADT section générale (volet national).

II.d.3.3.2. Les pôles d'excellence rurale (PER)

Le dispositif « Pôle d'Excellence Rural », dont la 1ère vague a été lancée en décembre 2005, vise à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.

Comme indiqué précédemment, le projet de maison de santé pluridisciplinaire intitulé « Plaine Santé entre Saône et Madon », porté par la Communauté de Communes du Pays de la Saône Vosgienne (visant la création de trois MSP à Darney, Lamarche et Monthureux-sur-Saulx), a été retenu dans le cadre du premier appel à projet national de la seconde génération de pôles d'excellence rurale, lancé le 9 novembre 2009.

Un appel à projet de la seconde génération a été lancé le 9 novembre 2009. Les projets de maisons de santé retenus dans ce cadre, pourront bénéficier de financements spécifiques, pour autant qu'ils soient conformes au cahier des charges des PER (s'intégrant dans un projet territorial d'accès aux services ou bien porteur d'innovations : formation, télémédecine,...).

II.d.3.4. Un soutien également de l'ARS Lorraine aux pôles de santé

L'ARS Lorraine a souhaité étendre son intervention financière au titre du FIQCS au-delà du subventionnement des seules MSP et prendre en compte les possibilités de coopérations « hors les murs » dans le cadre des pôles de santé. C'est pourquoi, l'ARS Lorraine a élaboré deux cahiers des charges respectifs aux MSP et aux pôles de santé. Parallèlement, des réflexions doivent s'engager avec l'ensemble des partenaires sur les pistes de financement à ouvrir éventuellement.

II.d.4. Nouvelles modalités d'exercice de la médecine

Recensement des nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale en Lorraine
(situation au 24 septembre 2010)

	Nombre de contrats de collaborateur libéral		Nombre de contrats de collaborateur salariées		Nombre d'autorisations d'exercice sur des lieux multiples	
	total cumulé	total actifs	total cumulé	total actifs	total cumulé	total actifs
Meurthe-et-Moselle	34	19	1	0	n.c	n.c
Meuse	2	0	2	0	n.c	17 (aucun médecin généraliste)
Moselle	31	28	0	0	n.c	n.c
Vosges	7	7	0	0	27	23
LORRAINE	74	54	3	0		

Ces nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale concernent très peu de médecins. En particulier, aucun contrat de collaboration salariée n'est effectif à ce jour en Lorraine.

II.d.4.1. Collaborateurs libéraux

Par l'article 18 de la loi du 2 août 2005 dite "loi Jacob", en faveur des petites et moyennes entreprises, le contrat de collaborateur libéral a été étendu à toutes les professions réglementées, dont celles de la santé. Auparavant, seules quelques professions libérales pouvaient utiliser ce dispositif.

Ce nouveau statut permet aux professionnels de santé libéraux de signer avec un praticien (personne physique ou personne morale) exerçant la même profession, un contrat de collaborateur libéral. L'Ordre National des Médecins a rédigé des contrats et statuts types qui sont disponibles sur son site internet et dans les Ordres départementaux.

Cette mesure devrait faciliter une installation en "douceur" pour les jeunes professionnels de santé en bénéficiant d'information et de conseils tant dans le domaine du soin que pour la gestion d'un cabinet.

Les bénéfices attendus sont de trois ordres au moins :

- offrir à de jeunes professionnels de santé libéraux la possibilité d'exercer dans des zones apparemment moins attractives sans s'y sentir définitivement engagés
- préparer la transmission du cabinet à un collaborateur, ce dernier prenant le temps de mesurer s'il veut s'engager dans une reprise de cabinet
- laisser envisager différemment l'exercice de la médecine grâce à des gains en termes de qualité de vie et de temps libre.

S'agissant des médecins libéraux, le décret n° 2006 -1585 du 13 décembre 2006 modifie les articles 87 et 88 du Code de déontologie médicale (articles R.4127-87 et R.4127-88 du Code de la santé publique) afin d'entériner ce nouveau mode d'exercice.

L'Ordre avait cependant déjà prévu, depuis le mois de septembre 2005, qu'il était possible de recourir à la collaboration libérale sur la base du contrat type sans attendre la publication de ce décret, les termes de la loi « Jacob » étant suffisamment clairs sur le dispositif.

La "loi Jacob" fixe le cadre général du collaborateur libéral. Ce dernier n'est pas salarié, il exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il est responsable de ses actes personnels. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.

Chacun des contractants perçoit directement ses honoraires et le collaborateur verse une redevance mensuelle au titulaire du cabinet.

Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.

Le collaborateur libéral adhère de façon individuelle et personnelle à la convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et sa profession ; le médecin collaborateur libéral ne dépend donc pas de la situation conventionnelle du praticien titulaire du cabinet.

II.d.4.2. Collaborateurs salariés

Si la loi du 2 août 2005, en faveur des petites et moyennes entreprises, crée le statut de collaborateur libéral pour les professions libérales, elle maintient l'interdiction pour ces dernières de salarier un confrère ; son article 18 rappelle en effet que le collaborateur exerçant auprès d'un autre professionnel doit être un membre non salarié d'une profession libérale.

Face à la perspective de pénurie médicale et à une aspiration croissante des praticiens de concilier vie familiale et exercice professionnel, le décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 complète le statut de médecin collaborateur libéral en levant également l'interdiction faite à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin (interdiction prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique). L'article II dudit décret dispose en effet que « L'interdiction du salariat prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication du présent décret, reste en vigueur pendant un délai de six mois à compter de cette publication ».

L'article 87 du code de déontologie médicale étend donc aux médecins employés par un confrère les dispositions de l'article 95 par lequel : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions [...] ».

Le collaborateur salarié exerce certes pour le compte et au nom de son employeur, mais le lien de subordination existant dans la collaboration salariée se limite à un lien de subordination dans la gestion administrative du cabinet et dans l'organisation du travail. Le médecin salarié est toujours soumis à ses devoirs professionnels, notamment en termes d'indépendance dans ses décisions.

Le médecin collaborateur salarié a le statut de cadre. Il relève du régime général de la sécurité sociale et il doit être obligatoirement affilié à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC).

Le Conseil national de l'ordre des médecins a établi quatre modèles de contrat de collaboration salariée :

- Contrat type de collaboration salariée à durée déterminée - temps plein
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée - temps plein
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée - temps partiel
- Contrat type de collaboration salariée à durée indéterminée entre une société d'exercice et un médecin salarié.

Le contrat de collaboration salariée constitue un contrat de travail qui relève des dispositions du droit commun et notamment du droit du travail. Les relations entre les deux parties sont également soumises au code de déontologie médicale et notamment aux principes de confraternité et de libre choix des patients.

A l'instar de la collaboration libérale, le contrat de collaboration salariée comporte des clauses impératives et relatives notamment à l'indépendance professionnelle, aux conditions d'engagement, au lieu de travail, aux conditions d'exercice et aux moyens de travail, à la rémunération et au temps de travail, aux honoraires, aux congés payés, aux astreintes à domicile, à l'organisation de la permanence des soins, à la formation médicale continue, au secret professionnel, au dossier médical, à la retraite complémentaire, aux obligations d'assurance, au règlement des litiges et à la communication du contrat par chacune des deux parties signataires au conseil départemental dont elle relève.

II.d.4.3. Exercice sur des lieux multiples

La modification, par décret n° 2005-481 du 17 mai 2005, de l'article R.4127-85 du code de la santé publique (article 85 du code de déontologie médicale) permet désormais à un médecin d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle.

Dans l'intérêt des populations, cette nouvelle modalité d'exercice répond à un enjeu de deux ordres :

- soit démographique, en cas de pénurie en médecins sur un territoire ou de peuplement insuffisant d'une zone pour justifier l'installation à temps complet d'un praticien,
- soit technique, lorsque les investigations et les soins qu'entreprend le médecin nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

S'il se substitue à la notion de cabinet secondaire, l'exercice en des lieux multiples reste néanmoins conditionné par l'autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel il s'exerce.

Ce dernier sera attentif à l'opportunité d'une multiplication des lieux d'activité, quand bien même l'article 85 ne limite ni le nombre, ni le périmètre géographique des sites d'activités. Il veillera également à ce que la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins soient assurées.

L'activité médicale sur un ou plusieurs sites distincts de la résidence professionnelle habituelle rend possible des formes d'exercice innovantes. Par exemple, un cabinet pourrait être occupé successivement par différents médecins qui se partageraient, à la condition d'une organisation ad hoc, des plages horaires ou des jours d'exercice dans ce lieu.

II.d.5. Coopération entre professionnels de santé

Le chapitre coopération entre professionnels de santé a été inscrit dans la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 à l'article 51. Il fait suite au bilan des 16 expérimentations retenues d'une part dans l'arrêté du 13 décembre 2004 paru au JO du 13 janvier 2005, et d'autre part dans l'arrêté du 30 mars 2006 paru au JO du 7 avril 2006. Auparavant, le caractère dérogatoire des expérimentations a été introduit dans l'article 131 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 afin que les professionnels de santé non médecins ne soient pas en exercice illégal de la profession médicale.

Ces expérimentations concernaient les professions suivantes :

- infirmier (suivi patients en dialyse, patients stabilisés atteints d'hépatite C...)
- manipulateur d'électroradiologie médicale : radiothérapie (préparation à un traitement, contournage des organes à risque et des volumes cibles, études dosimétriques complexes) et échographie
- diététicien (patients diabétiques)
- orthoptiste (mesure de la réfraction oculaire et de la tension oculaire et séances d'adaptation après pose de lentilles).

A noter qu'en Lorraine deux établissements ont été concernés par ces expérimentations : le Centre Alexis Vautrin et le CHR de METZ-THIONVILLE.

Ces expérimentations ont fait l'objet de nombreuses publications sous l'égide du Professeur BERLAND et de l'HAS.

Il est à noter que la réglementation a déjà évolué puisque :

- les infirmiers ont le droit de prescrire un vaccin antigrippal (à condition que le patient ait déjà reçu une primo-vaccination) et le renouvellement de dispositifs médicaux
- les opticiens peuvent également assurer le renouvellement d'une prescription de lunettes.

En Lorraine, la réflexion sur les coopérations entre professionnels a débuté. Deux groupes de travail ont été mis en place. L'un concerne le secteur ambulatoire, tandis que l'autre intéresse les acteurs hospitaliers.

Pour la partie ambulatoire, les nécessités sont au moins de deux ordres :

- ❖ démographique : la baisse attendue des effectifs médicaux et la hausse de la demande de soins rend nécessaire la réflexion sur le thème de la coopération en visant le maintien à domicile des malades chroniques et des personnes âgées ;
- ❖ économique : le paiement à l'acte a montré ses limites dans la gestion des malades chroniques invitant trop souvent à la multiplication d'actes (parfois inutiles). Il semble important de faire évoluer les modalités de paiement pour permettre une plus grande coopération entre professionnels de santé, une meilleure définition des tâches centrées sur les besoins du patient, ainsi que l'essor de modalités de prise en charge incontournables (ex. : éducation thérapeutique).

En ce qui concerne la partie hospitalière, à ce jour un protocole a été transmis à la HAS pour avis. Ce protocole est proposé par les médecins radiologues et de médecine nucléaire du CHU de Nancy et du CHR de Metz-Thionville. Il concerne la réalisation d'échographies (sauf cardiaques et obstétricales) par des manipulateurs d'électroradiologie médicale ayant suivi un cursus théorique et pratique validé.

- ❖ L'ARS de Lorraine a souhaité élaborer un plan de communication sur le sujet afin de susciter les propositions de protocoles entre professionnels de santé. Un groupe de travail régional a été installé. L'objectif est également de lister les pratiques dites « hors des clous » et de les confronter dans un premier temps avec les décrets d'actes ou missions avant de proposer soit la rédaction de protocoles internes soit l'écriture d'un protocole de coopération. L'ARS de Lorraine a fait le choix de proposer un accompagnement méthodologique aux porteurs de projets.

II.d.6. Partage et échanges électroniques d'informations de santé

En dehors d'initiatives locales, le partage et l'échange électronique d'informations de santé ont été principalement initiés en Lorraine par l'association HERMES (HÉbergement des Réseaux Mutualisés En Santé) et l'association APICEM (Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine).

L'association HERMES a essentiellement travaillé sur :

- l'étiquette « patient »
- le développement de solutions de partage pour les réseaux (dossier en cancérologie avec le réseau ONCOLOR, ...)
- l'expérimentation d'une messagerie sécurisée pour les établissements de santé.

L'association APICEM a de son côté permis le déploiement de la messagerie sécurisée principalement dans les cabinets libéraux et les laboratoires via sa solution APICRYPT.

Echanges réalisés par les adhérents de l'APICEM

Nombre d'adhérents	1927
Nombre de médecins libéraux	1325
Nombre de laboratoires pratiquant des échanges sécurisés	117
Nombre de messages émis en juin 2010	270 951 (moyenne d'env. 230 000/mois)
dont par des laboratoires	195 604 (moyenne d'env. 170 000/mois)
Flux mensuel moyen par laboratoire	1509
Flux mensuel moyen par médecin	174 (5,8/jour)
Augmentation moyenne du flux	3%
Adhérents considérant que la transmission de courrier par les hôpitaux est un élément important de l'amélioration du lien Ville-Hôpital	95%
Adhérents considérant que la solution APICRYPT leur fait gagner du temps et améliore la qualité des soins qu'ils dispensent	82%

Source : APICEM – Enquête juillet 2010

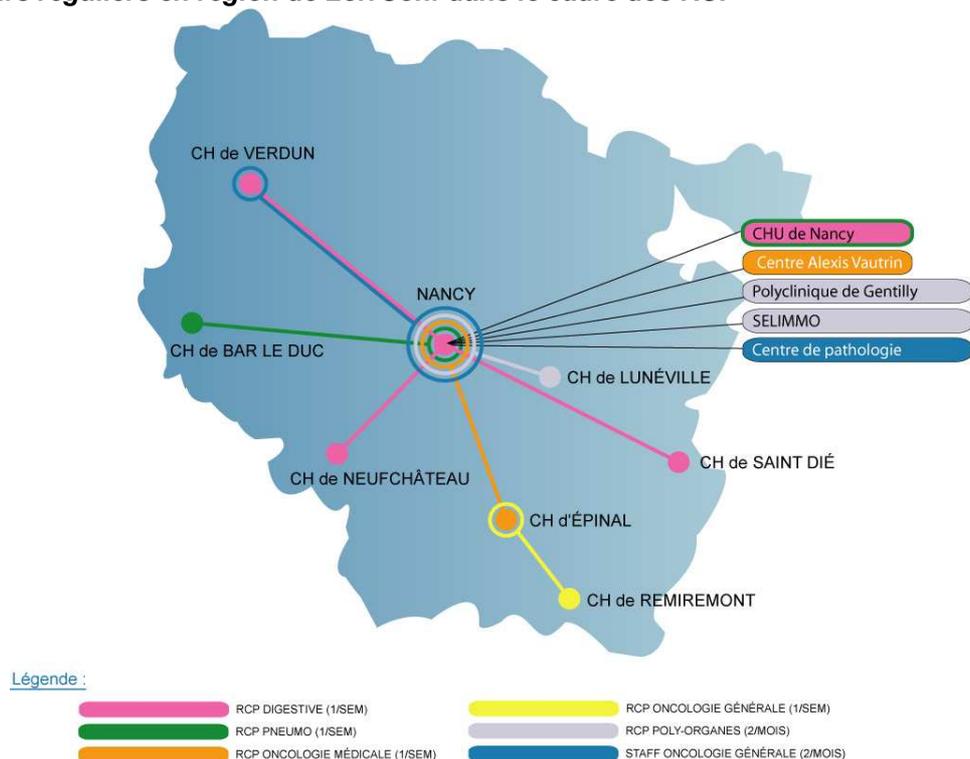
La principale difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ces solutions est le développement des usages (à la ville, ou entre la ville et l'hôpital). Ainsi l'URMLL (Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine) avec HERMES en 2006 et ensuite avec le GCS Télésanté Lorraine (création de ce Groupement de Coopération Sanitaire fin 2006, en remplacement de l'association HERMES sur demande du Directeur de l'ARH afin de renforcer la gouvernance régionale des systèmes d'information de santé dans le cadre entre autre de la mise en œuvre du DMP (Dossier Médical Personnel)) en 2007 ont souhaité travailler au développement de ces usages à travers l'élaboration d'une réponse régionale à l'appel à projet sur le DMP du GIP-DMP. Malheureusement, ce projet n'a pu aboutir suite à l'interruption du projet national du DMP en 2007.

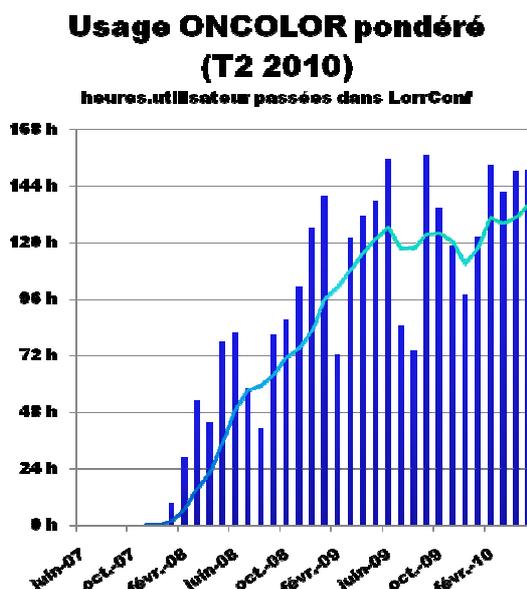
Dans l'attente de nouvelles orientations nationales en la matière, les acteurs précités ont continué à travailler au développement et à la promotion de leurs solutions. Ainsi, l'ensemble des professionnels de santé lorrains, ont aujourd'hui à leur disposition des solutions régionales opérationnelles d'échanges sécurisés et totalement interopérables.

De plus, de nouvelles solutions régionales sont venues compléter ces outils de messagerie :

- La Web-Conférence (solution LorrConf) principalement utilisée par des professionnels libéraux et hospitaliers, afin de limiter leurs déplacements, dans le cadre des Réunions de Coordination Pluridisciplinaires.

Utilisateurs réguliers en région de LorrConf dans le cadre des RCP



Evolution des usages de LorrConf dans le cadre des RCP

- La solution T-Lor de transfert et de partage d'images (scanner et IRM), en cours de mise en œuvre actuellement pour le compte du monde hospitalier en partenariat avec les radiologues privés.

Toutes ces solutions doivent désormais trouver pleinement leur usage en relation avec les axes de développement du DMP définis par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) et des besoins exprimés par les professionnels (ex. : transfert de photos en dermatologie).

De plus, l'effectivité de ces solutions et de la plate-forme régionale mise en œuvre par le GCS Télésanté Lorraine doit permettre de faire converger les initiatives locales vers des solutions partagées et communicantes et de mettre à disposition de tout professionnel ou structure des services opérationnels permettant le partage et les échanges électroniques sécurisés d'information de santé.

III. Analyse de l'offre et évolution prévisible**III.a. Difficultés actuelles identifiées en terme d'accès aux soins****III.a.1. Inégalités territoriales*****L'accès aux soins partout sur le territoire***

L'offre de soins sur un territoire, qui doit être idéalement en adéquation avec les besoins de la population, est à la fois identifiable par :

- la répartition des professionnels médicaux et paramédicaux sur le territoire
- les coûts pour les patients qu'engendre l'accès à ces professionnels.

La Lorraine présente des territoires hétérogènes face aux difficultés d'accès aux professionnels de santé.

Les difficultés se cumulent sur les territoires les plus défavorisés :

- population âgée ou précaire et isolée (difficultés de déplacement pour accéder aux professionnels)
- nombre de professionnels faible avec une part importante de médecins de secteur 2 (la liberté tarifaire des professionnels devient alors une contrainte tarifaire pour les patients).

III.a.2. Inégalités sociales

L'accès aux soins pour tous

Les populations spécifiques (personnes en situation de précarité, détenus, personnes âgées,...) nécessitent une attention particulière en terme d'accès à la santé : proximité de l'offre de soins, prise en charge globale, accessibilité financière,...

Les populations atteintes de pathologies lourdes et/ou chroniques peuvent être confrontées aux mêmes difficultés de part leur besoin élevé de soins.

III.a.3 Anticiper les difficultés

Le vieillissement de la population, le non renouvellements des professionnels de santé, rendent la problématique de l'accès à la santé de plus en plus difficile.

Il est indispensable dans ce contexte d'augmentation de la demande et de diminution de l'offre d'optimiser l'organisation des soins.

Il convient de rendre efficient(s) :

- la répartition sur le territoire des professionnels
- la collaboration entre professionnels (libéraux, hospitaliers et médico-sociaux)
- les soins apportés aux patients (« le bon soin par le bon professionnel »).

A ces fins, la formation des professionnels de santé et les mesures prises afin de garder les professionnels formés en région, le développement des structures d'exercice collectif, etc...., doivent être adaptés aux futurs besoins de la population.

III.b. Apport des structures collectives dans l'offre de soins

Le développement d'une pratique pluridisciplinaire et coordonnée s'inscrit dans un contexte en pleine évolution :

- La demande de santé augmente et évolue constamment, soit pour des raisons sanitaires (par exemple, la demande de soins croissante liée au vieillissement de la population), soit pour des raisons sociales (demande sociale croissante, notamment en termes d'accessibilité aux soins).
- Une baisse attendue de la démographie médicale, en effectif et en densité, menace d'aggraver les défis que pose l'inégale répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville.
- Enfin, les évolutions sociologiques des professionnels de santé semblent pouvoir figurer comme des éléments moteurs du regroupement interprofessionnel coordonné. L'aspiration à l'exercice regroupé concerne davantage les jeunes médecins. En outre, la féminisation se poursuit avec près de 2/3 de femmes en 2^e année d'études médicales : si elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail, elle coïncide avec une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes.

Dans ce contexte, tant les professionnels de santé eux-mêmes, que la population et les élus prêtent aux structures d'exercice pluridisciplinaire coordonné la capacité de maintenir localement une offre de santé suffisante, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels et en garantissant des soins de qualité à l'ensemble de la population.

Ce mode d'exercice innovant tente d'apporter une réponse aux problématiques à la fois d'accès aux soins, de continuité et de permanence des soins.

Concilier vie de famille et vie professionnelle constitue une nouvelle exigence des médecins qui les conduit à appréhender différemment leur exercice et leur mode d'organisation.

Du point de vue des conditions de travail, les médecins voient dans le travail en équipe la possibilité de mutualiser les moyens nécessaires à l'exercice et de coordonner leurs pratiques, ainsi que de mieux répartir les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins. Les médecins déjà installés y voient une occasion d'attirer des confrères, de trouver des remplaçants et d'envisager une cessation d'activité plus progressive et plus sereine.

En même temps, ce mode d'exercice laisse augurer une meilleure prise en charge d'une demande croissante et changeante avec des ressources humaines limitées, tant en termes d'effectifs que de disponibilité de la ressource médicale (liée aux attentes des jeunes professionnels à la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants que leurs aînés).

A ce propos, l'IRDES conclut de la littérature internationale que la qualité des soins est au moins identique, et au mieux améliorée, lorsque les médecins exercent en groupe avec d'autres professionnels, notamment des infirmières, et à l'aide d'un système d'information de qualité. Les améliorations les plus manifestes portent notamment sur le suivi des pathologies chroniques (diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne).

Le développement de ces structures a également bénéficié des encouragements des pouvoirs publics par le truchement de diverses incitations financières dédiées et des actions de promotions et d'accompagnement.

Dans le cadre du seul paiement à l'acte, des craintes subsistent néanmoins sur le caractère potentiellement inflationniste de ces structures, notamment dans des territoires démographiquement sous-denses ; l'IRDES relève, dans une évaluation exploratoire des MSP de Franche-Comté et de Bourgogne (octobre 2009), que les professionnels de santé peuvent être conduits à développer une activité non justifiée médicalement, soit pour maximiser leurs revenus individuels, soit pour équilibrer les charges de fonctionnement induites par l'exercice en équipe pluridisciplinaire (locaux, équipement, temps d'échanges).

III.c. Evolution des réseaux de santé ou de soins

Depuis plusieurs années, différents réseaux de santé thématiques ou populationnels, régionaux ou de proximité se sont implantés sur le territoire lorrain, financés par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

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

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

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

- **des réseaux régionaux** en charge de l'expertise, de la formalisation de protocoles en lien avec les référentiels de bonnes pratiques, de la formation des professionnels de santé..., sans prise en charge de patients,

- **des réseaux populationnels, pluri-thématiques et territoriaux** au plus près des besoins des patients et de leurs médecins traitants, s'appuyant sur les réseaux gérontologiques existants.

Cette politique a été présentée par l'ARS à l'ensemble des réseaux territoriaux et régionaux, le 27 janvier 2011. Deux groupes de travail ont été mis en place : l'un sur la thématique des réseaux de proximité, l'autre relatif aux réseaux régionaux.

Entre janvier et juin 2011, différentes rencontres ont été organisées par l'ARS et ont associé, outre les réseaux, des professionnels de santé libéraux via les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Chirurgiens-Dentistes), les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux), les directions d'Etablissements de Santé.

L'objectif fixé était de collecter des éléments de cadrage et organisationnels (cahier des charges), base de rédaction des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) devant être signés entre d'une part les réseaux territoriaux et l'ARS et d'autre part les réseaux régionaux et l'ARS.

Depuis, les réseaux territoriaux poursuivent leurs travaux de rapprochement entre eux, sur chaque territoire.

Suite au constat que certains réseaux régionaux coordonnent la prise en charge de patients alors que d'autres reposent sur des modalités organisationnelles, il s'agit de redéfinir le périmètre des réseaux régionaux lorrains et leur articulation nécessaire avec les réseaux locaux.

III.d. Apport des expérimentations en cours

La rémunération des professionnels de santé libéraux repose quasi-exclusivement sur le « paiement à l'acte » ; chaque acte donne lieu par le patient à une rétribution dont le montant est fixé par convention entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels signataires.

Ce mode rémunération se voulait une réponse au problème de l'accès aux soins après guerre, lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes. Il ne permet pas toutefois une prise en charge globale des patients. Il ne favorise pas non plus le développement des dépistages et actes de prévention ciblés, ni le développement d'actions de santé publique.

Or, de nouvelles formes de prise en charge coordonnée des patients au sein de structures d'exercice pluridisciplinaire se développent en réponse aux aspirations récentes des professionnels de santé libéraux et à l'évolution des besoins de santé, notamment le développement des maladies chroniques.

Dans ce contexte, sont engagées, en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé ou de financement des maisons de santé et centres de santé, en complément du paiement à l'acte ou en substitution.

L'objectif de ces expérimentations est de trois ordres aux moins :

- adapter les modes de rémunérations aux nouvelles formes d'organisation des professionnels de santé libéraux,
- encourager une meilleure coordination entre les acteurs de soins, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques,
- développer des services innovants pour les patients en termes notamment de prévention, d'éducation thérapeutique du patient, de suivi, etc.

Ces expérimentations participent finalement à accompagner le changement de paradigme d'un système de santé, principalement orienté vers les soins curatifs pour les problèmes aigus, vers la prise en charge de nouveaux besoins de santé liés au développement des maladies chroniques.

Les gains attendus sont multiples :

- pour les patients, en termes de qualité des soins,
- pour les professionnels eux-mêmes, en termes d'amélioration de leurs prestations et de maintien de leur niveau de vie,
- en termes financiers pour l'assurance maladie soucieuse d'assurer à la population le meilleur soin au meilleur coût.

A cette expérimentation article 44, s'ajoute une rémunération individuelle et forfaitaire dans le cadre du CAPI. Ce contrat d'amélioration des pratiques individuelles poursuit les mêmes objectifs que les expérimentations de l'article 44, à savoir le développement et la rémunération d'actions de santé publique qui ne sont pas définies dans la nomenclature conventionnelle des actes.

III.e. La permanence des soins ambulatoire : permettre un accès à la médecine de ville à tout moment

Le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 précise les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) dans lesquelles le directeur général de l'ARS (DGARS) occupe une place importante.

Un cahier des charges régional, décrivant l'organisation de la PDS, sera arrêté par le DGARS dans le respect des objectifs du SROS, après avis :

- CODAMUPS
- commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA
- URPS (médecins)
- pour les territoires de PDS : CDOM et préfet de département

Ce cahier des charges précisera l'organisation régionale de la PDS et ses déclinaisons départementales, dont :

- organisation de la régulation
- définition des territoires de PDS
- lieux fixes de consultation
- indicateurs de suivi et conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDS
- modalités de recueil, de suivi et d'information des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDS
- rémunération forfaitaire pour la PDS et la régulation médicale téléphonique, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

De plus, les autres types de permanence (garde ambulancière, pharmaceutique,...) devront être étudiés.

IV. Conclusion

La plus grande partie de la population lorraine se concentre le long du « sillon mosellan », autour de Forbach et le long d'un axe reliant le lunévillois au toulousain.

Les gains de population concernent principalement le Pays Haut, les territoires bénéficiant du travail transfrontalier et les espaces ruraux situés dans les secteurs les plus proches des villes et des pôles d'emplois, au-delà de la sphère périurbaine de ces derniers.

Ainsi, à un dynamisme et un rajeunissement démographiques autour de Thionville, Verdun, Lunéville, dans le Pays Haut et dans le sud-ouest meurthe-et-mosellan, s'opposent une érosion et un vieillissement démographiques dans le Barrois, la façade ouest de la Meuse, le sud-ouest vosgien et le Bassin Houiller. Nombre de ces espaces en déclin démographique présentent par ailleurs une pauvreté monétaire prégnante. Une attention doit également être portée sur les quartiers en zones urbaines sensibles (ZUS), dont les habitants, fragilisés par des situations socio-économiques défavorisées, souffrent d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé.

Les professionnels de santé libéraux ont tendance à s'installer de préférence là où se concentre la population. Leur inégale répartition géographique est de nature à renforcer les fragilités de territoires déjà affectés par des inégalités sociodémographiques et territoriales :

- Les médecins spécialistes en activité régulière, proportionnellement beaucoup moins nombreux en Lorraine, se concentrent ainsi à proximité des établissements hospitaliers.
- Pour sa part, la démographie des médecins généralistes libéraux est exposée à un vieillissement et à une difficulté de renouvellement des praticiens dans les territoires déjà relativement moins pourvus ; en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral et un cinquième des nouveaux inscrits à l'Ordre en 2009 se sont installés à Nancy.
- Enfin, la Lorraine présente une dotation relative en masseurs-kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale.

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

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

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

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

A côté des maisons de santé, les pôles de santé constituent une forme alternative d'exercice pluridisciplinaire coordonné pour des professionnels de santé qui ne souhaitent pas se regrouper au sein de structures communes. L'on peut être autorisé à augurer que l'élaboration récente par l'ARS d'un cahier des charges spécifique au financement par le FIQCS des pôles de santé permettra de catalyser leur développement.

Enfin, le tissu d'offre de santé FILIERIS (centres de santé, centres d'optique, laboratoires d'analyses médicales, établissements sanitaires et médico-sociaux), géré par le régime de sécurité sociale des mines avant une intégration progressive au régime général de sécurité sociale, irrigue particulièrement les bassins ferrifère et houiller autour de dynamiques axées vers les personnes âgées, les populations précaires et la prise en charge des maladies chroniques.

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

Pour autant, certaines conditions apparaissent nécessaires.

Maisons et pôles de santé ont certes vocation à accueillir des professionnels de santé en formation, étudiants ou internes ; ils offrent l'opportunité durant les études de découvrir et de se former aux spécificités de l'exercice professionnel de proximité, notamment dans des territoires relativement peu pourvus en offre de soins de premier recours, afin de compléter utilement la formation hospitalière et de dissiper la crainte, fréquente chez les jeunes professionnels, de s'installer en dehors d'un cadre salarié ou de la proximité des principales agglomérations. Il convient cependant d'agir pour développer le nombre de maîtres de stages, notamment dans la supervision des internes de médecine générale effectuant un SASPAS (semestre autonome en soins primaires ambulatoires supervisés), dont l'insuffisance des effectifs constitue un facteur limitant l'augmentation du nombre des stages pouvant être proposés.

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

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

« Les territoires de premier recours en Lorraine »

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

Methodologie

[Projet d'] Arrêté relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de santé publique

Afin de garantir une certaine équité entre les régions, une part maximale de population vivant dans les zones est déterminée par l'arrêté (article 2). Pour tenir compte des inégalités de répartition des professionnels entre les régions, ce critère est modulé pour chaque région en fonction de la densité des médecins généralistes de la région.

↳ Les zones fragiles définies par le SROS ne pourront couvrir plus de 7,5% de la population lorraine.

Le périmètre géographique de ces zones tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE (article 3). Cette disposition permet de ne pas créer un nouveau découpage qui ne serait pas lisible pour l'ensemble des acteurs et pour les usagers mais de s'appuyer sur un zonage existant et connu et pour lequel les données démographiques sont disponibles.

↳ Le périmètre géographique de ces zones tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE.

I. Territoires lorrains existants

La région Lorraine présente déjà un certain nombre de découpages créés au fil des ans pour satisfaire à des besoins spécifiques. Un état des lieux des principaux zonages existants dans la région a été fait :

I.1. Territoires administratifs

- Les départements : 4 départements

Les territoires de santé de concertation

Par arrêté 2010-391 du 25 novembre 2010 quatre territoires de santé ont été définis. Ils correspondent aux périmètres des départements lorrains. Ils sont le siège des conférences de territoire prévues par la loi HPST.

- Les arrondissements : 19 arrondissements en Lorraine
- Les cantons : 156 cantons lorrains
- Les Communautés de Communes et Communautés d'Agglomérations
- Les Pays : 16 territoires se sont engagés dans une démarche de Pays mais ne couvrent pas tout le territoire lorrain
- Les communes : 2339 communes en Lorraine

I.2. Territoires créés par l'INSEE

- Les Pôles de services intermédiaires : 123 en Lorraine dont 7 pôles hors Lorraine
- Les Bassins de Vie : 84 bassins de vie en Lorraine dont 6 pôles hors Lorraine

Définition : Le bassin de vie et le pôle d'équipements et de services intermédiaires

Source INSEE

Le découpage de la France "en bassins de vie" a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale.

Le bassin de vie constitue la plus petite maille territoriale sur laquelle s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l'essentiel des services, que les actifs ont leur emploi et les élèves leur établissement scolaire.

Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie comportent quatre catégories :

- Équipements concurrentiels : hypermarché et supermarché, grande surface non alimentaire, magasins (vêtements, chaussures, électroménager, meubles), librairie, droguerie, marché de détail, banque, vétérinaire ;
- Équipements non concurrentiels : gendarmerie, perception, notaire, Pôle Emploi, maison de retraite, bureau de poste, crèche ou halte-garderie, installation sportive, piscine, école de musique, cinéma ;
- Équipements de santé : médecin, infirmier, pharmacie, masseur-kinésithérapeute, dentiste, ambulance, maternité, urgences, hôpital de court, moyen et long séjour ;
- Équipements d'éducation : collège, lycée général et/ou technologique, lycée professionnel.

II. Zone d'étude

II.1. Choix du zonage

Il a été finalement retenu les découpages des bassins de vie et des bassins de services intermédiaires.

La zone d'étude prise en compte s'étend au delà de la région Lorraine, en effet sont pris en compte tous les bassins de vie comportant au moins une commune lorraine et les bassins de services intermédiaires composant ces bassins de vie.

Nombre de bassins de vie (BV): 84

Nombre de bassins de services intermédiaires (BSI) : 123

Précautions d'utilisation :

L'étude s'étend sur 2 535 communes dont 2 339 lorraines réparties en 84 bassins de vie et 123 bassins de services intermédiaires.

Les zonages géographiques retenus sont de tailles très différentes, tant en population qu'en nombre de communes les constituant :

Pour les BSI, de 1 à 137 communes, et de 961 à 390 217 habitants

Pour les BV, de 2 à 172 communes, et de 2 469 à 397 969 habitants

II.2. Offre de premier recours

Les professions de santé de premier recours pris en compte dans cette étude sont :

- Médecins généralistes
- Infirmier/ère(s)
- Masseur(s)-kinésithérapeute(s)
- Pharmacien(s)
- Chirurgien dentiste(s).

III. Sources de données

INSEE

Découpage bassins de vie bassins de services intermédiaires valable en 2011
Recensement de la population 2007

ADELI

Professionnels de santé de 1^{er} recours au 1^{er} janvier 2010

FINESS

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) au 1^{er} janvier 2010
Les pharmacies de villes au 1^{er} janvier 2010

Assurance Maladie (AM)

Données d'activité et flux de consommation de soins des bénéficiaires du Régime Général (Sections Locales Mutualistes comprises) (RG), du régime de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI) de l'année 2009.

Grâce au concours des régions limitrophes à la Lorraine, les données ont été recueillies sur l'ensemble de la zone d'étude y compris hors Lorraine.

Régime minier (CARMI est)

Données d'activité des centres de santé miniers sur l'année 2009 des bénéficiaires du régime minier et des autres régimes et nombre d'équivalents temps plein par professionnels des centres de santé miniers en 2009

Distances d'accès

Distances d'accès au plus proche professionnel en km

IV. Indicateurs

IV.1. Démographie médicale

Définition : Médecins généralistes

Médecins libéraux lorrains, installés en exercice libéral exerçant la médecine libérale et non remplaçants.

Afin de se restreindre aux médecins offrant un service de médecine libérale à la population, certains médecins à exercice particulier (MEP) ont été exclus.

Les médecins identifiés en tant que MEP ont été exclus lorsque leur activité de consultation de médecine générale représente moins de 60% de leur activité totale.

L'activité a été regardée sur la période du 01 janvier 2011 au 31 mars 2011 et sur les bénéficiaires du régime général (source ERASME régional).

Ainsi les médecins exerçant des activités de thermalisme, de phlébologie ou d'acupuncture et certains exerçant des activités d'angiologie et d'allergologie ont été exclus.

Densités de professionnels : exprimées pour 100 000 habitants

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

Nombre de professionnels de santé libéraux (source ADELI)

Population au recensement 2007 (source INSEE)

Densités de professionnels projetées

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

Densité à 5 ans à population constante

Nombre de professionnels de santé libéraux de moins de 60 ans (source ADELI)

Population au recensement 2007 (source INSEE)

Densités des BV et BSI contigus

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

Considérer la densité médicale voisine

Une matrice de contiguïté a été réalisée afin de lier à chaque bassin de vie (ou BSI) le ou les bassins de vie (ou BSI) voisins.

Ainsi grâce à cette matrice, la densité de professionnels des bassins de vie (ou BSI) voisins est prise en compte.

Limite : nous nous sommes limités aux bassins de vie et BSI de notre zone d'étude

Age des professionnels

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Age des professionnels au 1^{er} janvier 2010 (source ADELI)

Tranches d'âges de :

- Moins de 40 ans (exclu)
- De 40 ans (inclus) à 55 ans (exclu)
- De 55 ans (inclus) à 60 ans (inclus)
- Plus de 60 ans (exclu)

Indice de concentration de la localisation des PS (Indice de Gini, Herfindahl)

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Pour les établissements : pharmacies de ville, SSIAD personnes âgées, SSIAD personnes handicapés.

Considérer la concentration des valeurs observées, c'est mesurer l'inégale répartition géographique des professionnels de santé à l'intérieur d'un BV ou d'un BSI.

L'indice de Gini est une mesure du degré d'inégalité de la distribution associée à la courbe de LORENZ.

L'indice de Gini est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (toutes les communes possèdent un professionnel) et 1 signifie l'inégalité totale (une commune concentre les professionnels, les autres n'ont rien). Par conséquent, à mesure que G augmente de zéro à 1, l'inégalité de la répartition augmente.

Il est donné par la formule :

Le coefficient de Gini est égal à la différence entre 1 et le double de l'intégrale de la fonction représentée par la courbe de Lorenz.

En pratique, on ne dispose pas de cette fonction, mais la part de professionnels de santé (PS) par « tranches » de la population. Pour n tranches, le coefficient s'obtient par la formule de Brown :

$$G = 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k)$$

Où X est la part cumulée de la population, et Y la part cumulée des PS.

L'indice de Herfindahl-Hirschmann (en anglais, *Herfindahl-Hirschman Index* : IHH ou HHI) est un indice mesurant la concentration.

Il est établi en additionnant le carré des parts relatives de PS de toutes les communes du secteur considéré.

Plus l'IHH d'un secteur est fort, plus les PS sont concentrés sur une même commune.

Il est donné par la formule :

$$H = \sum_{i=1}^n s_i^2$$

Où s_i est la part de PS i et n est le nombre de commune du secteur.

Par conséquent, sur un secteur à deux communes dont chacune détient 50 % des parts de PS, le IHH vaut $0,50^2 + 0,50^2 = (1/2)^2 + (1/2)^2 = (1/4) + (1/4) = 0,50$.

Selon la formule définie ci-dessus, le IHH (H) varie entre $1/n$ et 1 avec n le nombre de communes du territoire considéré.

IV.2. Recours aux soins

Activité moyenne par PS

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Activité de l'année 2009 des professionnels de santé libéraux (source AM)

Nombre de professionnels de santé libéraux (source ADELI)

Activité moyenne projetée par PS

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Activité de l'année 2009 des professionnels de santé libéraux (source AM)

Nombre de professionnels de santé libéraux de moins de 60 ans en 2010 (source ADELI)

Définition de l'activité

Pour les médecins généralistes

Nombre d'actes de consultations et visites réalisés par un médecin généraliste libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

Pour les infirmiers libéraux

Coefficient des actes infirmiers (AMI, AIS) réalisés par un infirmier libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

Pour les masseurs kinésithérapeutes libéraux

Coefficient des actes de kinésithérapie (AMC, AMK, AMS) réalisés par un kinésithérapeute libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

Pour les chirurgiens dentistes libéraux

Coefficient des actes dentaires réalisés par un dentiste libéral de Lorraine pour un bénéficiaire du Régime Général, de la MSA ou du RSI en 2009.

Pour les centres de santé miniers :

Pour les médecins généralistes

Nombre total d'actes médicaux en équivalent C réalisés dans l'année par les médecins généralistes (titulaires et remplaçants) du centre de santé

Pour les infirmiers libéraux

Nombre total d'actes infirmiers en équivalent AMI réalisés dans l'année par les infirmiers (titulaires et remplaçants) du centre de santé

Equivalent AMI : chiffre d'affaires (y compris indemnité forfaitaire auxiliaire et les majorations, non compris les IK) divisé par la valeur moyenne de l'AMI, pour la période concernée.

Pour les chirurgiens dentistes libéraux

Dénombrement des actes dentaires réalisés dans l'année par les dentistes (titulaires et remplaçants) du centre de santé.

Part des flux de recours aux soins intra zone

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

Activité réalisée pour bénéficiaire du territoire par professionnel du territoire (source AM)

Activité totale réalisée pour bénéficiaire du territoire (source AM)

Distances moyennes d'accès au PS le plus proche pondérées par la population

Pour les professions : Médecins généralistes, infirmier/ère(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), chirurgien(s) dentiste(s).

distances d'accès en km au plus proche PS

Population au recensement 2007 (source INSEE)

IV.3. Autres variables descriptives

IV.3.1. Population générale ou bénéficiaires

Age de la population (source INSEE 2007)

Part des :

Moins de 14 ans

Plus de 75 ans

Catégorie socioprofessionnelle (source INSEE)

Part des :

Agriculteurs exploitants,

Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle

ALD (source AM)

Nombre de personnes déclarées en Affection Longue Durée au 31 décembre 2009.

Limite : en Lorraine uniquement

IV.3.1. Offre de soins de 1^{er} recours

Offre de soins des centres de santé miniers (source CARMi est)

Les centres de soins de santé miniers sont localement présents sur le territoire lorrain et offrent un service à l'ensemble de la population locale.

La connaissance de l'offre offerte par ces centres permet de compléter l'activité libérale du territoire concerné.

SSIAD (source FINSS)

L'activité des SSIAD n'a pas été prise en compte mais leur localisation permet de moduler l'activité libérale des infirmiers/ères.

Orthodontistes (source ADELI)

L'impact de l'activité d'orthodontie n'a pas été isolé mais leur localisation permet de moduler l'activité libérale des chirurgiens dentistes.

V. Méthodologie / Démarche statistique**V.1. Objectif**

Cette démarche a pour but d'analyser les données et de déterminer si un effet gradient existe, c'est-à-dire si tous les indicateurs tirent dans le même sens :

Une zone déficitaire ou fragile le serait sur tous les indicateurs et les zones bien dotées le seraient pour tous les indicateurs, ce qui n'est pas le cas, d'où la volonté de réaliser une analyse globale sur l'ensemble des professions.

V.2. Trois méthodes successives

Avant toute chose, une première démarche consiste à caractériser les bassins de vie et les bassins de services intermédiaires en fonction de la démographie des PS à partir de statistiques descriptives sur l'ensemble des variables retenues dans la base d'études.

La méthode 1 permet de donner un premier classement des zones, les unes par rapport aux autres, à partir d'indicateurs robustes comme les quartiles des densités toutes professions confondues.

La méthode 2 comprend pour chaque étape deux phases :

- Une analyse multivariée (Analyse en Composantes Principales - ACP), qui permet de s'affranchir en partie d'un scoring a priori dans lequel le poids accordé à chaque variable reste très subjectif. Cette méthode permet également de dégager des scores synthétiques, et non élémentaires, profession par profession.
- Puis la constitution de groupes de territoires homogènes sur un ensemble de variables, à partir d'analyse de type Classification Ascendante Hiérarchique et caractérisation de ces groupes à partir des variables introduites dans l'analyse.

Enfin, afin d'obtenir un classement des BSI entre eux, une analyse discriminante a été réalisée (méthode 3) afin de tester la robustesse des groupes constitués grâce à la méthode précédente.

	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3
Méthode	Cumul de densités faibles	Analyse multivariée	Scoring
Professions	Toutes	Etape 1 et 2 : médecins généralistes	Toutes
		Etape 3 : toutes professions	
Variables	Densités	Toutes	Sélection de variables discriminantes

Rappel :

Au final les zones retenues ne pourront couvrir plus de 7,5% de la population lorraine.

VI. Résultats statistiques

VI.1. Méthode 1 : densités cumulées

Méthode : Cumul de densités faibles

Périmètre géographique : Bassins de services intermédiaires

Professionnels :

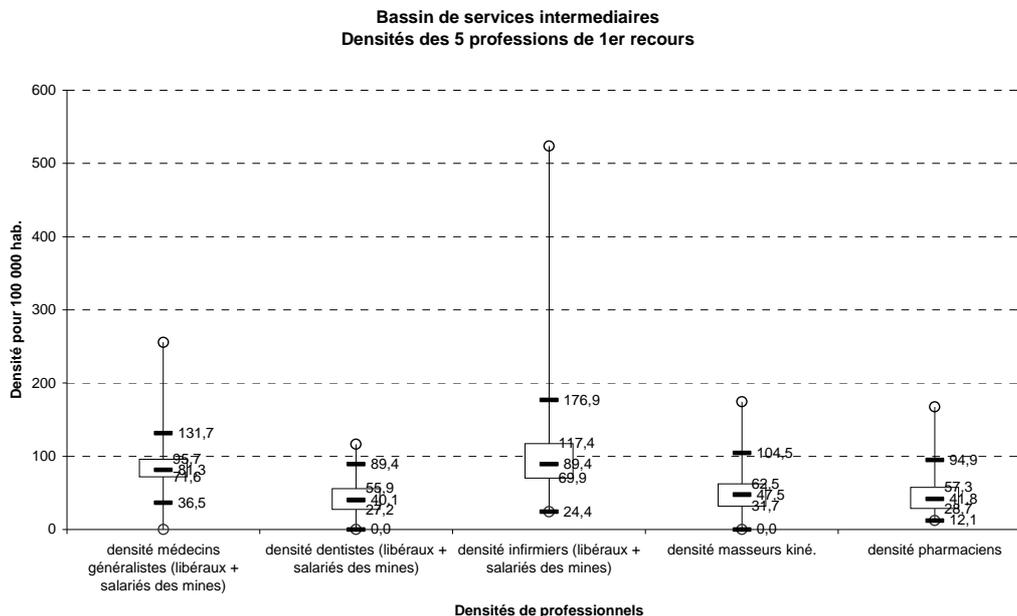
Médecins généralistes, infirmiers et chirurgiens dentistes libéraux et salariés des mines
 Masseurs kinésithérapeutes libéraux
 Pharmaciens exerçant dans une officine de ville

Variabes : Densités médicales pour 100 000 hab.

Les intervalles inter quartiles permettent de mesurer la dispersion d'une variable ; ils sont plus robustes que l'étendue (intervalle entre valeurs maximale et minimale).

Le premier intervalle inter quartiles de densité de professionnels regroupe le quart des BSI dont la densité de professionnels est la plus faible (accès au professionnel difficile au vu de leur nombre par habitant).

Les intervalles inter quartiles des 123 BSI de l'étude par densités de professionnels de 1^{er} recours sont représentés sur le graphique « boîte à moustache » suivant :



Résultats :

Voir annexe 3

cumul	Nombre de BSI	Population		
		2007	Nombre	Part
4	2	21 244	21 244	0,9%
3	10	81 051	102 295	4,2%
2	39	291 985	394 280	16,1%
1	34	381 288	775 568	31,7%
0	38	1 673 813	2 449 381	100,0%
Total	123	2 449 381		

Aucun BSI ne cumule de difficultés sur les 5 professions.

12 BSI, soit 4,2 % de la population, cumule 3 difficultés ou plus.

Très rapidement le nombre de BSI cumulant 2 difficultés ou plus augmente (51 BSI soit 41% des BSI représentant 16,1% de la population).

Conclusion :

Cette méthode ne nous permet pas de dégager des zones de fragilités. Elle nous permet tout au plus d'identifier des zones non problématiques (38 BSI sans densités critiques pour les 5 professions de 1^{er} recours) au regard de la situation régionale.

Les densités des professionnels sur un BSI ne suffisent pas à caractériser sa fragilité en termes d'accès aux professionnels de 1^{er} recours ; une analyse multivariée est nécessaire.

VI.2. Méthode 2 : analyses multi variées**Les méthodes statistiques : Méthodes multifactorielles, multivariées**

Les méthodes multifactorielles permettent d'obtenir des représentations graphiques qui constituent le meilleur résumé possible de l'information contenue dans un grand tableau de données. Pour cela, il faut consentir à une perte d'information afin de gagner en lisibilité.

Dans la plupart des situations, on dispose de plusieurs caractéristiques sur chaque individu constituant la population d'étude (dans notre étude pour chaque BV ou BSI). L'étude séparée de chacune de ces variables donne quelques informations mais est insuffisante car elle laisse de côté les liaisons entre elles, ce qui est pourtant souvent ce que l'on veut étudier. C'est le rôle de la statistique multifactorielle que d'analyser les données dans leur ensemble, en prenant en compte toutes les variables.

Analyse en Composantes Principales (ACP)

L'Analyse en Composantes Principales est alors une bonne méthode pour étudier les données multidimensionnelles, lorsque toutes les variables observées sont de type numérique et que l'on veut voir s'il y a des liens entre ces variables.

Classification Ascendante Hiérarchique (CAH)

L'objet des méthodes de classification hiérarchique est de rechercher à chaque étape les deux classes les plus proches, on les fusionne, on continue jusqu'à ce qu'il n'y ait qu'une classe. Elle consiste à fournir un ensemble de partitions plus ou moins fines obtenues par regroupements successifs de parties. Dans la classification ascendante hiérarchique, on regroupe les individus les plus proches et ainsi de suite de proche en proche.

On réalise une ACP afin de représenter plus facilement les données en dimension plus faible ; puis, on va chercher à construire une classification à l'aide d'une CAH pour déterminer ceux qui ont des comportements similaires sur le résultat de l'ACP.

On constitue alors des classes cohérentes, qu'il conviendra d'interpréter afin d'identifier la ou les classes se caractérisant par une offre de soins de 1^{er} recours défaillante.

Remarque : Seules les classes se caractérisant par une offre de soins de 1^{er} recours défaillante seront détaillées dans les résultats, les autres classes ne représentant pas forcément un gradient de difficultés au regard de l'offre de 1^{er} recours et n'apportant alors aucun élément supplémentaire dans notre analyse.

L'A.C.P suivie d'une CAH, permettent d'explorer les liaisons entre variables et les ressemblances entre BV ou/et BSI.

VI.2.1. Méthode 2, étape 1 : ACP sur BV et médecins généralistes

Méthode : Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

Périmètre géographique : Bassins de vie

Professionnels : Médecins généralistes

Variables : Choix des variables actives :

- Densité par profession
- Densité projetée
- Densité contigüe
- Concentration : Gini et Herfindhal
- Distances moyennes d'accès
- Activité par praticien

6 variables actives et non 7 : la densité projetée perturbe l'analyse + variables supplémentaires

Résultats :

Voir annexes 4 et 5

La classe 1 se caractérise par un faisceau d'indicateurs défavorables du point de vue de la démographie médicale.

La classe 1 regroupe 396 796 hab. soit 16,2% de la population bien loin de la cible des 7,5% de la population.

Conclusion :

Au vu de l'hétérogénéité de cette classe, un classement par densité médicale des BV nous amène à ne retenir que les BV les moins bien dotés.

Aussi les zones retenues sont :

N°	Nom BV
51507	Sainte-Menehould
54273	Jarny
54322	Longuyon
55181	Étain
55351	Montmédy
55463	Saint-Mihiel
55502	Stenay
57155	Courcelles-Chaussy
57483	Morhange
57540	Phalsbourg
57556	Puttrelange-aux-Lacs
88078	Bruyères
88124	Darney
88321	Neufchâteau
88361	Provenchères-sur-Fave
88367	Rambervillers

Certains bassins de vie peuvent cacher une hétérogénéité intra bassin. Passer à un maillage plus fin peut alors révéler ces disparités. Ce constat invite à effectuer cette analyse au niveau des bassins de services intermédiaires.

VI.2.2. Méthode 2, étape 2 : ACP sur BSI et médecins généralistes

Méthode : Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

Périmètre géographique : Bassins de services intermédiaires

Professionnels : Médecins généralistes

Variables : Choix des variables actives :

- Densité par profession
- Densité projetée
- Densité contigüe
- Concentration : Gini et Herfindhal
- Distances moyennes d'accès
- Activité par praticien

6 variables actives et non 7 : la densité projetée perturbe l'analyse + variables supplémentaires

Résultats :**Voir annexes 6 et 7**

Les classes 5 et 6 sont retenues comme très déficitaires au regard des critères énoncés, elles représentent 79 774 habitants soit 3,25% de la population.

Ces 2 classes sont cohérentes avec 7 Bassins de vies précédemment identifiés.

N°	Nom BV	N°	Nom BSI
54322	Longuyon	54322	Longuyon
55351	Montmédy	55351	Montmédy
55502	Stenay	55502	Stenay
57483	Morhange	57483	Morhange
57556	Puttelange-aux-Lacs	57556	Puttelange-aux-Lacs
88321	Neufchâteau	52064	Bourmont
88361	Provenchères-sur-Fave	88361	Provenchères-sur-Fave

Les Bassins de services intermédiaires suivants sont révélés par cette analyse :

N°	Nom BV	N°	Nom BSI
55291	Ligny-en-Barrois	55516	Tréveray
55545	Verdun	55145	Damvillers
55545	Verdun	55167	Dun-sur-Meuse
55545	Verdun	55198	Fresnes-en-Woëvre
67105	Drulingen	67105	Drulingen

Remarque :

Cette analyse a permis de distinguer plus précisément les difficultés du BV de Verdun.

Conclusion :

On ajoute 5 BSI aux BV déjà sélectionnés.

A noter :
 Drulingen est un BSI largement partagé avec l'Alsace.
 Tréveray est une petite enclave proche de Ligny en Barrois.
 Fresnes en Woëvre a une densité médicale très supérieure à la moyenne.

VI.2.3. Méthode 2, étape 3 : ACP sur BSI et toutes professions de 1^{er} recours

Les zones déficitaires ne devant pas porter uniquement sur les seuls médecins généralistes, une analyse pluri professionnelle est nécessaire.

Méthode : Analyse multivariée : Analyse en Composantes Principales (ACP)

Périmètre géographique : Bassins de services intermédiaires

Professionnels : Toutes professions de 1^{er} recours

Variables : Toutes

Résultats :**Voir annexe 8**

La classe 3 concentre une majorité des fragilités dont la densité médicale ; cela représente 22682 personnes soit 0,9%.

N°	Nom BV	N°	Nom BSI
88361	Provenchères-sur-Fave	88361	Provenchères-sur-Fave
55291	Ligny-en-Barrois	55516	Tréveray
55545	Verdun	55145	Damvillers
55029	Bar-le-Duc	55517	Seuil-d'Argonne
55545	Verdun	55117	Clermont-en-Argonne
55545	Verdun	55527	Varenes-en-Argonne
88114	Contrexéville	88079	Bulgnéville
88114	Contrexéville	88258	Lamarche
88114	Contrexéville	88310	Monthureux-sur-Saône

Une partie avait déjà été intégrée aux étapes précédentes (en jaune) dans la base de fragilité ; d'autres nouvelles zones, dont certaines ayant une densité médicale supérieure voire très supérieure à la moyenne, sont révélées par cette étape.

Conclusion :

On ajoute 6 BSI aux BSI déjà sélectionnés.

VI.2.4. Méthode 2, zonage final**Résultats :****Voir annexes 9 et 10**

Cette méthode « pas à pas » nous a permis de déterminer une « base de fragilité » comportant 28 BSI, soit 220 671 habitants correspondant à 9 % de la population.

Remarque :

Cette analyse ne nous donne pas de vision sur la gradation de difficultés rencontrées par territoire mais nous indique déjà que la fragilité vis-à-vis de l'accès aux soins de 1^{er} recours revêt plusieurs visages : les difficultés peuvent se cumuler ou non, porter fortement sur une profession ou généralement sur toutes les professions.

VI.3. Méthode 3 : score de fragilité

La régression logistique est un des modèles multivariés.

La variable à expliquer (dépendante) est habituellement la survenue ou non d'un événement (dans notre étude : être un BSI fragile) et les variables explicatives (indépendantes) sont celles susceptibles d'influencer la survenue de cet événement (les variables de notre étude) c'est-à-dire les variables mesurant l'exposition à un facteur de risque ou à un facteur protecteur, ou variables représentant des facteurs de confusion.

L'intérêt majeur de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle.

Les résultats peuvent être aisément interprétés car les coefficients estimés par le modèle sont en effet liés mathématiquement à l'odds-ratio (ou rapport des cotes) qui représente la force de l'association entre un facteur et un événement, bien qu'il ne soit qu'une approximation du risque relatif.

Méthode : Régression logistique où la fragilité décelée par les analyses précédentes est la variable à expliquer

Périmètre géographique : Bassins de services intermédiaires

Professionnels : Toutes professions de 1^{er} recours

Variabes : Variables retenues in fine :

- Densité médecins
- Densité chirurgiens dentistes
- Distances médecins
- Distances chirurgiens dentistes
- Densité contigüe médecins

Résultats :

Voir annexe 11

Cette méthode permet de classer les BSI suivant une probabilité qui représente le « risque d'être une zone fragile de 1^{er} recours ».

On confronte ensuite cette probabilité aux zones initialement retenues ; certaines sont confirmées, d'autres infirmées dans leur fragilité.

	zone fragile prédiction		zone non fragile prédiction		nombre total de BSI	
	nom	proba	nom	proba		
zone initiale fragile	22	5,5%	6	3,5%	28	9%
			Bruyères	49,3%		
			Saint-Mihiel	48,1%		
			Neufchâteau	18,6%		
			Jarny	15,1%		
			Phalsbourg	14,1%		
zone initiale non fragile	4	1,3%	91		95	
	Dieuze	83,2%				
	Gondrecourt-le-Château	78,1%				
	Vigy	59,6%				
Rohrbach-lès-Bitche	56,4%					
nombre total de BSI	26	6,9%	97		123	

Conclusion :

Au final les BSI suivants sont considérés comme zones fragiles :

N°	Nom BV	N°	Nom BSI	type
51507	Sainte-Menehould	51507	Sainte-Menehould	ACP mais hors région
88321	Neufchâteau	52064	Bourmont	ACP mais hors région
54322	Longuyon	54322	Longuyon	ACP
55545	Verdun	55117	Clermont-en-Argonne	ACP
55545	Verdun	55145	Damvillers	ACP
55545	Verdun	55167	Dun-sur-Meuse	ACP
55181	Étain	55181	Étain	ACP
55545	Verdun	55198	Fresnes-en-Woëvre	ACP
55215	Gondrecourt-le-Château	55215	Gondrecourt-le-Château	régression
55351	Montmédy	55351	Montmédy	ACP
55502	Stenay	55502	Stenay	ACP
55291	Ligny-en-Barrois	55516	Tréveray	ACP mais lié à Ligny
55029	Bar-le-Duc	55517	Seuil-d'Argonne	ACP
55545	Verdun	55527	Varennnes-en-Argonne	ACP
57177	Dieuze	57177	Dieuze	régression
57483	Morhange	57483	Morhange	ACP
57556	Puttelange-aux-Lacs	57556	Puttelange-aux-Lacs	ACP
57589	Rohrbach-lès-Bitche	57589	Rohrbach-lès-Bitche	régression
57463	Metz	57716	Vigy	régression mais lié à Metz
67105	Drulingen	67105	Drulingen	ACP mais hors région
88114	Contrexéville	88079	Bulgnéville	ACP
88124	Darney	88124	Darney	ACP
88114	Contrexéville	88258	Lamarche	ACP
88114	Contrexéville	88310	Monthureux-sur-Saône	ACP
88361	Provenchères-sur-Fave	88361	Provenchères-sur-Fave	ACP
88367	Rambervillers	88367	Rambervillers	ACP

Remarque :

Certains BSI n'ont que quelques communes en Lorraine et le recours aux soins y est hors région :

N°	Nom BV	N°	Nom BSI
51507	Sainte-Menehould	51507	Sainte-Menehould
88321	Neufchâteau	52064	Bourmont
67105	Drulingen	67105	Drulingen

D'autres BSI sont de petite taille et fortement tournés vers des BSI n'ayant pas de problèmes d'accès aux soins :

N°	Nom BV	N°	Nom BSI
57463	Metz	57716	Vigy
55291	Ligny-en-Barrois	55516	Tréveray

VII. Confrontation des pré zonages et détermination du zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

Toutes les précautions prises dans la démarche statistique ci-dessous ne peuvent se substituer au ressenti de terrain, aux dynamiques engagées ...

Le pré-zonage et les éléments statistiques sont là pour apporter une vue régionale des difficultés et une rationalisation des situations locales.

C'est la raison pour laquelle cette démarche statistique a été présentée localement aux professionnels et aux élus ; et suite à cette concertation, d'autres zones ont été ciblées.

VII.1. Pré zonages

A l'issue de la concertation, 8 BSI supplémentaires ont été identifiés ; ils constituent le pré-zonage issu de la concertation :

Pré zonage "statistique" :

N°	Nom BSI	Population 2008
54322	Longuyon	17 116
55117	Clermont-en-Argonne	4 150
55145	Damvillers	2 545
55167	Dun-sur-Meuse	3 998
55181	Étain	7 511
55198	Fresnes-en-Woëvre	4 565
55215	Gondrecourt-le-Château	4 031
55351	Montmédy	7 302
55502	Stenay	6 383
55517	Seuil-d'Argonne	1 256
55527	Varennnes-en-Argonne	2 062
57177	Dieuze	11 014
57483	Morhange	10 028
57556	Puttelange-aux-Lacs	13 092
57589	Rohrbach-lès-Bitche	14 062
88079	Bulgnéville	3 495
88124	Darney	4 344
88258	Lamarche	2 561
88310	Monthureux-sur-Saône	2 857
88361	Provenchères-sur-Fave	1 804
88367	Rambervillers	14 834

Zonage issu de la concertation :

N°	Nom BSI	Population 2008
54040	Badonviller	2 984
54077	Blâmont	3 998
54129	Cirey-sur-Vezouze	3 507
54273	Jarny	22 175
55463	Saint-Mihiel avec Pierrefitte-sur-Aire	11 151
57089	Bitche	20 167
57209	Faulquemont	19 066
88078	Bruyères	16 938

Total	238 996	10,2%
Total Lorraine	2 346 361	
Potentiel pop. zones fragiles	175 977	7,5%

Remarques : re basage géographique

Au vu de sa géographie particulière, la commune de Pierrefitte sur Aire (BSI de Bar le Duc) est rattachée au BSI de St Mihiel.

VII.2. Fragilités des pré zonages

Afin de prioriser les pré-zonages ci-dessus, un tableau synthétique regroupant les variables suivantes a été réalisé :

- Accès aux médecins généralistes (densité, densité projetée, tranches d'âge)

Les médecins généralistes ont un rôle central dans l'accès aux soins de 1^{er} recours, tant par les soins qu'ils prodiguent qu'en tant que prescripteurs.

- Distance moyenne d'accès par habitant

La distance d'accès est apparue au cours des analyses précédentes comme étant une variable discriminante.

- Dynamique d'installation des médecins généralistes

L'intérêt que les médecins généralistes ont de s'installer ou non sur un territoire a été ajouté à ce niveau d'analyse afin de prendre en compte les dynamiques des 5 dernières années.

- Problématique des autres professions de 1^{er} recours

Certains territoires révèlent leur fragilité au vu de l'offre de soins d'autres professionnels de santé de 1^{er} recours que les médecins généralistes.

Voir annexe 12

VII.2. Zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des MSP, des pôles de santé et des centres de santé

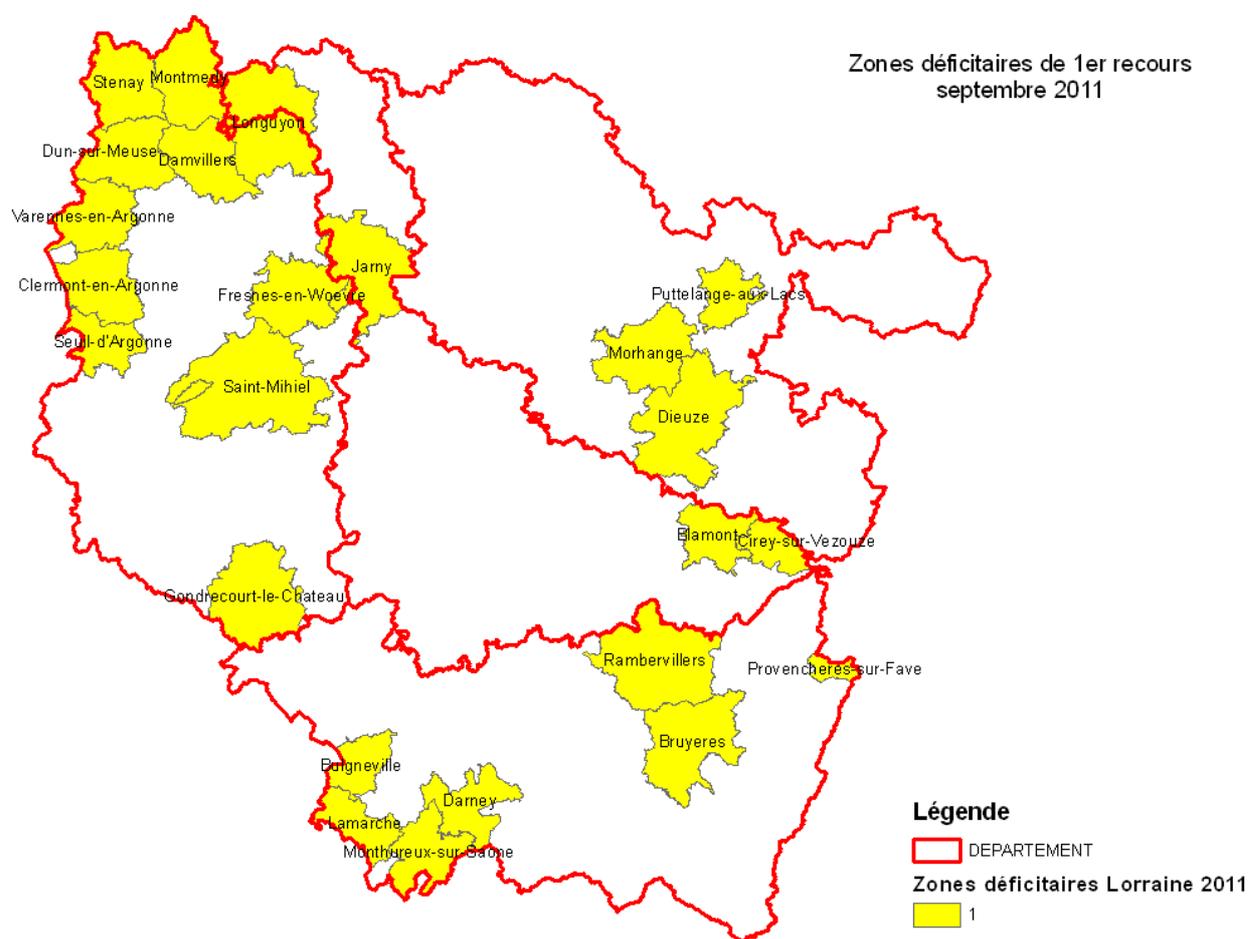
Tenant compte du pré-zonage issu de la concertation, et après arbitrage par l'ARS, le zonage retenu est le suivant :

N°	Nom	Population 2008	
55145	Damvillers	2 545	
55517	Seuil-d'Argonne	1 256	
88361	Provenchères-sur-Fave	1 804	
55167	Dun-sur-Meuse	3 998	
55527	Varennnes-en-Argonne	2 062	
55351	Montmédy	7 302	
88258	Lamarche	2 561	
55117	Clermont-en-Argonne	4 150	
55502	Stenay	6 383	
54322	Longuyon	17 116	
88310	Monthureux-sur-Saône	2 857	
57556	Puttelange-aux-Lacs	13 092	
57177	Dieuze	11 014	
55215	Gondrecourt-le-Château	4 031	
88079	Bulgnéville	3 495	
88367	Rambervillers	14 834	
88124	Darney	4 344	
55198	Fresnes-en-Woëvre	4 565	
57483	Morhange	10 028	
88078	Bruyères	16 938	
55463	Saint-Mihiel	11 151	
54129	Cirey-sur-Vezouze	3 507	
54273	Jarny	22 175	
54077	Blâmont	3 998	
	Total	175 206	7,5%
	Total Lorraine	2 346 361	
	Potentiel pop. zones fragiles	175 977	7,5%

Ce zonage respecte bien le critère fixé initialement par le niveau national : 7,5% de la population régionale.

Il se répartit au niveau départemental de la façon suivante :

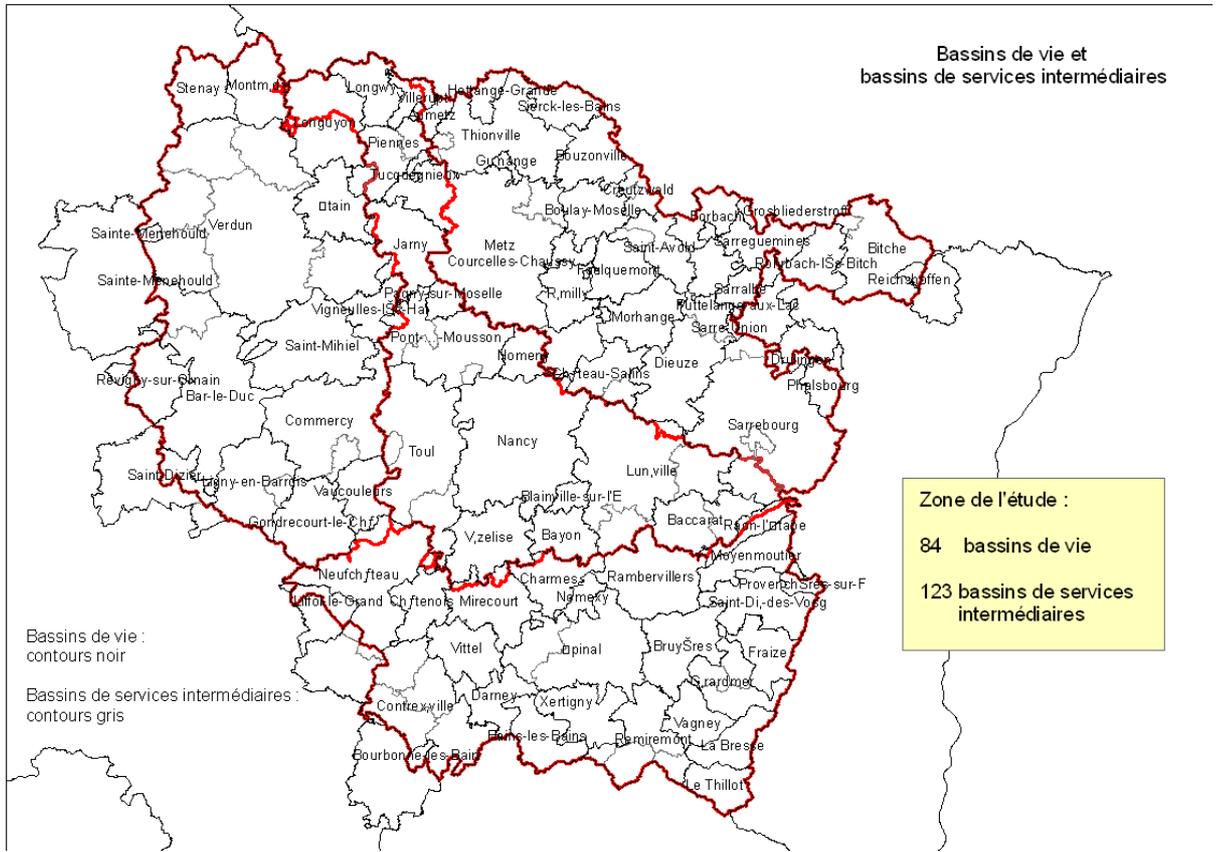
	Zones déficitaires de 1er recours					
	Nombre de communes		Population 2008		Effectif médecin généraliste au 31 décembre 2009	
		% département		% département		% département
Meurthe et Moselle	81	13,6%	42 513	5,8%	29	4,3%
Meuse	229	45,8%	51 972	26,8%	38	24,7%
Moselle	93	12,7%	34 134	3,3%	22	2,5%
Vosges	136	26,4%	46 833	12,3%	33	10,0%
Lorraine	539	23,0%	175 452	7,5%	122	5,9%



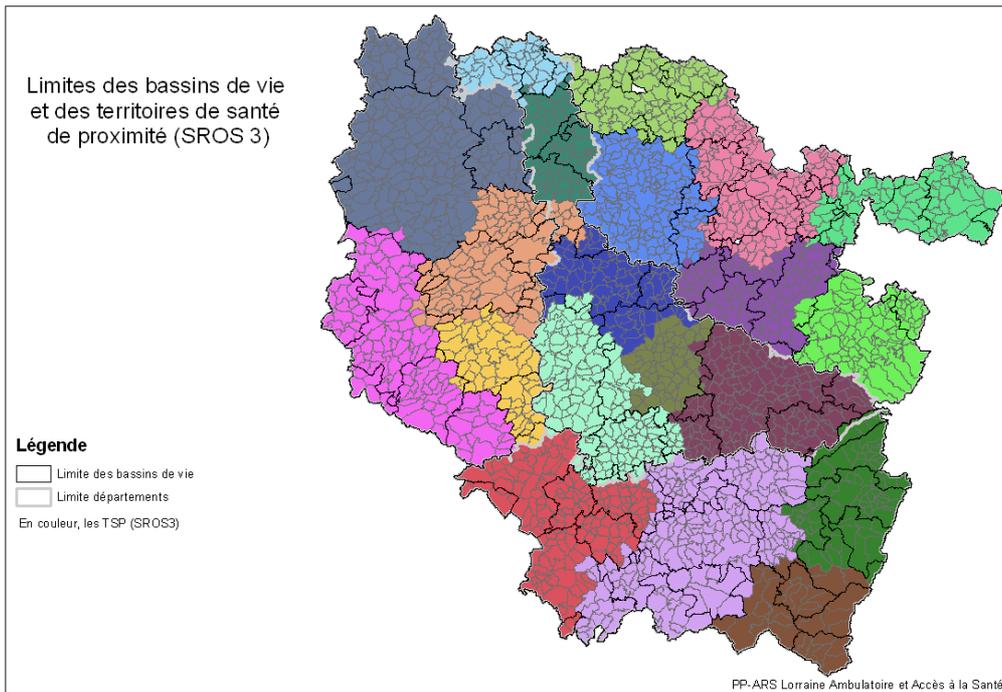
Voir annexe 13

Annexes

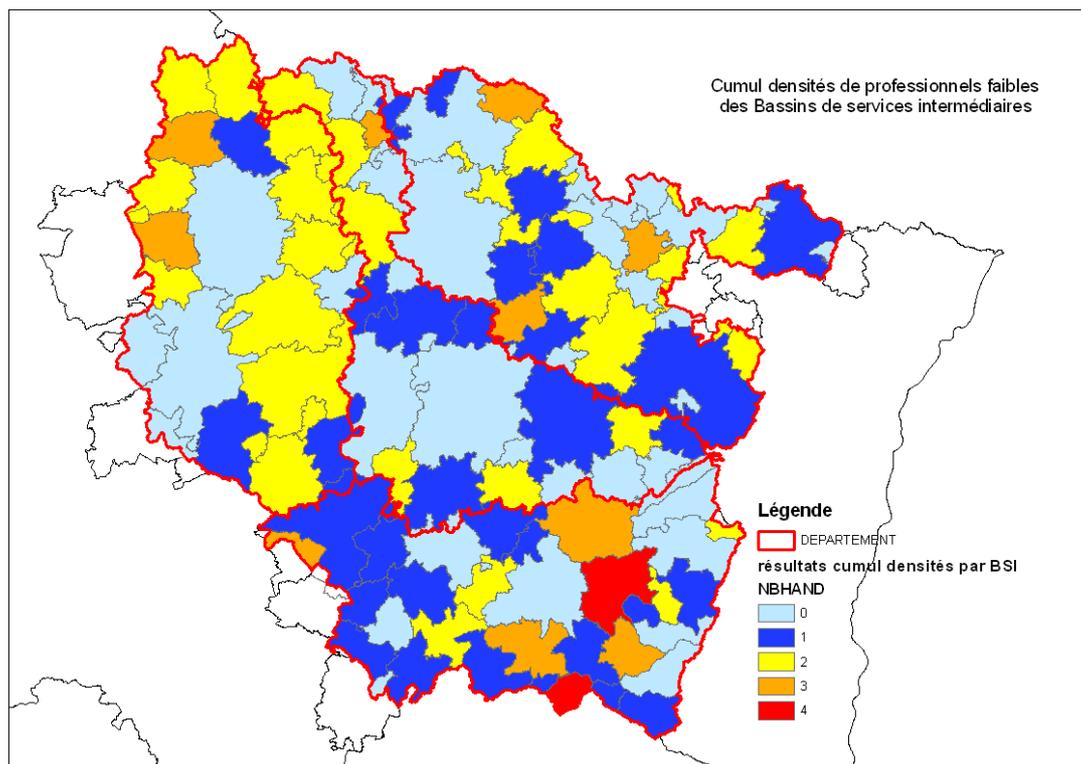
Annexe 1 : Bassins de services intermédiaires et bassins de vie



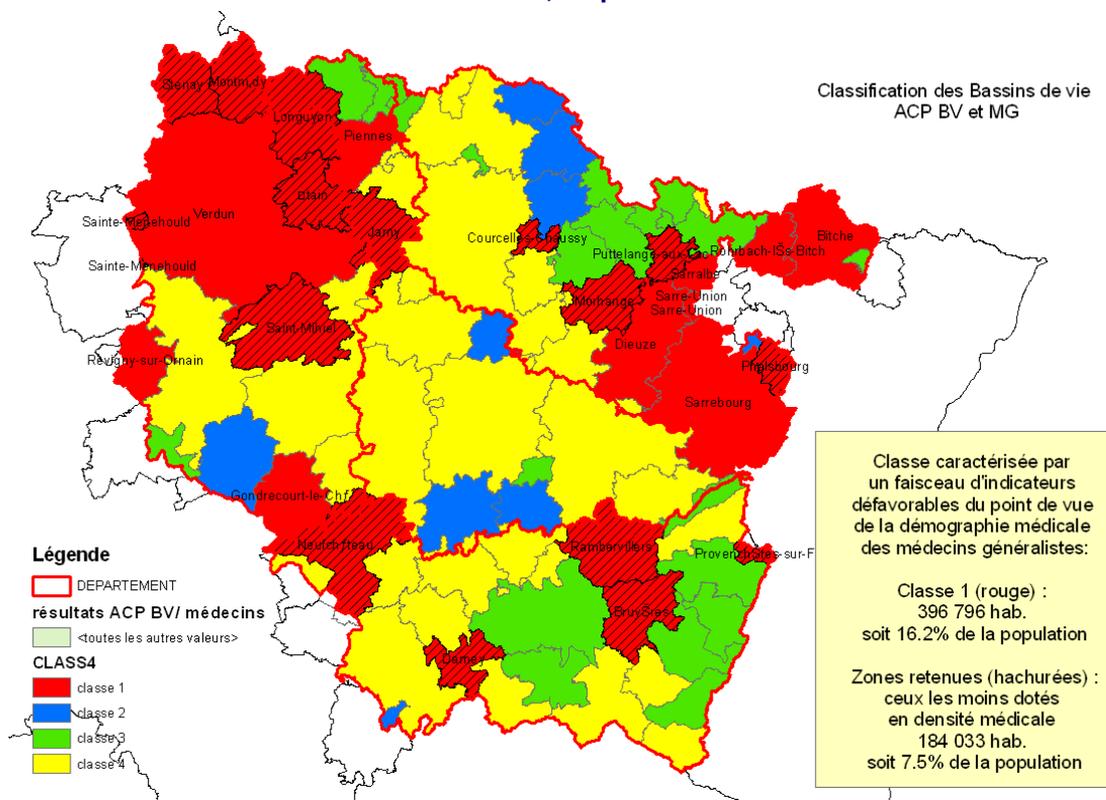
Annexe 2 : Limite des bassins de vie et des territoires de santé de proximité (SROS 3)



Annexe 3 : Carte de résultats de la méthode 1



Annexe 4 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 1



Annexe 5 : Composition des classes, résultats de la méthode 2, étape 1

Découpage en 4 classes même si Provenchères sur fave est très atypique

Partition en 4 classes : composition des classes

Classe numéro 1

Bitche Bruyères Courcelles-Chaussy Darney Dieuze Gondrecourt-le-Château Jarny
Longuyon Montmédy Morhange Neufchâteau Phalsbourg Piennes **Provenchères-sur-Fave**
Puttelange-aux-Lacs Rambervillers Revigny-sur-Ornain Rohrbach-lès-Bitche Saint-Mihiel
Sainte-Menehould Sarralbe Sarre-Union Sarrebourg Stenay Verdun Étain

Classe numéro 2

Bayon Boulay-Moselle Bourbonne-les-Bains Bouzonville Drulingen Ligny-en-Barrois Nomeny
Sierck-les-Bains Vézelize

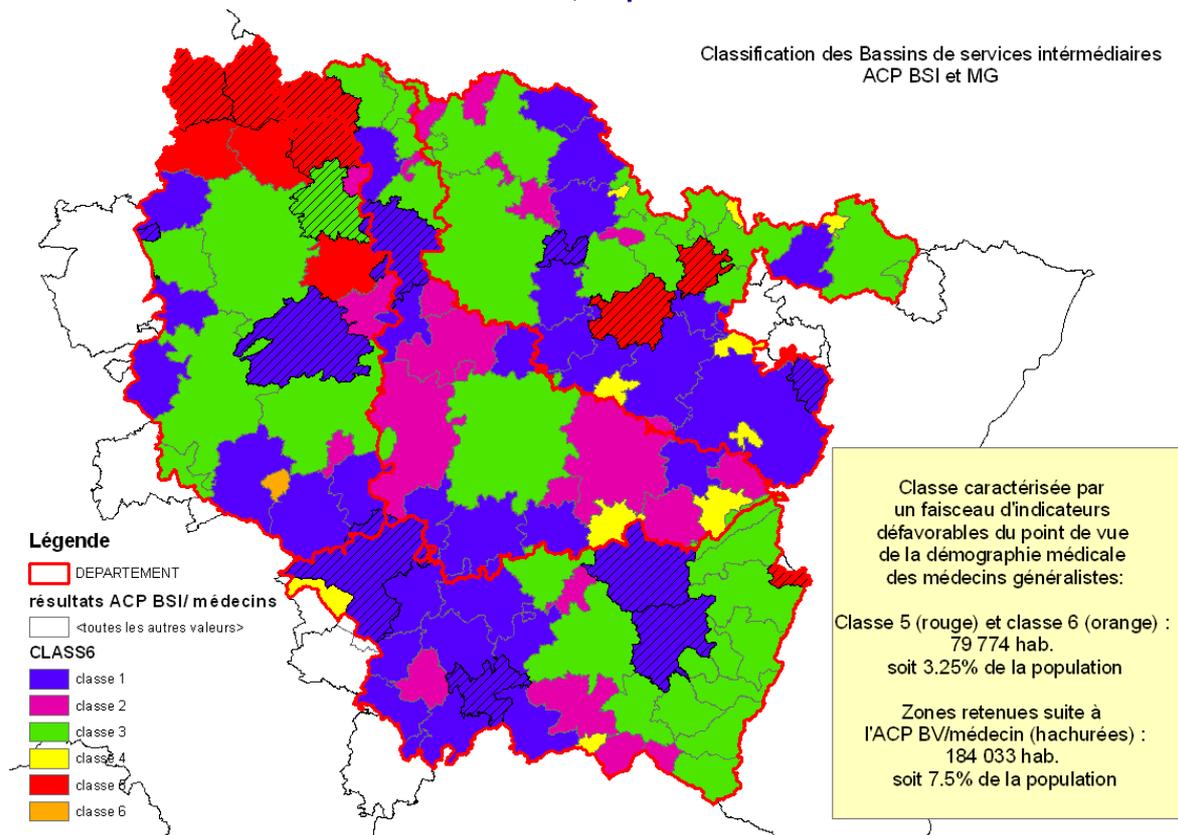
Classe numéro 3

Aumetz Blainville-sur-l'Eau Creutzwald Esch-sur-Alzette -Villerupt Farébersviller Faulquemont
Forbach Fraize Guénange Gérardmer La Bresse Longwy Niederbronn-les-Bains Raon-
l'Étape Saint-Avold Saint-Dizier Saint-Dié Sarreguemines Xertigny Épinal

Classe numéro 4

Baccarat Bains-les-Bains Bar-le-Duc Charmes Château-Salins Châtenois Commercy
Contrexéville Grosbliederstroff Hettange-Grande Le Thillot Liffol-le-Grand Lunéville Metz
Mirecourt Moyenmoutier Nancy Nomexy Pagny-sur-Moselle Pont-à-Mousson Remiremont
Rémilly Thionville Toul Tucquegnieux Vagney Vaucouleurs Vigneulles-lès-Hattonchâtel Vittel

Annexe 6 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 2



Annexe 7 : Composition des classes, résultats de la méthode 2, étape 2

Classe numéro 1

Bains-les-Bains Bayon Blâmont Boulay-Moselle Bourbonne-les-Bains Bouzonville Bruyères Bulgnéville Château-Salins Châtenois Colombey-les-Belles Courcelles-Chaussy Darney Delme Dieuze Dompierre Gondrecourt-le-Château Insming Jarny Lamarche Ligny-en-Barrois Mirecourt Monthureux-sur-Saône Neufchâteau Nomeny Phalsbourg Piennes Rambervillers Revigny-sur-Ornain Rohrbach-lès-Bitche Rémilly Saint-Mihiel Sainte-Menehould Sarre-Union Sarrebourg Seuil-d'Argonne Sierck-les-Bains Thiaucourt-Regniéville Varennes-en-Argonne Vaucouleurs Vittel Vézelize

Classe numéro 2

Aumetz Baccarat Blainville-sur-l'Eau Boulogny Cirey-sur-Vezouze Contrexéville Dieulouard Guénange Hettange-Grande Le Val-d'Ajol Longeville-lès-Saint-Avold Lunéville Nomexy Pagny-sur-Moselle Pont-à-Mousson Rupt-sur-Moselle Toul Tucquegnieux Vigneulles-lès-Hattonchâtel Vigy Void-Vacon Xertigny

Classe numéro 3

Audun-le-Roman Bar-le-Duc Bitche Charmes Clermont-en-Argonne Commercy Corcieux Creutzwald Farébersviller Faulquemont Fontoy Forbach Foug Fraize Granges-sur-Vologne Gérardmer La Bresse Le Thillot Longwy Metz Moyenmoutier Nancy Raon-l'Étape Reichshoffen Remiremont Saint-Avold Saint-Dizier Saint-Dié-des-Vosges Sarralbe Sarreguemines Thionville Vagney Verdun Villerupt Épinal Étain

Classe numéro 4

Badonviller Chevillon Falck Fénétrange Gerbéviller Grosbliederstroff Liffol-le-Grand Lorquin
Plombières-les-Bains Vic-sur-Seille Volmunster

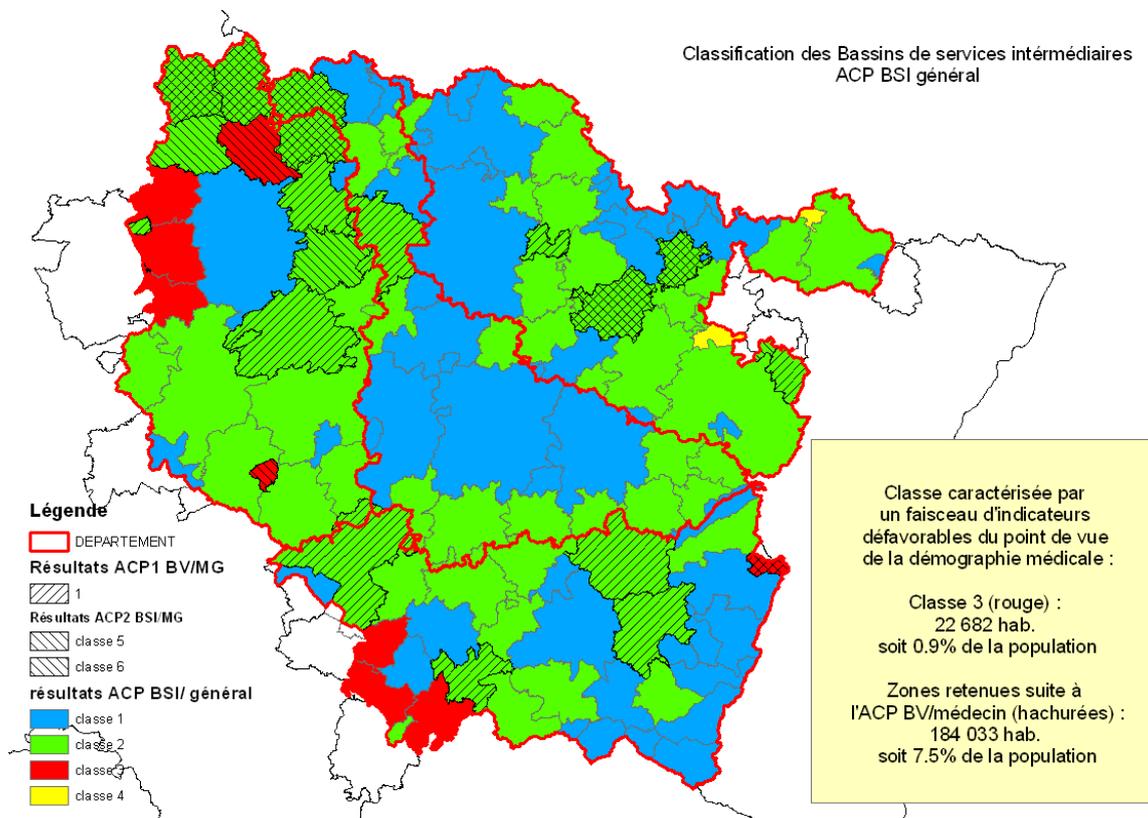
Classe numéro 5

Bourmont Damvillers Drulingen Dun-sur-Meuse Fresnes-en-Woëvre Longuyon Montmédy
Morhange Provenchères-sur-Fave Puttelange-aux-Lacs Stenay

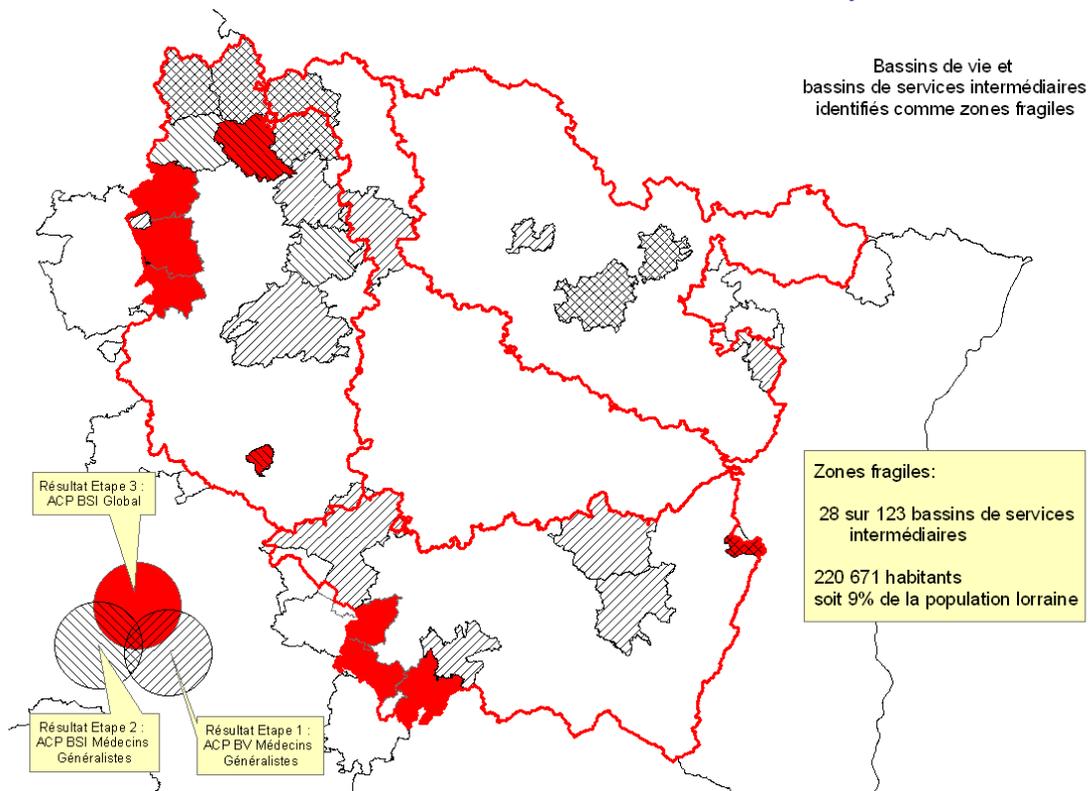
Classe numéro 6

Tréveray

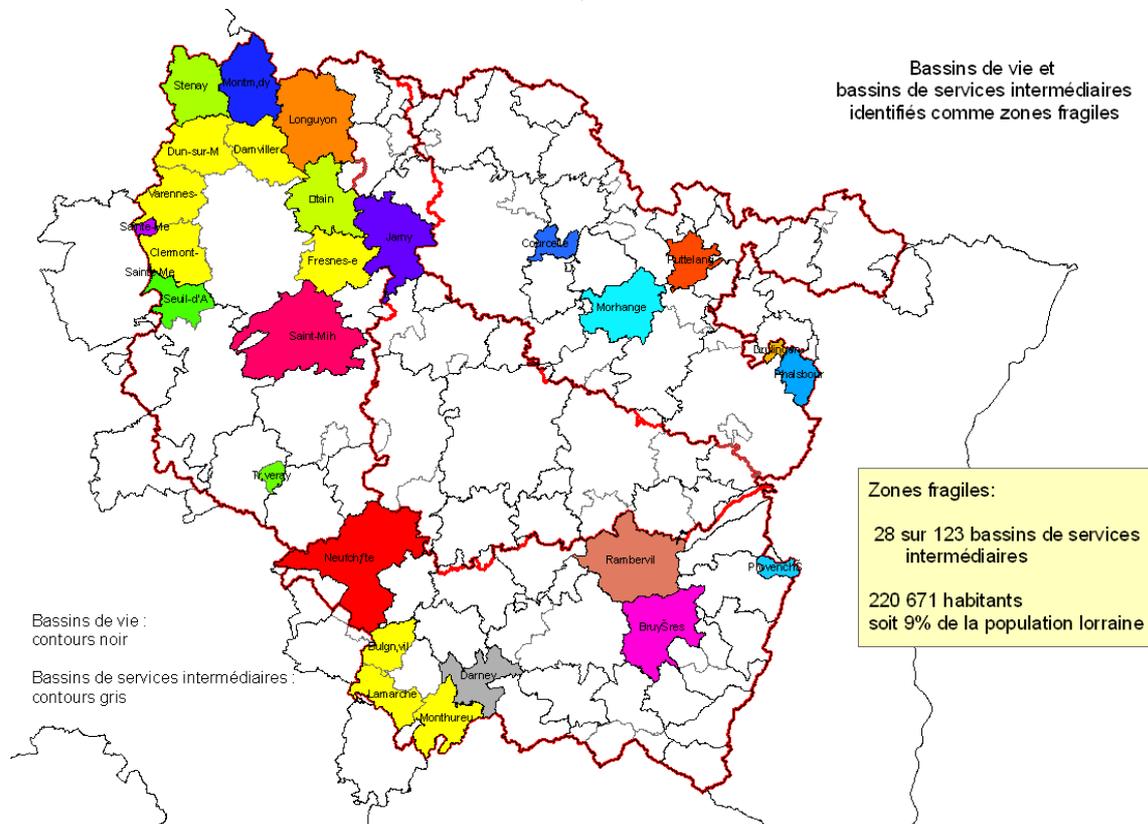
Annexe 8 : Carte de résultats de la méthode 2, étape 3



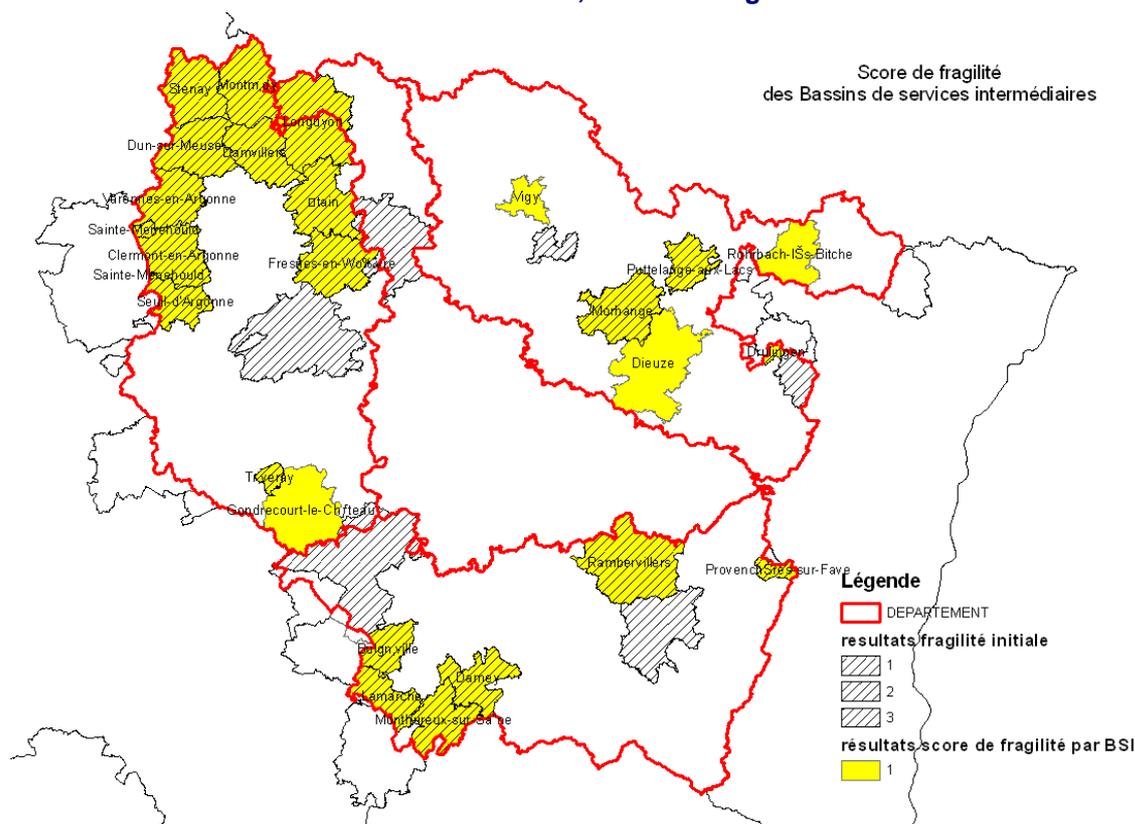
Annexe 9 : Carte de résultats de la méthode 2, confrontation des 3 étapes



Annexe 10 : Carte de résultats de la méthode 2, final



Annexe 11 : Carte de résultats de la méthode 3, score de fragilité



Annexe 12 : Fragilités des zones pré sélectionnées

N°	Nom	Population 2008	Densité médecins généralistes*	Densité médecins généralistes projetés*	Part des médecins généralistes plus 60 ans*	Part des médecins généralistes plus 65 ans*	Distance moyenne d'accès en km au praticien le plus proche pondéré sur la population	Dynamique installation à 5 ans (2008/2011) des MG source : AM	Problèmes relevés pour autres professionnels de 1er recours
55145	Damvillers	2545					+++		dentaire ++
55517	Seuil-d'Argonne	1258					+++		dentaire ++ et MK ++ et officine dans 5 ans
88381	Provencères-sur-Fave	1804	++	++		++	+		dentaire
55167	Dun-sur-Meuse	3998	++	+			++		dentaire ++ et MK +
55527	Verennes-en-Argonne	2062				++	+++		dentaire ++ et MK ++
55351	Montmédy	7302		+			+++		dentaire ++
88258	Lamerche	2581		++	++	++	+		dentaire ++ et MK à 5 ans ++
55117	Clermont-en-Argonne	4150				++	+	+	dentaire ++ et MK et officine
55502	Stenay	8383	++	++				+	dentaire
54322	Longuyon	17116	++	+				++	dentaire +
88310	Monthureux-sur-Saône	2857			+	+	++		dentaire ++ et MK à 5 ans ++
57556	Puttelange-aux-Lacs	13082	++	+					Mk et officine +
57177	Dieuze	11014					++	++	officine
67105	Drulingen	589	professionnels d'Alsace				+		pro d'Alsace
55181	Étain	7511				+			infirmier
55215	Gondrecourt-le-Château	4031		++	+	+	+	+	dentaire et officine
88079	Bulgnéville	3495		+	+	+			dentaire
88387	Rambervillers	14834		+		++			dentaire et MK + et officine
88124	Damey	4344		++	+	+	++	+	dentaire et MK
55198	Fresnes-en-Woëvre	4585				+	++		dentaire + et officine
57589	Rohrbach-lès-Bitche	14062		+					dentaire
57483	Morhange	10028		++					Mk et officine +
88078	Bruyères	16938		+				++	dentaire et infirmier + et officine
55483	Saint-Mihiel	11151		+		++			infirmier et officine
54129	Cirey-sur-VEZOUZE	3507	++	+				+	Mk
54273	Jarmy	22176	++	++					dentaire et infirmier
57089	Bitche	20167		+					Mk et officine +
54077	Blamont	3998		++	++				dentaire et MK et officine
57209	Faulquemont	19066	professionnels du régime des mines						officine
54040	Badonviller	2984							dentaire

*sources ADELI
 ++ : <60 ++ : <=50 ++ : >= 50% ++ : >= 70% + : MG >4 km ++ : solde < -2 et part départ représente >= 25% MG
 + : <60 + : >30% + : >60% + : >80% + : dent >10 km ++ : solde négatif et part départ représente >= 25% MG
 + : inf >5 km
 + : kiné >5 km

Annexe 13 : Caractérisation des BSI composant les zones déficitaires de 1er recours

Département de la commune	N° BSI	BSI	Nombre de commune	Population 2008	Effectif médecin généralistes 31 décembre 2009
54	54077	Blâmont	22	3 998	4
	54129	Cirey-sur-Vezouze	8	3 507	3
	54273	Jarny	31	21 683	13
	54322	Longuyon	19	13 292	9
	55351	Montmédy	1	33	0
Total 54			81	42 513	29
55	54273	Jarny	3	492	0
	54322	Longuyon	14	3 824	2
	55029	Bar-le-Duc	1	246	2
	55117	Clermont-en-Argonne	14	4 150	4
	55145	Damvillers	19	2 545	2
	55167	Dun-sur-Meuse	20	3 998	2
	55198	Fresnes-en-Woëvre	29	4 565	4
	55215	Gondrecourt-le-Château	17	4 031	3
	55351	Montmédy	25	7 269	5
	55463	Saint-Mihiel + Pierrefitte-sur-Aire	40	11 151	8
	55502	Stenay	21	6 383	3
	55517	Seuil-d'Argonne	9	1 256	1
55527	Varennes-en-Argonne	17	2 062	2	
Total 55			229	51 972	38
57	57177	Dieuze	44	11 014	7
	57483	Morhange	34	10 028	8
	57556	Puttelange-aux-Lacs	15	13 092	7
Total 57			93	34 134	22
88	88078	Bruyères	40	16 938	11
	88079	Bulgnéville	13	3 495	3
	88124	Darney	16	4 344	3
	88258	Lamarche	13	2 561	2
	88310	Monthureux-sur-Saône	15	2 857	3
	88361	Provenchères-sur-Fave	4	1 804	1
88367	Rambervillers	35	14 834	10	
Total 88			136	46 833	33
Total			539	175 452	122

« Biologie médicale »

Préambule

1. Contexte réglementaire

1.1 Cadre juridique général : l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

En 2005, une étude sur l'évolution de la biologie médicale était lancée par l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS).

Les conclusions du rapport montraient que la qualité moyenne des laboratoires de biologie médicale était bonne mais avec quelques insuffisances dans les laboratoires de plus faible activité.

Devant les observations du rapport et suite à un avis de la commission Européenne, le ministre de la Santé et des sports a missionné Michel Ballereau pour présenter des propositions sur la modernisation de la biologie médicale privée et publique.

En 2008, le rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale a été remis par Michel Ballereau au ministre de la Santé et des sports.

Dans le cadre d'une réforme du système de soins français, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009, le gouvernement a autorisé à prendre par voie d'ordonnance, toutes les mesures pour « réformer les conditions de création, d'organisation, et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale ».

L'ordonnance est adoptée par le Conseil des ministres le 13 Janvier 2010 et publiée au Journal Officiel le 15 janvier 2010, avec en préambule, un rapport présenté au président de la république qui définit avec précision les objectifs de la réforme.

➤ **Réglementation identique pour la ville et l'hôpital**

Alors que la loi de Juillet 1975 ne concernait que les laboratoires de biologie médicale privés, la réforme harmonise les règles de fonctionnement et les exigences pour les laboratoires du secteur privé et du secteur public.

Par ailleurs, les modalités de rapprochement des deux secteurs sont définies et facilitées.

➤ **Médicalisation de la biologie médicale**

Le rôle médical du biologiste médical est réaffirmé tout au long du parcours de soins des patients. La médicalisation du métier de biologiste intègre ce dernier dans un dialogue essentiel avec les cliniciens pour un meilleur choix des examens à réaliser, pour une meilleure connaissance des évolutions techniques, et pour une meilleure interprétation et validation des résultats biologiques.

Cette notion se traduit par un changement de vocabulaire : le biologiste pharmacien ou médecin devient un biologiste médical.

➤ **La qualité prouvée par l'accréditation**

La qualité n'était pas une notion nouvelle pour les laboratoires de biologie médicale. La pratique repose en effet sur le guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA). Parallèlement, le contrôle national de qualité (CNQ) mis en place par l'AFSSAPS permet également d'évaluer de façon externe la qualité des examens de biologie médicale en termes de performance et de fiabilité des résultats.

La réforme de la biologie marque le passage à un système qualité qui repose sur un monitoring permanent de la totalité des activités des laboratoires de biologie médicale.

La preuve de qualité et de son suivi permanent sera assurée par l'accréditation, obligatoire pour tous les laboratoires et tous les examens de biologie médicale.

En France, un organisme accréditeur unique, le Comité Français d'Accréditation (COFRAC), a été désigné pour délivrer les accréditations selon un référentiel spécifique des activités de biologie médicale : la norme NF EN ISO 15189 et la norme NF EN ISO 22870 pour les activités de biologie réalisées dans le cadre de la biologie délocalisée.

➤ **Réorganisation territoriale de l'offre de la biologie médicale**

Afin de garantir une maîtrise de toute l'activité au sein du laboratoire de biologie médicale, et la proximité clinicien-biologiste, les laboratoires sont autorisés à se regrouper en laboratoire multisites, avec un maintien de limites territoriales pour l'activité des laboratoires.

Cependant, des règles prudentielles proportionnées à l'intérêt de santé publique sont instaurées pour assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale.

➤ **Efficacité des dépenses de santé par une adaptation des prix et des volumes**

La réforme vise à ce que chacun ait accès, partout en France, à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans les laboratoires de biologie du secteur privé et du secteur public.

1.2 Le parcours législatif de l'ordonnance relatif à la biologie médicale

Déposée mais non ratifiée par le Parlement, l'Ordonnance, a valeur de loi. Elle est applicable le cas échéant dans sa limite de la parution des décrets d'application.

Etat des lieux et diagnostic régional de l'offre de biologie médicale

2. Répartition de l'offre de biologie médicale

Afin d'approcher l'offre de biologie médicale, une enquête régionale a été menée par voie électronique auprès des laboratoires de biologie du secteur public et privé.

L'enquête a été envoyée vers l'entité juridique (EJ) qui exploite un ou plusieurs établissements (ET), laboratoires ou sites pour les laboratoires du secteur privé; et vers les établissements de santé qui comportent en leur sein un laboratoire de biologie médicale.

L'enquête, clôturée le 31 mai 2011, a été complétée par un recueil de données sur certains items.

Au terme de cette enquête sur 165 laboratoires interrogés, 137 réponses partielles ou totales ont été recueillies soit un pourcentage de participation à l'enquête régionale de biologie médicale de 83 %.

Devant l'absence d'exhaustivité des informations recueillies, le croisement d'informations issues de l'enquête avec celles issues de bases de données telles que FINESS, ADELI ou COFRAC, entre autres, a été nécessaire pour approcher au mieux l'offre de biologie médicale.

2.1 Implantation géographique des laboratoires de biologie médicale

➤ Nombre de laboratoires de biologie médicale

La région lorraine, divisée en 4 territoires de santé, délimités géographiquement par les limites territoriales des 4 départements (Meurthe et Moselle, Moselle, Meuse et Vosges), compte 165 laboratoires de biologie médicale au 31 décembre 2010.

La répartition des laboratoires de biologie médicale par territoire de santé et par secteur d'activité est détaillée dans le tableau n°1 :

Tableau n°1 : Nombre de laboratoires privés, publics et autres par territoire de santé

Département	Nombre d'implantations de laboratoires privés	Nombre d'implantation de laboratoires publics	Nombre de laboratoires dans d'autres structures	Laboratoires de biologie médicale
54	44	7	3(1 UCCMP*- 2 EFS*)	
55	4	2		
57	73	11	1(EFS)	
88	15	4	1(EFS)	
région lorraine	136	24	5	165

*UCCMP : UC Centre de Médecine Préventive

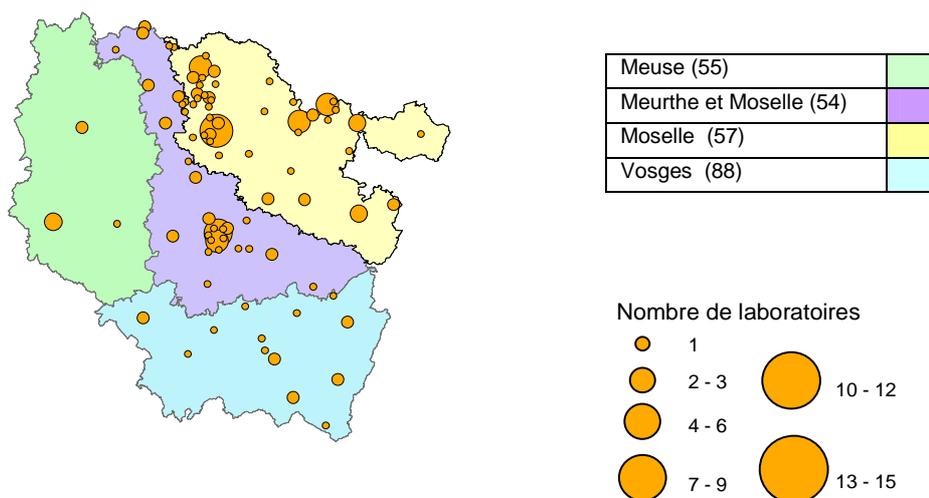
*EFS : Etablissement Français du Sang

➤ Implantation géographique

L'implantation géographique des laboratoires de biologie médicale sur la région Lorraine est concentrée sur le sillon Nancy - Metz - Thionville et particulièrement autour de ces 3 agglomérations.

A l'opposé le nombre de laboratoires est moins important aux limites territoriales.

Quelques zones blanches persistent au niveau des frontières régionales entre la Meuse et les Ardennes, les Vosges et la Haute Saône.



Carte 1 : Implantation géographique des laboratoires de biologie médicale par territoire de santé au 31 décembre 2010

2.2 Nombre de laboratoires de biologie médicale privés par habitants

En France, il y a environ 1 laboratoire privé pour 16 000 habitants.

La région Lorraine présente une densité très légèrement inférieure à la moyenne nationale soit 1 laboratoire de biologie médicale privé pour environ 17 000 habitants.

Sur la région lorraine, seul le territoire de Meurthe et Moselle affiche une densité comparable aux données nationales.

Comparée à la valeur nationale, la densité des laboratoires sur le territoire des Vosges de 1/25 000 habitants est très légèrement plus faible.

La densité sur le territoire de la Meuse est très éloignée de la valeur nationale avec 1 laboratoire pour 48 000 habitants.

Le territoire de la Moselle est le territoire lorrain avec la plus forte densité de laboratoires par habitants soit 1 laboratoire pour environ 14 000 habitants.

Tableau n°2 : densité de laboratoires privés de biologie médicale par nombre d'habitants et par département lorrain.

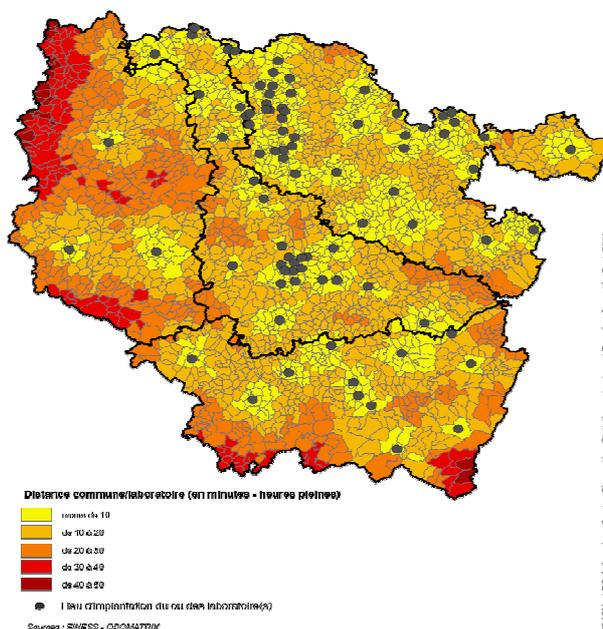
Département	Nombre de laboratoires privés de biologie médicale	Nombre d'habitants (INSEE 2009)	Densité de laboratoires privés par nombre d'habitants
54	44	730 961	1 pour 16 612
55	4	194 237	1 pour 48 559
57	73	1 043 581	1 pour 14 295
88	15	379 605	1 pour 25 307
région lorraine	136	2 348 384	1 pour 17 267

2.3 Accessibilité des patients aux laboratoires de biologie médicale

L'offre transfrontalière n'a pas été prise en compte pour établir ces deux représentations (cartes n° 2 et 3).

- Temps nécessaire (minutes) à un patient pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale : **carte n°2**

L'accessibilité (en temps) aux laboratoires de biologie médicale par commune en Lorraine



- Distance (kms) à parcourir à un patient lorrain pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale lorrain : **carte n°3**

L'accessibilité aux laboratoires de biologie médicale par commune en Lorraine.

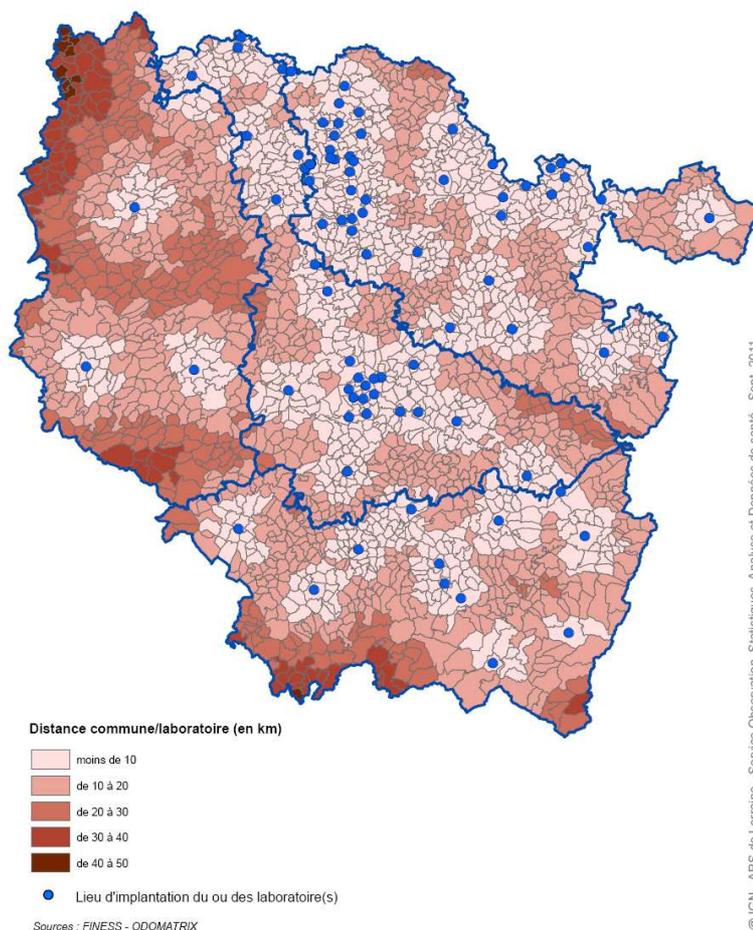


Tableau n°3 : Distance (moyenne et maximale) à parcourir, temps (moyen et maximal) nécessaire à un patient lorrain pour se rendre dans un laboratoire de biologie médicale du secteur public ou privé.

Département	Distance moyenne à parcourir (kms)	Distance maximale à parcourir (kms)	Temps moyen à parcourir (min) pendant les heures pleines	Temps maximal (min) pendant les heures creuses
54	3.49	24	5.62	26
55	13.61	46	15.75	46
57	3.65	23	5.34	26
88	8.32	41	11.31	39
Lorraine	5.18	46	7.26	46

Les paramètres calculés (temps et distance) ont été pondérés par le nombre d'habitants de chaque commune.

Les patients meusiens sont les plus éloignés (46 kms) des laboratoires de biologie médicale.

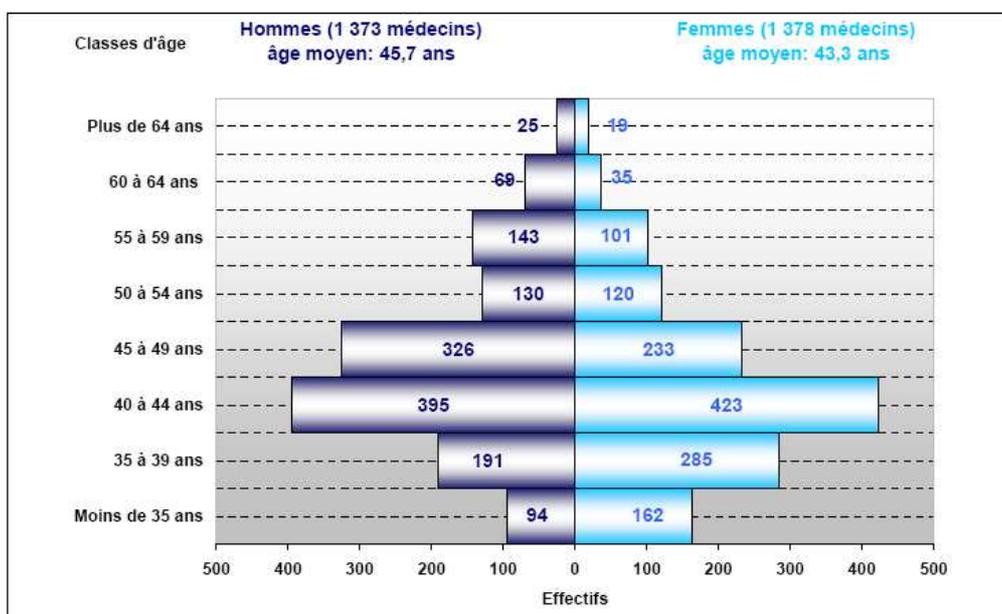
Le temps nécessaire à un patient Lorrain pour se rendre sur un laboratoire de biologie médicale, sans avoir recours à une prise en charge de la phase pré-analytique par une structure proche de son lieu de résidence, est également plus long pour les patients situés sur le territoire de la Meuse (46 min).

3. État des lieux de la profession et de l'organisation des laboratoires (formes d'exploitation)

3.1 Démographie des biologistes : au niveau national

Selon l'Ordre National des Pharmaciens (rapport d'activités, 2009), on dénombre 7987 pharmaciens biologistes inscrits. Le Conseil National de l'Ordre des médecins comptabilise 2 675 médecins biologistes (Atlas de la démographie médicale en France, 2010).

Pyramide des âges des médecins biologistes en activité (total en activité) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2006

➤ Mode d'activité en biologie médicale

Tableau n°4 : Mode d'activité des médecins biologistes en FRANCE
(Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2010 / CNOM)

	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Divers	Total
Hommes	645	59	622	0	1	1 327
Femmes	363	39	945	1	-	1 348
Total	1 008	98	1 567	1	1	2 675

L'indisponibilité de données équivalentes pour les pharmaciens biologistes ne permet pas de comparaison avec le mode d'activité des médecins biologistes.

3.2 Démographie des biologistes : en région Lorraine

a. Les médecins biologistes

Tableau n°5 : mode d'activité et part de féminisation des médecins biologistes en Lorraine
(Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2010 / CNOM)

Départements	Hommes	Femmes	Total	Libéraux	Effectif féminin
Meurthe-et-Moselle	21	24	45	24 %	53.3 %
Meuse	2	0	2	0 %	0 %
Moselle	16	11	27	52 %	40.7 %
Vosges	4	2	7	57 %	42.9 %
Total Lorraine	43	38	81	36 %	46.9 %
Total France (Métropole+ DOM +TOM)	1327	1348	2675	38 %	50.4 %

- Répartition des postes d'internat en biologie médicale

Nombre de postes ouverts en novembre 2010 : 9

Nombres d'inscrits au D.E.S (diplôme d'études spécialisées) de biologie médicale :

1^{ère} année : 3

2^{ème} année : 3

3^{ème} année : 1

4^{ème} année : 5

Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

- ENC (épreuves nationales classantes) : nombre d'internes à former pour 2010-2014

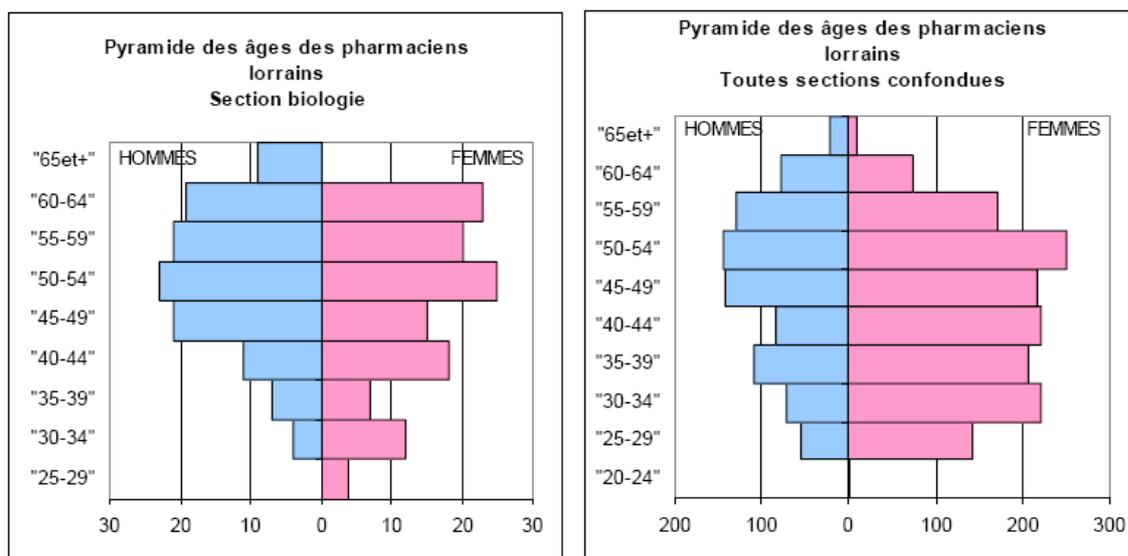
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Lorraine	3	2	2	2	2
Total France	86	91	88	93	92

Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

b. Les pharmaciens biologistes

Tableau n°6 : effectifs des pharmaciens biologistes en Lorraine

	Lorraine	54	55	57	88
Source ADELI au 1 ^{er} janvier 2008	239	80	13	106	40
		Biologistes exerçant dans le privé		Biologistes exerçant en milieu hospitalier	
Source CNOP au 1 ^{er} janvier 2010	260	179		74	



Source : ADELI au 1^{er} janvier 2008.

- **Répartition des internes inscrits**

1^{ère} année : 10

2^{ème} année : 1

3^{ème} année : 7

4^{ème} année : 5

Source : ARS Lorraine – Service : Formations et Métiers de la Santé. 2010

c. Part de féminisation et âge moyen des biologistes lorrains

Les femmes représentent 41 % des biologistes dans le secteur libéral contre 55 % dans le secteur hospitalier.

La moyenne d'âge des biologistes est de 51 ans, et 14.4% des biologistes lorrains ont plus de 60 ans, ce qui laisse présager un départ important à la retraite dans les prochaines années. La pyramide des âges (présentée ci-dessous) confirme ce vieillissement de la profession, avec une faible proportion de biologistes de moins de 35 -40 ans (données de l'enquête).

3.3 Les formes juridiques d'exploitation

➤ Répartition selon le mode d'exercice au niveau de la région Lorraine

Les évolutions technologiques (automatisation) de la biologie médicale, les démarches d'amélioration de la productivité, ainsi que les réévaluations à la baisse des taux de remboursement des examens de biologie avaient amené les laboratoires à modifier leur mode d'exploitation.

La publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010 a accéléré les restructurations et les regroupements des laboratoires de biologie médicale, particulièrement au niveau des laboratoires de biologie médicale privés.

La transformation de plusieurs laboratoires existants en un laboratoire de biologie médicale implanté sur plusieurs sites, laboratoire de biologie médicale multisite, a modifié le nombre de laboratoire de biologie médicale, tout en conservant le même nombre de site ouvert au public sur le territoire lorrain.

Au sein des laboratoires publics, les restructurations, plus complexes, sont en train de s'amorcer. Par conséquent, les objectifs du schéma sur les restructurations concernent plus particulièrement les laboratoires hospitaliers.

Tableau n°7 : Laboratoires de biologie médicale multisite privés (données FINESS au 31 Mai 2011)

Départements	Nombre de laboratoires privés multisite	Nombre de sites Implantés en Lorraine	Nombre de sites implantés hors région *
54	2	9	-
55	1	3	1
57	8	39	3
88	1	6	-
Région lorraine	12	57	4

* : sites implantés hors région d'un laboratoire multisite exploité par une société dont le siège social est situé en Lorraine.

Tableau n°8 : mode d'exercice des laboratoires de biologie médicale privés en Lorraine.

Mode d'exercice	Part en %						
EUURL	3	SA	3	SELAFA	8	SELAS	22
En nom propre	5	SCP	3	SELARL	40	SELCA	16

86 % des laboratoires de biologie médicale privés en Lorraine sont exploités sous forme de Société d'Exercice Libéral (données de l'enquête).

4. Activité de biologie médicale

4.1 Activité 2010 en laboratoires privés et en établissement de santé d'après l'enquête exprimée en nombre de B :

Tableau n°9 : Données d'activité 2010 en laboratoire de biologie médicale d'après l'enquête (exprimée en nombre de B)

Département	Activité (B) 2010 Laboratoires privés	Activité 2010 laboratoire privé en B /habitant	Activité (B) 2010 Etablissements de santé	Activité Etablissement de santé B/Habitant	Activité (B) Laboratoire de biologie médicale	Activité Laboratoire de biologie médicale B /habitants
54	183 421 552	251	180 300 499	247	363 722 051	498
55	28 611 722	147	29 681 067	153	58 292 796	300
57	191 636 050	183	141 226 682	135	332 862 732	320
88	22 391 059	59	51 288 928	134	73 679 987	193
Lorraine	426 060 390	181	402 497 176	171	828 557 566	353

Sur les laboratoires de biologie médicale ayant répondu à l'enquête, seuls 60 % ont déclarés en partie ou en totalité leur activité de l'année 2010.

Les données d'activité sur le département des Vosges ne peuvent être prise en compte, au regard du nombre de laboratoire ayant participé à l'enquête inférieur à 50%.

La répartition de l'activité entre le secteur privé et le secteur public est homogène sur les départements de la Meurthe et Moselle et de la Meuse.

La part d'activité effectuée par les laboratoires privés plus importante par rapport à l'activité des laboratoires du secteur public sur la Moselle pourrait être à rapprocher du nombre important de laboratoires privés sur ce territoire.

Au vu du manque d'exhaustivité de participation à l'enquête de biologie sur l'item activité, les données quantitatives d'activité globale et d'activité par habitant devront être précisées ultérieurement.

4.2 Activité 2010 en laboratoire de biologie médicale

➤ **Activité 2010 des laboratoires de biologie médicale privés**

Tableau n° 10 : activité 2010 en laboratoire de biologie médicale privé (exprimée en nombre de B)
(source : SIAM – ERASME. Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est ;
Service Médical de l'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle).

Département	Activité en laboratoire privé (B) en 2010	Activité en laboratoire privé (B) en 2010 / habitant
54	174 105 537	238
55	24 175 151	124
57	232 089 917	222
88	72 335 629	190
Lorraine	502 706 234	214

D'après les données de l'assurance maladie, la consommation 2010 d'examens de biologie médicale en laboratoire de biologie médicale privé, exprimée en nombre de B par habitant est comparable sur les 3 départements de la Meurthe et Moselle, de la Moselle et des Vosges.

➤ **Activité 2010 des laboratoires de biologie médicale en établissement de santé**

Tableau n° 11 : activité 2010 de biologie médicale en établissement de santé (exprimée en nombre de B)

Département	Activité de biologie médicale en établissement de santé en 2010 (B)	Activité de biologie médicale en établissement de santé en 2010 (B) / habitant
54	180 300 499	247
55	29 681 067	153
57	141 226 682	135
88	51 288 928	135
Lorraine	402 497 176	171

Source : Enquête SOLEN réalisée auprès des 165 laboratoires de biologie médicale publics et privés - Mai 2011.

4.3 Activité de biologie médicale hors région

D'après les données d'activité de l'enquête, une étude a été menée pour évaluer le nombre d'examens transmis par les laboratoires n'étant pas en mesure de les réaliser, à d'autres laboratoires de biologie médicale à des fins d'analyse et d'interprétation.

Département	54	55	57	88
Rapport activité transmise/activité globale (%)	9.24	4.7	10.1	5.4

Le pourcentage de transmission d'examens plus important sur les territoires de la Moselle et de la Meurthe et Moselle est à rapprocher de la démographie également plus importante sur ces deux territoires des prescripteurs spécialisés, demandant des examens particuliers, non réalisés en région.

4.4 Activité de biologie médicale en Lorraine

Le manque d'exhaustivité des données d'activité recueillies par l'enquête, des données en laboratoire du secteur public et l'absence de déclaration d'activité de biologie médicale exprimée en nombre d'examens, limitent l'interprétation des données à une approche de l'activité de biologie médicale effectuée en 2010 sur le territoire de la Lorraine.

L'article 5 de l'arrêté du 10 octobre 2011 dispose que « les besoins de la population sont calculés en nombre d'examens de biologie médicale dont le prélèvement a été réalisé sur le même territoire de santé infrarégional ».

Au regard, de l'absence de réponse des laboratoires à l'item relatif aux données d'activité exprimée en nombre d'examens, les besoins de la population ne peuvent être calculés sur l'année civile entière écoulée (2010), ni sur les années précédentes.

5. Démarche qualité

L'ordonnance du 13 janvier 2010 impose que tous les laboratoires de biologie médicale soient accrédités sur la totalité des activités et examens de biologie médicale au 1er Novembre 2016 selon les normes d'accréditation définies dans l'arrêté du 5 Aout 2010 :

- La norme NF EN ISO 15189 pour l'ensemble des activités et examens de biologie médicale.
- La norme NF EN ISO 22870 pour les examens dont la phase analytique est réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale.

Une étape intermédiaire est définie par arrêté du 14 décembre 2010 : les laboratoires doivent apporter les preuves de leur entrée effective dans la démarche qualité selon 2 voies possibles :

- une accréditation partielle de leur activité par le COFRAC
- une démarche qualité accompagnée par Bioqualité (Organisme d'accompagnement à la démarche qualité) et l'obtention de l'attestation 36 mois.

Un dossier de demande de vérification de l'entrée dans la démarche qualité est à déposer par les laboratoires de biologie médicale auprès du COFRAC avant le 31 mai 2013.

Il est important de noter que l'absence d'accréditation du LBM hospitalier remet en cause la certification de l'établissement de santé.

En lorraine, 6 laboratoires de biologie médicale privés sont accrédités à la norme ISO 15189 sur une partie de leur activité de biologie médicale (données COFRAC au 31 mai 2011).

D'après les données de l'enquête, 4 laboratoires ont déposé une demande d'accréditation partielle auprès du COFRAC.

Au 31 mai 2011, 34 laboratoires de biologie médicale privés ont obtenus l'attestation Bioqualité 36 mois :

- 8 LBM privés sur le territoire de la Meurthe et Moselle
- 3 LBM privés sur le territoire de la Meuse
- 21 LBM privés sur le territoire de la Moselle
- 2 LBM privés sur le territoire des Vosges

Aucun laboratoire de biologie en établissement de santé n'est accrédité auprès du COFRAC et aucun ne détient l'attestation Bioqualité 36 mois au 31 Mai 2011.

Plusieurs structures exploitant un ou plusieurs laboratoires ou sites de biologie médicale ont déclarés dans l'enquête avoir une activité de biologie délocalisée, mais aucune accréditation à la norme NF EN ISO 22870 encadrant la biologie délocalisée n'a été délivrée par le COFRAC dans notre région.

6. Permanence des soins

Au regard de l'article L.6212-3 du code de la santé publique, les laboratoires de biologie participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé.

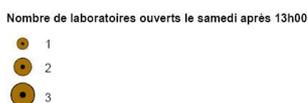
6.1 Permanence d'accessibilité aux laboratoires

Sur les laboratoires interrogés au cours de l'enquête, 7 laboratoires ont répondu fonctionner sans ouverture au public.

111 laboratoires sont ouverts le samedi mais seulement 17 d'entre eux sont ouverts après 13 h.

1 seul laboratoire, sur le territoire de la Moselle s'est déclaré être ouvert au public le dimanche.

Nombre de laboratoires ouverts au public le samedi après 13 h :
(D'après les heures d'ouvertures au public déclarées dans l'enquête)



© IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Sept. 2011

6.2 Permanence de l'activité des laboratoires de biologie médicale

Selon les données de l'enquête, la permanence de l'offre de biologie médicale est assurée par des laboratoires hospitaliers et par des laboratoires privés.

A ce titre, 47 laboratoires de biologie médicale, 22 en établissement de santé et 25 LBM privés ont répondu participer à une permanence de l'activité pour répondre aux urgences pendant les heures de fermeture au public du laboratoire.

Axes stratégiques

7. Objectifs opérationnels

En se basant sur le diagnostic posé précédemment, 2 principaux objectifs opérationnels se dégagent :

- Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains
- Veiller à la poursuite de la démarche qualité jusqu'à l'accréditation

Objectif n°1 : Améliorer l'accès aux laboratoires de biologie médicale lorrains

➤ Développer la connaissance de l'offre et des besoins en biologie médicale via la déclaration annuelle d'activité des laboratoires exprimée en nombre d'examens.

Le décret n° 2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale précise que cette activité réalisée devra être déclarée avant le 1^{er} février de chaque année, exprimée en nombre total d'examens.

De plus, il conviendra de distinguer, tel que prévu à l'article L. 6211-18 du CSP :

- le nombre d'examens prélevés sous sa responsabilité et dont la phase analytique a été réalisée par le laboratoire, ventilés entre ses différents sites,
- le nombre d'examens prélevés sous sa responsabilité et transmis à un autre laboratoire, comptabilisé pour chacun de ces sites,
- le nombre d'examens réalisés à partir de prélèvements transmis par d'autres laboratoires.

Ces données permettront de connaître les évolutions de la consommation des examens et de les mettre en perspective avec les besoins ou la prévalence et l'incidence de certaines pathologies par territoires de santé.

➤ Prise en compte des zones blanches ou déficitaires et des zones en surdensité

- lors des projets de regroupement, d'ouverture/fermeture de laboratoires ou de sites de laboratoires de biologie médicale.

Nous avons constaté, à l'issue de cette première approche, en l'absence d'étude antérieure, que l'offre en biologie médicale est suffisante, même si sur certains territoires de santé de proximité, elle reste tendue.

Aussi si le maillage actuel est satisfaisant, il convient toutefois de le maintenir afin de garantir une proximité entre le patient, le prescripteur et le biologiste, tout au moins en termes d'accessibilité pour les phases pré et post analytiques.

Pour la phase analytique, si elle est réalisée à distance, un soin tout particulier devra être porté au respect de conditions de prélèvement, de transmission, de transport, et du délai de résultat des examens compatible qui devra être compatible avec l'état de l'art.

➤ **Organisation d'un système de garde pour assurer une permanence de réalisation des examens de biologie médicale,**

L'ordonnance du 13 janvier 2010 précise des obligations de participation à la permanence de l'offre de biologie médicale, ainsi qu'aux missions prévues à l'article L. 6212-3 du CSP à savoir la participation à des programmes d'éducation thérapeutique et éventuellement à des programmes d'enseignement et de recherches.

L'article L.6222-6 du CSP précise par ailleurs que, « aux heures de permanence, le biologiste médical est en mesure d'intervenir dans le délai nécessaire aux besoins des patients et à la bonne organisation du laboratoire ». Sur ce principe, un système de garde pourrait être construit, n'imposant pas la présence d'un biologiste médical en dehors des heures d'ouverture du laboratoire, mais reposant sur un délai d'intervention compatible avec l'état de l'art.

Il est à souligner qu'actuellement, dans certains territoires de santé de proximité, des gardes sont assumées par des biologistes, dans des réseaux informels existants.

Ces expériences pourront judicieusement être reprises afin de servir d'exemples pour construire un réseau cette fois formalisé. Le nom de BIOGARDE a été proposé lors des réunions de travail du groupe expert.

Un correspondant médical devrait alors être désigné, pour une collaboration par binôme médecin / biologiste.

Ainsi, il conviendrait de mener une amélioration de l'existant en l'étendant sur des zones actuellement non couvertes, en axant sur coordination formalisée des différents intervenants et en développant une communication du système de permanence mis en place.

Il pourrait, à ce titre, être envisagé de construire un site internet dédié à ce système d'astreinte.

➤ **Développer une analyse sur le taux et la nature des examens réalisés hors région**

Un préalable nécessaire à cette analyse serait d'établir une liste exhaustive des examens réalisés en région et hors Lorraine, selon quelle périodicité et dans quels volumes.

➤ **Mise en place d'une réflexion sur une éventuelle logistique régionale, des transports**

Une réflexion spécifique pourra s'engager pour définir une organisation optimale des transports, et éviter la réalisation de certains examens hors région pour lesquels les compétences sont présentes en Lorraine.

Si cette externalisation s'explique par des coûts logistiques de transport moindres puisque pris en charge par le laboratoire sous traitant extérieur à la région, il semblera judicieux de rechercher une efficacité dans la définition du coût du B et de l'examen de biologie médicale en travaillant sur cet item.

Une mutualisation des moyens logistiques pourrait également faire l'objet d'une étude de faisabilité.

Cette réflexion sur des solutions logistiques pourrait non seulement porter sur le renforcement d'une prise en charge régionale des examens de biologie médicale, mais également sur une organisation pour les activités d'urgence et les activités en routine.

Objectif n°2 : Veiller à la poursuite de la démarche qualité jusqu'à l'accréditation

➤ Mutualisation des moyens entre établissements de santé (ex : CHT, GCS, ...)

Le processus d'accréditation, selon le référentiel « qualité » retenu (norme NF EN ISO 15189) comporte des enjeux majeurs (au-delà du fait qu'il puisse conditionner l'ouverture ou la fermeture d'un laboratoire), car il va impliquer des restructurations importantes au sein des laboratoires publics et privés.

En effet, pour faciliter la démarche qualité conduisant à terme à l'accréditation, les laboratoires devront atteindre une taille critique. Ainsi, des stratégies de coopérations doivent être élaborées pour répondre à cet impératif et atteindre une meilleure efficacité.

Ceci est d'autant plus important pour les laboratoires publics que les structures actuelles sont dispersées en fonction des spécialisations. L'organisation hospitalière présente alors en grande majorité un cloisonnement.

Aussi, des regroupements ou des mutualisations devront être envisagés pour rationaliser non seulement le coût de production de l'examen, mais également pour centraliser certains examens, améliorer la maîtrise de la prescription, harmoniser les systèmes de gestion informatiques, voire mettre en commun des passations de marchés.

La recherche d'une organisation optimisée et adaptée aux exigences de l'accréditation pourra également se traduire par une mutualisation des processus et procédures, notamment relatives au management qualité.

➤ Développement des coopérations entre établissements de santé et laboratoires privés

La perspective d'accréditation à l'horizon 2016 doit encourager la mise en perspective d'une logique non plus d'établissements /laboratoires mais bien territoriale.

Au-delà du déploiement des coopérations, il est nécessaire, dans ce contexte d'accréditation, de formaliser les initiatives déjà existantes et de procéder toutes les étapes de réalisation d'un examen de biologie médicale.

➤ Encadrer le recours à la biologie délocalisée.

L'article L. 6211-18 du CSP précise :

- que la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale sauf dans le cas où une décision thérapeutique doit être prise en urgence ;
- les lieux où la phase analytique pourra être réalisée : un établissement de santé ou un lieu déterminé par décret en Conseil d'Etat.

De plus, le GBEA stipule que c'est au biologiste qu'il « appartient de coordonner et de veiller à l'application et à la mise en œuvre des actions relatives à l'assurance de la qualité des actes de biologie médicale au sein de l'établissement ».

Plusieurs items devront donc faire l'objet d'une attention particulière, à savoir :

- le recours à la biologie médicale délocalisée portée à la connaissance du biologiste responsable : recensement des services la pratiquant et des appareils utilisés,
- le nombre d'examens réalisés dans le cadre de biologie délocalisée,
- la validation des résultats par les biologistes,
- la traçabilité des examens et des résultats : inscription dans le dossier patient,
- le contrôle de la qualité :

- procédures écrites et validées par les biologistes,
- formation des professionnels de santé procédant aux examens réalisés dans le cadre de la biologie délocalisée,
- maintenance préventive et curative des appareils.

➤ **Améliorer la filière de soins en développant et en structurant les relations :**

- avec les libéraux (médecins, infirmières, spécialistes, etc.)
- avec les établissements médico-sociaux (EHPAD, ...)

Le biologiste est responsable de toute l'activité de biologie : du prélèvement à la communication du résultat au prescripteur et au patient. Ainsi, la phase pré-analytique peut ne pas être réalisée au sein du laboratoire, tel que prévu à l'article L.6211-13 du CSP, toutefois cette phase reste exécutée sous la responsabilité du biologiste médical.

Si ces prélèvements sont effectués par un professionnel de santé, soit dans son cabinet, soit au domicile du patient, la conclusion d'une convention devra être systématisée entre ce professionnel de santé (ou sa structure de rattachement) et le(s) biologiste(s) (co)responsable(s) du laboratoire en charge de la phase analytique.

En effet, il est nécessaire de s'assurer que les conditions de prélèvement, de conservation et d'acheminement des échantillons soient maîtrisées, et que ces procédures soient respectées pour garantir la sécurité, la qualité et la fiabilité des résultats.

A ce titre, un établissement hospitalier vosgien organise des formations relatives à la phase pré-analytique auprès des préleveurs, sur le respect des bonnes pratiques, notamment pour le conditionnement des prélèvements et pour les transports.

Cette initiative de formations destinées aux préleveurs pourrait être reprise et déclinée au niveau régional.

Remarques

Coordination nécessaire avec :

- le volet SROS AMP- DPN
- le volet SROS Génétique
- le volet Transfusion sanguine
- le volet SROS Urgences et PDSA (permanence des soins en ambulatoire)

VOLET HOSPITALIER

MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Il s'agit de réaliser l'inventaire des établissements assurant des missions de service public à la date de publication de la loi HPST, afin de pouvoir le cas échéant procéder au vu de celui-ci à l'évaluation des besoins non couverts en vue de leur satisfaction dans le cadre du PRS.

Sont successivement abordés dans le cadre de ce diagnostic :

- L'enseignement universitaire et post universitaire
- La recherche
- Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- La formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- Les actions de santé publique
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
- Les soins aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- Les soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

1. L'enseignement universitaire et postuniversitaire

Il s'agit de préciser la contribution des établissements de santé lorrains à l'offre de stages ou de postes qualifiants dans le cadre de la formation de 2^{ème} ou de 3^{ème} cycle des professions médicales et des pharmaciens. La mise en regard des besoins de formation, analysés par spécialités et du volume d'offre de stages dans les disciplines médicales et pharmaceutiques doit en effet permettre d'identifier, le cas échéant, les besoins non couverts.

En Lorraine, ce sont 864 internes qui sont accueillis en 2010-2011. Ce nombre inclut les internes en médecine générale, qui sont au nombre de 322. Le reste des internes se répartit dans les autres spécialités. Par ailleurs, et à côté de ces internes en médecine, il y a 64 internes en pharmacie. Le nombre de services agréés à l'accueil des internes s'élève à 391 pour ce qui est des services de spécialité, 222 pour ce qui est de la médecine générale.

2. La recherche

La mission de recherche consiste en la réalisation d'un ou de plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes que sont :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic
- l'amélioration du coût de prise en charge du patient

La définition du besoin à couvrir en la matière ne se fait pas au niveau régional, mais au niveau national, dans le cadre d'appels à projets de la DGOS à destination des établissements de santé.

Le rôle et la mission spécifiques des CHU en la matière est notable.

Les programmes de recherche sont financés de manière fléchée et pluriannuelle, via des dotations PHRC ou STIC.

En Lorraine, trois établissements sont concernés, à savoir :

- le CHU
 - le CAV
 - le CHR
- } Pour un montant total de 3 388 000 euros.

Au total, ce sont 26 programmes de recherches qui ont été financés en 2010 (dont quatre au titre de leur dernière tranche annuelle).

3. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Les territoires de santé lorrains sont dotés en établissements habilités à accueillir des patients en soins sans consentement et en capacité d'organiser l'hospitalisation de ces personnes, quelles que soient leurs pathologies, y compris en urgence.

Les établissements concernés sont les suivants :

- Le CPN
- Le CH de Saint-Nicolas-de-Port
- L'Unité de soins protégés Philippe Canton à Vandœuvre-lès-Nancy
- La Clinique du Mont-Saint-Martin à Mont-Saint-Martin
- Le CH Maillot à Briey

Pour la Meurthe-et-Moselle

Etant à préciser que seul le CPN est un établissement spécialisé en santé mentale. Pour les autres établissements cités, seul le service de psychiatrie est habilité, et non l'établissement dans son ensemble.

- Le Centre Hospitalier spécialisé de Fains-Veel
- Le Centre Hospitalier de Verdun

Pour la Meuse

- Le CHS de Sarreguemines, qui comprend également une UMD et une unité de soins intensifs en psychiatrie
- Le CHS de Lorquin
- Le CHS de Jury
- L'Hôpital Beauregard à Thionville (uniquement dans le cadre d'hospitalisations à la demande d'un tiers)

- Le CH Ravenel pour les Vosges

Pour la Moselle

Les quatre territoires de santé lorrains sont donc dotés en établissements de santé habilités à recevoir des patients en soins sans consentement.

4. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert. Elle recouvre :

- les préventions primaire et secondaire
- les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques.

Dans la pratique, seule l'éducation thérapeutique est financée via une dotation MIG.

Cette dotation concerne 14 établissements lorrains en 2010 :

- 5 en Meurthe-et-Moselle
- 1 en Meuse
- 4 en Moselle
- 4 dans les Vosges

Actuellement, les établissements de santé autorisés et ayant une dotation MIG au titre d'actions d'éducation et de prévention pour la santé sont les suivants :

Etablissement	Nombre de programmes autorisés	Dotation MIG déléguée en 2010
Centre Hospitalier Universitaire	17	800 000 euros
Centre Hospitalier de Lunéville	2	90 000 euros
Centre Hospitalier de Briey	1	40 000 euros
Centre Hospitalier de Bar-le-Duc	4	100 365 euros
Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville	19	200 000 euros
Hôpitaux Privés de Metz	5	100 000 euros
Hospitalor Freyming	1	65 671 euros
Centre Hospitalier d'Epinal	2	100 000 euros
Centre Hospitalier de Saint-Dié des Vosges	3	110 000 euros

Le tableau ci-dessous permet par ailleurs d'avoir une meilleure visibilité des programmes autorisés d'ETP mis en œuvre en Lorraine, par les établissements de santé, mais aussi par des structures extra-hospitalières :

Thématique du programme	Structures de prise en charge en Meurthe-et-Mos.	Structures de prise en charge en Meuse	Structures de prise en charge en Moselle	Structures de prise en charge dans les Vosges
Asthme	CHU (2 prog)	CH Bar-le-Duc	Hop. Privés de Metz (HPM) CHR Metz (2) CHR Thionville (2)	CH Jean Monnet
BPCO	ARAIRLOR CHU	CH Bar-le-Duc	HPM CHR CANSSM	
VIH	CHU		CHR Metz	
Risque cardiovasculaire élevé ou maladies cardiovasculaires	Clinique Louis Pasteur CH Lunéville CCMSA	CH Verdun CCMSA	HPM Abreschviller CCMSA	CH Saint-Dié CCMSA
Mucoviscidose	CHU (2 prog.)			
Dépendance au tabac	CHU			
Rhumatisme inflammatoire	CHU		HPM CHR Thionville	
Diabète	CHU (2) CH Briey Maison du diabète et de la nutrition 54 CH Lunéville	ADOR CH Bar-le-Duc CH Verdun	Maison du diabète HPM CHR Thionville (2) CHR Metz	Maison du diabète (Epinal) SOGECLEL
Endocrinopathie chronique	CHU			

Alcoolodépendance	CHU			
Insuffisance cardiaque	CHU ICALOR		CANSSM HPM CHR Metz Hospitalor Freyming	CH Saint-Dié-des-Vosges
Patient nutrition artificielle long court	en au CHU			
Obésité	CHU	CH Bar-le-Duc	CHR Thionville POIPLUME	AVPN
Atopie	CHU			
Dermatite atopique	CHU		CHR Thionville	
Transplanté rénal	CHU			
Insuffisant rénal	CHU NEPHROLOR	CH Verdun (2)	HPM CHR Metz CHR Thionville	
Maladie cardiaque chronique	IRR			
Chuteur accidentel	Florentin			
Auto-sondage			HPM	
Pathologies digestives chroniques ou carcinologiques avec stomie digestive			CHR Metz	
Hépatite chronique			CHR Metz CHR Thionville	
Ostéoporose			CHR Thionville	
Maladies chroniques			Alpha Santé	
Dénutrition de la personne âgée			Réseau de santé gériatrique du pays de Sarrebourg	
Souffle				CH Jean Monnet
Patient sous AVK				CH Saint-Dié-des-Vosges

5. Les soins dispensés aux personnes retenues en application du droit d'asile :

Il existe un centre de rétention sur Metz dans lequel la prise en charge médicale est assurée.

6. Le développement professionnel continu

Le développement professionnel continu est une mission qu'il appartient à l'ensemble des établissements de santé de mettre en œuvre. Le besoin est donc considéré comme potentiellement couvert en volume. Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

7. Les actions de santé publique

Les actions de santé publique, les actions d'éducation et de prévention pour la santé ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé. Le besoin est par principe réputé couvert.

DOULEUR

Le SROS 3 fixait plusieurs objectifs, et formulait des recommandations d'organisation visant à ce que ces objectifs soient atteints.

Au titre des objectifs généraux, il envisageait de :

- poursuivre et généraliser la prévention et la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé (enfants –adultes),
- faciliter l'accès aux soins de qualité de la douleur chronique rebelle.

Au titre des Objectifs opérationnels, il projetait de :

Pour la douleur aiguë :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé. Ces comités peuvent étendre leurs prérogatives aux soins palliatifs et aux soins de support (CLUD)

Pour la douleur chronique :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé.
- renforcer les structures existantes de consultation de la douleur ou les unités.
- créer un centre pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique rebelle
- mettre en place un Centre de la migraine de l'adulte et de l'enfant.

A l'heure de l'élaboration du Plan Régional de Santé, force est de constater que les recommandations formulées dans le SROS 3 ont été partiellement réalisées.

I Le diagnostic régional

La douleur est présente à tous les niveaux du parcours de soins des patients au niveau du diagnostic, de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, des traitements thérapeutiques et des soins palliatifs en milieu hospitalier, institutionnel et au domicile. Elle concerne tous les patients, enfants, adultes, personnes âgées, personnes ayant un handicap.....

Il semble que la prise en charge de la douleur à domicile soit un élément déterminant pour permettre le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les personnes vulnérables doivent faire l'objet d'une attention particulière, car si un effort a été réalisé pour instaurer une "culture douleur" dans les institutions gériatriques, il n'en est pas de même pour les personnes âgées à domicile et les personnes en situation de handicap.

- Chaque établissement de santé a constitué un CLUD ou adhère par convention au CLUD d'un autre établissement

La prise en charge de la douleur aiguë ne relève pas des structures douleur chroniques ni de leurs intervenants. Au quotidien, elle incombe à tous les soignants.

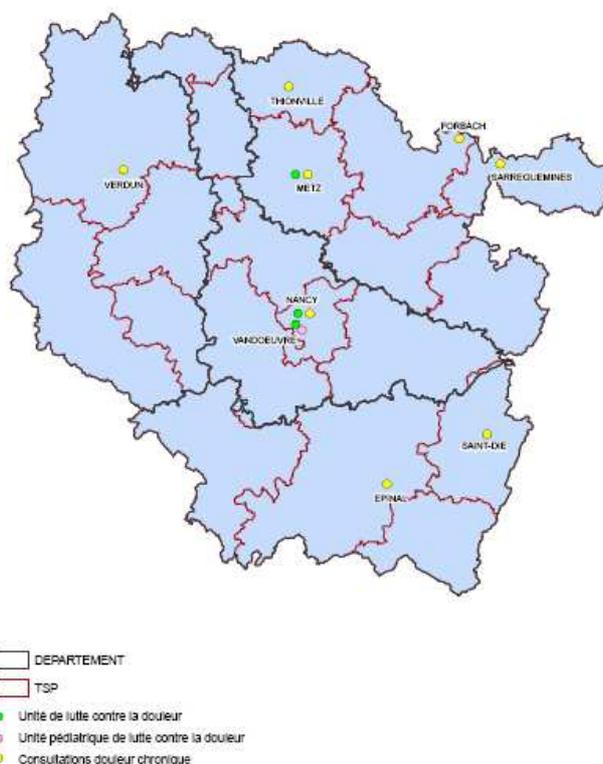
Par secteur de soins ou par service, une infirmière et/ou un médecin, correspondant(e) du CLUD, doit être chargée de faciliter la prise en compte de la douleur aiguë et la mise en œuvre des procédures et protocoles élaborés par le CLUD. Il est recommandé que ces correspondants soient en lien avec une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Actuellement, la prise en charge de la douleur chronique en Lorraine est graduée en unités et en consultations.

- Les unités :
 - 1 aux Hôpitaux Privés de Metz
 - 2 CHU (adultes à l'hôpital Central et pédiatrique à l'hôpital d'enfants)
 - 1 Centre Alexis Vautrin
- Les consultations :
 - CH Verdun
 - CHR Metz Thionville (2)
 - CH Sarreguemines
 - Hospitalor à Forbach
 - Vitalia - Gentilly à Nancy
 - CH Epinal
 - CH Saint Dié

Prise en charge de la douleur chronique

Etat des lieux au 31.12.2010



La répartition et la localisation des unités et des consultations semblent satisfaisante mais les structures sont confrontées à des problèmes de recrutement de nouveaux personnels notamment médicaux. Les délais d'accès à ces structures ont tendance à se rallonger, ce qui constitue un point faible du dispositif. Les données relatives à la démographie médicale sont défavorables : les professionnels notent le risque de ne pas trouver de successeurs, notamment médicaux. Il ne semble pas pertinent de multiplier les structures mais plutôt de les renforcer en moyens humains pour diversifier la prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire. Il est rappelé le rôle primordial du médecin traitant : il est indispensable de clarifier ce qui relève de sa prise en charge et de son suivi et ce qui relève de l'orientation du patient vers des structures spécifiques "douleur chronique".

Il est à noter que la création du centre pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique et du Centre de la migraine de l'adulte et de l'enfant n'a pas été réalisée mais une consultation pluridisciplinaire céphalée et migraine de l'adulte existe au CHU.

Il est nécessaire de recenser et de proposer des prises en charge spécifiques ou un suivi approprié des pathologies complexes. Le renforcement du travail en réseau est à même de garantir l'efficacité du système et la meilleure orientation du patient. Le rôle de l'éducation thérapeutique apparaît ici comme primordial, en établissements et à domicile (médecins traitants et pharmaciens d'officine.....). En conséquence, proposer que la douleur chronique soit reconnue comme thème régional dans le programme d'éducation thérapeutique du patient.

II La formation des professionnels

L'activité d'enseignement sur la douleur est pilotée par les structures de Nancy en collaboration avec les structures régionales :

- DIU douleur Nancy-Dijon
- Capacité Douleur de la région Est (Nancy, Dijon, Strasbourg, Reims, Besançon)
- DESC douleur Soins Palliatifs
- DIU national douleur de l'enfant

Comme pour les soins palliatifs il est organisé également des journées de formation sur le thème de la douleur par le CISPAD (Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur),

Des actions spécifiques douleurs sont réalisées par les équipes douleur et COLORDSPA : enseignement, journée régionale, soirées débats, journées InterCLUD, référentiels de la SFETD⁹.

III L'instruction DGOS n°188 du 19 mai 2011

Cette instruction a pour objet de présenter le nouveau cahier des charges des structures de lutte contre la douleur chronique et d'initier une démarche d'identification ou de réidentification des structures. Elle vise à simplifier l'organisation de la prise en charge :

- Une amélioration du maillage territorial avec des consultations regroupant médecin, IDE, psychologue et assurant une prise en charge pluri-professionnelles en lien avec l'offre de premier recours

- un second niveau : les centres assurent une prise en charge médicale pluridisciplinaire, dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Ce second niveau renvoie aux précédents unités ou centres.

- La mise en place régionale d'une identification des filières de prise en charge assise sur le fléchage d'expertise spécifiques proposées par certaines des consultations et concernant des aspects liés aux techniques et aux pathologies.

L'instruction prévoit la mise en place par l'ARS d'une coordination régionale s'appuyant sur les organisations existantes (ex : Centres de la douleur et réseaux). Elle inclut la réalisation d'un annuaire régional avec identification des spécificités et définition des filières.

⁹ Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Diagnostic régional et territorial

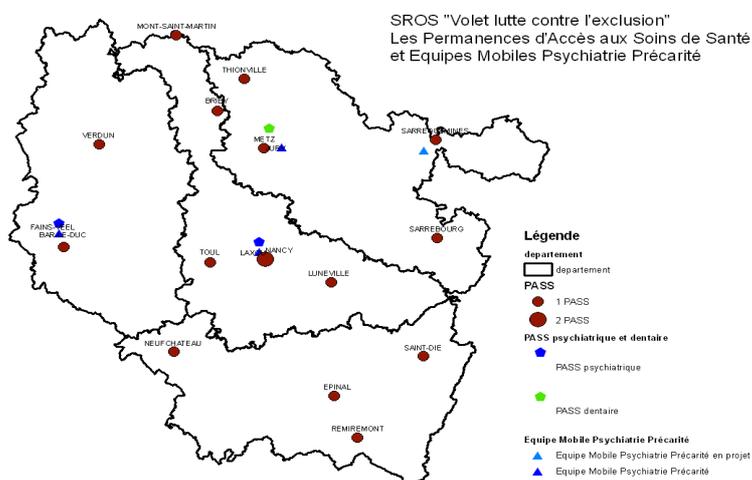
1) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Mission des PASS : Cellules de prise en charge médicale et sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social avec comme objectifs de :

- Faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité
- Accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits
- Assurer une mission de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération de droits sociaux en vue de leur réintégration au plus tôt dans le système de droit commun.

Inventaire des établissements assurant la mission :

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



Les PASS sont situées dans les établissements de santé suivants :

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

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

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

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

Les PASS ont bénéficié d'une enveloppe financière totale de 1 396 258 € en 2010 et accueilli plus de 3100 personnes (4500 consultations sociales, 3000 consultations médicales).

Evaluation du besoin non couvert

Implantation des PASS somatiques : le territoire régional est globalement couvert, sauf pour ce qui concerne le **Bassin Houiller en Moselle**.

Ce secteur géographique rassemble plus de 10% de la population lorraine (248 744 habitants) et est caractérisé par des indicateurs socio-économiques défavorables, marquant la présence importante d'une population en situation de précarité pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux soins, cette situation nécessitant l'existence de dispositifs spécifiques de prise en charge et d'accompagnement des personnes démunies vers le système de santé.

Quelques indicateurs de précarité concernant le territoire de santé de proximité du bassin houiller :

- Taux de bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2009 : **7,6 %**, 6,9 % en Lorraine, 6,8 % en France
- Taux de ménages allocataires CAF à bas revenus au 31 décembre 2009 : **23,8 %**, 19,9 % en Lorraine, 18,4% en France
- Taux de bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2008 : **6,5 %**, 5,8% en Lorraine

Implantation des PASS dentaires :

- Une seule PASS dentaire en Lorraine, située au CHR de Metz.

L'année 2010 a correspondu à une période de démarrage : l'activité a été limitée (78 personnes soignées, une prothèse réalisée), la PASS est encore peu connue des acteurs sociaux et de santé du territoire, la démarche de la PASS pour aller au-devant des publics-cibles est à développer.

- Sur le territoire de Nancy, il existe une offre de soins dentaires pour les plus démunis à l'initiative de Médecins du Monde, avec, du fait du niveau de financement disponible, une réponse aux besoins limitée, tant pour le nombre de personnes prises en charge que pour les possibilités de soins prothétiques (permanence d'une demi-journée par semaine ayant assuré 195 consultations en 2010 pour 67 patients dont 11 mineurs). Le montage de cette permanence de soins dentaires repose sur des bases non pérennes, alliant le bénévolat de l'association à un financement sur les crédits santé publique de l'ARS de Lorraine et une mise à disposition de praticiens par la faculté dentaire.

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

Fonctionnement des PASS :

Le positionnement des PASS au sein des établissements hospitaliers supports et leurs modalités de fonctionnement varient suivant l'importance et les caractéristiques du public accueilli et le choix des établissements qui, pour certains, n'assurent que les missions habituelles du service social sans développer suffisamment les actions de soutien et d'accompagnement vers les soins des personnes démunies. Dans près de la moitié des établissements, la PASS est totalement confondue avec le service social et n'a pas d'existence propre.

6 PASS sont constituées en UF spécifiques, 3 sont rattachées aux urgences, 8 au service social et une à un pôle médico-social. S'agissant des moyens humains, toutes les PASS disposent de personnel social (de 0,3 à 1 ETP), 8 PASS de temps médical (de 0,1 à 0,5 ETP), 3 d'une accompagnatrice santé et 4 de psychologue.

Une enquête menée en 2011 auprès des PASS de la région en vue de recueillir des informations sur la façon dont les missions attendues des PASS sont remplies (18 réponses sur 19 PASS) met en lumière des carences de fonctionnement dans certains établissements.

Par exemple :

- L'identification et la visibilité des PASS peuvent être améliorées pour que ces dispositifs soient mieux connus et utilisés par le public-cible et les professionnels. Situation actuelle :

Nombre de PASS	TOTAL	54	55	57	88
Les locaux de la PASS sont bien identifiés	13	5	2	4	2
La PASS est marquée par une signalétique	11	5	2	3	1
Il existe un fléchage pour la PASS	5	2	1	1	1
Il existe une plaquette d'information	8	4	1	2	1
La PASS mène des informations vers l'extérieur	9	4	2	1	2
La PASS mène des informations en interne	9	4	0	3	2

- Les relations entre la PASS et les autres services de l'établissement hospitalier doivent être mieux structurés et formalisés afin de faciliter l'accès aux soins et la circulation dans les établissements des patients démunis. Situation actuelle :

Nombre de PASS	TOTAL	54	55	57	88
Existence de protocoles internes	14	5	2	3	4
Dont : repérage des patients en difficulté	11	3	1	3	4
Dont : organisation du parcours des personnes accueillies	5	2	0	2	1
Dont : accès aux médicaments	6	3	1	2	1
Utilisation de fiches de liaison internes	10	2	3	2	3

- Les relations avec les partenaires extérieurs doivent être confortées et formalisées. Actuellement, une seule PASS a élaboré un protocole de recours à la PASS avec des structures extérieures, 5 PASS utilisent ou ont prévu d'utiliser des fiches de liaison avec ces partenaires pour organiser le suivi des patients (quelques autres signalent des habitudes de communications par courrier, mail ou téléphone), 3 COPIL avec les partenaires sont en activité.

Suivant les sites, il est donc constaté que les missions des PASS ne sont pas assurées de façon optimum.

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

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

Inventaire des établissements assurant la mission

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

Evaluation du besoin non couvert

Il y a besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé. Le recours aux soins de ces personnes, pour qui la santé n'est pas une priorité, s'effectue souvent dans l'urgence et elles ont des difficultés à poursuivre, dans la durée, une démarche de soins entamée.

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

Au niveau de la région, la réflexion et l'action sont avancées sur ce sujet au niveau de deux sites :

- La PASS de Bar-le-Duc travaille déjà à l'extérieur de l'hôpital et a noué des liens avec les professionnels de santé et les structures sociales du secteur : tenue de permanences au sein de structures sociales et/ou de maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnement physique vers la PASS de personnes éloignées géographiquement, suivi après hospitalisation de personnes en difficultés d'accès aux soins et aux droits. Le lien avec le milieu ambulatoire est de nature à jouer un rôle préventif et permettre à certaines personnes en difficultés d'éviter d'arriver à une hospitalisation. Il serait nécessaire de conforter le centre hospitalier de Bar le Duc dans sa mission extérieure à l'hôpital vers les plus démunis.

- A Nancy, la PASS du CHU a constaté qu'une forte proportion de personnes en difficultés éprouve des difficultés à mettre en œuvre les soins nécessaires après le passage à l'hôpital ou se trouve en situation de rupture de soins.

Le besoin de développer les liens entre les PASS et les médecins généralistes a été identifié, notamment par une enquête départementale menée par le CHU auprès des 856 médecins généralistes de Meurthe et Moselle sur leurs difficultés de prise en charge des patients précaires qui a obtenu 46,5% de réponses : 97,8 % de médecins se sont déjà sentis en difficulté dans la prise en charge de patients précaires et expriment le besoin d'être soutenus dans leur pratique pour la prise en charge de ces personnes qui nécessitent un accompagnement plus important pour une même qualité des soins.

Dans le prolongement des travaux de coordination déjà engagés par le CHU auprès des structures sociales ou médico-sociales du secteur, une équipe mobile permettrait une approche « santé » sur le terrain du public précaire suivi par les divers dispositifs spécifiques de soins ou sociaux existants : PASS somatiques et psychiatrique, Médecins du Monde, Lits Halte Soins Santé, Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes précaires, Appartements de Coordination Thérapeutique, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociales, maraude...

Il est important de soutenir les démarches enclenchées sur ces deux secteurs, sans exclure la possibilité d'étendre ultérieurement cette modalité d'action de lutte contre l'exclusion à d'autres secteurs.

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

Inventaire des établissements assurant la mission

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

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

L'enveloppe totale affectée à la Lorraine s'élève à 2 097 538 €.

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

Socle minimum d'exigences de fonctionnement des PASS de Lorraine

Objectif des PASS

Permettre aux publics en précarité de bénéficier d'une prise en charge médicale et sociale au sein des établissements hospitaliers et accompagner le retour de ces personnes vers le système de droit commun.

Exigences minimales des PASS

Pour atteindre leurs objectifs, les PASS de la région font l'objet de modes d'organisation différents allant d'une unité individualisée au sein du centre hospitalier à l'intégration au sein du service social de l'établissement. Quelque soit le schéma d'organisation retenu, il importe que le service attendu, notamment en application de la circulaire du 17 décembre 1998 et des recommandations de la DHOS, soit rendu pour les usagers dans tous les établissements de la région titulaires d'une PASS. Il est donc demandé aux établissements de tout mettre en œuvre pour respecter les exigences minimales de fonctionnement ci-après définies relatives à :

- La visibilité de la PASS
- L'accueil du public précaire
- L'articulation de la PASS avec les autres services de l'établissement
- L'établissement de relations formalisées avec les partenaires externes de la PASS.

1) Visibilité de la PASS

La PASS doit être visible et accessible au sein de l'établissement tant pour le personnel que pour le public accueilli. Cela suppose :

- un lieu identifié, qu'il soit réservé à la PASS ou commun avec un autre service
- une signalétique au sein de l'établissement permettant l'accès à la PASS
- une communication sur la PASS au sein de l'établissement (affichage dans l'organigramme, communication dans les média internes...)
- une communication sur le rôle et le fonctionnement de la PASS à l'extérieur de l'établissement auprès des usagers et des partenaires locaux, dont les médecins de ville (plaquettes d'information, site Internet, réunions...).

2) Accueil du public précaire

Le public accueilli répond aux critères d'inclusion suivants : est susceptible de bénéficier de la PASS, toute personne présentant un problème de santé et au minimum un des problèmes suivants :

- rupture de lien social
- absence de logement stable ou logement précaire
- problème de couverture sociale
- difficulté d'accès ou de recours aux soins.

Il convient de veiller à ce que la PASS remplisse à la fois :

- une mission d'aide à l'ouverture de droits sociaux,
- un rôle d'accueil, d'écoute, d'accompagnement de la personne tout au long de son parcours à l'hôpital et d'orientation vers d'autres lieux de soins ou de prise en charge sociale adaptés.

Doivent être assurés :

- le repérage des personnes en difficultés à leur arrivée à l'hôpital, au niveau du bureau des entrées, du service des urgences et des autres services
- le moyen de communiquer avec un public étranger
- les modalités de prise en charge des patients en dehors des heures d'ouverture de la PASS
- le remplacement des personnels en cas de vacance de poste.
- l'accès à une consultation médicale au sein de la PASS ou au sein de l'hôpital suivant les cas
- l'accès à tous moyens d'investigation si nécessaire (laboratoire, radiologie...)
- l'accès si besoin à la pharmacie et la délivrance de médicaments
- le passage de relai auprès du référent social et/ou médical habituel du patient en vue d'une continuité de la prise en charge ou une orientation vers des structures prenant en compte la précarité de sa situation

Il convient de développer la formation :

- des personnels soignants et sociaux des PASS à la problématique des populations précaires
- de tous les services de l'hôpital à l'accueil de ces publics et au rôle de la PASS.

La PASS joue un rôle de référent au sein de l'établissement hospitalier concernant les difficultés particulières rencontrées par les personnes en précarité pour leur accès aux soins.

3) Articulation de la PASS avec les autres professionnels du centre hospitalier

Le fonctionnement de la PASS doit s'articuler avec les autres professionnels du centre hospitalier chargés du suivi sanitaire, social et administratif des patients : équipes de soins, pharmacie, service social de l'hôpital, bureau des entrées, services financiers...

Cela suppose au préalable qu'en interne, le fonctionnement de la PASS puisse s'appuyer sur la mobilisation d'acteurs-clé au sein de l'équipe de direction, du service social, de l'encadrement infirmier, de la CME afin de mobiliser l'ensemble des services à une meilleure prise en charge des publics précaires.

Il est nécessaire de définir le rôle de chacun, les modalités d'intervention et d'échanges et de prévoir les outils internes opérationnels qui seront utilisés pour les liaisons entre services, tels que :

- protocoles de repérage, de circulation, d'accompagnement, de suivi des personnes démunies
- protocoles d'accès aux médicaments, aux consultations, aux services spécialisés, aux services de soins de suite et réadaptation.

4) Etablissement de relations formalisées avec les partenaires externes

Pour mieux accueillir le public potentiel et favoriser la sortie et le retour vers le droit commun, il est nécessaire de structurer et de formaliser les liens avec les nombreux partenaires de la PASS, qu'ils relèvent du secteur social, médico-social ou des soins de ville sous la forme de :

- l'installation d'un comité de pilotage associant les acteurs externes stratégiques : Agence Régionale de Santé, Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations), Conseil Général (PMI notamment), centres communaux d'action sociale, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, SIAO(services intégrés d'accueil et d'orientation), centres locaux d'information et de coordination, ateliers santé ville, associations d'usagers, missions locales, assurance maladie, secteur de psychiatrie, médecins libéraux, dentistes, pharmaciens, lits halte soins santé, établissements de soins de suite...
- la conclusion de conventions avec les institutions ou associations-clé, prévoyant la définition de procédures ou de protocoles de prise en charge, de suivi ou de liaison avec les partenaires.
- l'animation ou la participation aux réseaux « santé- précarité » pouvant exister au niveau du territoire de la PASS.

PASS en psychiatrie

Il est nécessaire de :

- articuler le fonctionnement de la PASS en psychiatrie avec celui de l'équipe mobile de psychiatre
- établir des contacts avec les PASS des établissements autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, pour permettre l'accès aux soins somatiques des personnes pris en charge en psychiatrie
- constituer une fonction de référence au niveau de l'établissement, en appui des travailleurs sociaux rattachés aux services, dans la connaissance des publics en grande précarité, de leurs droits et modalités d'accompagnement, le traitement des dossiers d'accès aux droits ne devant pas relever exclusivement de la PASS.

PASS dentaires

Il est nécessaire de :

- proposer des soins dentaires ainsi que des prothèses dentaires
- développer l'accompagnement humain nécessaire pour amener à une prise en charge des populations éloignées des soins,

la consultation dentaire pour les personnes précaires pourra se développer à partir de plateaux techniques existants en utilisant les matériels et compétences disponibles dans les établissements concernés.

LES SOINS PALLIATIFS

Le SROS 3 fixait plusieurs objectifs en matière d'organisation de l'offre de soins palliatifs en Lorraine, et formulait des recommandations d'organisation visant à ce que ces objectifs soient atteints.

Au titre des objectifs généraux, il envisageait :

- la garantie sur tout le territoire d'une prise en charge palliative de proximité
- la garantie de la continuité de la prise en charge entre tous les intervenants (permettant d'éviter les ruptures de prise en charge et les changements de service)
- la qualité de la prise en charge
- la globalité de la prise en charge
- la diffusion de la démarche palliative dans l'ensemble du système hospitalier, médico-social et ambulatoire

Au titre des objectifs opérationnels, il évoquait :

- la contractualisation ARH
- la poursuite de la reconnaissance de LISP
- le renforcement et la création d'EMSP
- la création d'une USP par territoire de planification

Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, le SROS recommandait de veiller à :

- la bonne répartition sur le territoire des LISP et des EMSP
- la formation et la diffusion auprès des soignants et en ambulatoire des compétences en soins palliatifs
- le travail en collaboration entre les structures (EMSP, SSIAD, HAD, réseaux,...)
- l'organisation des interventions auprès des patients faisant l'objet d'une prise en charge palliative en ambulatoire au sein d'une cellule d'aide à l'organisation des soins de proximité (CAOSP),
- l'organisation d'une interface ville-hôpital
- l'évitement des passages aux urgences
- l'obligation faite aux médecins d'EMSP ou coordonnateurs de réseaux d'avoir un diplôme universitaire ou interuniversitaire.

A l'heure de l'élaboration du Plan Régional de Santé, force est de constater que les recommandations formulées dans le SROS ont été inégalement suivies : s'agissant de la répartition des dispositifs dédiés (USP, EMSP, LISP), elle semble aujourd'hui pertinente, à l'exception de 2 établissements (I). De même la formation des professionnels et la diffusion de la démarche palliative qui en découle semble en bonne voie (II). En revanche, la collaboration entre dispositifs de prise en charge reste à approfondir (III), de même que l'organisation des interfaces ville-hôpital et sanitaire/médico-social (IV).

I. Une répartition pertinente des divers dispositifs spécifiques de prise en charge

Depuis l'élaboration du SROS, le dispositif d'offre de soins palliatifs a évolué en Lorraine. Il s'articule aujourd'hui autour de :

- 2 USP
- 19 EMSP
- 267 LISP
- L'HAD
- Les réseaux de soins palliatifs
- L'intervention des Associations d'Accompagnement

Les Unités de Soins Palliatifs sont des structures de référence et de recours pour la prise en charge des soins, elles ont un rôle d'expertise et d'accompagnement. Elles contribuent à la permanence des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades hospitalisés et de leurs proches. Il est recommandé qu'une unité dispose d'une capacité de 10 lits. (cf : cahier des charges de la circulaire DHOS n°99 du 25 mars 2008).

2 Unités de Soins Palliatifs sont situées au CHU de Nancy (15 lits) et au CHR de Metz-Thionville (10 lits sur le site de Metz).

Si toutes les régions de France ont une USP, le nombre par région reste relativement inégal (moyenne régionale de 4). La Lorraine apparaît sous-dotée en unités. Compte tenu des distances, de l'accessibilité et des bassins de population, il est intéressant de créer deux unités supplémentaires : une en Moselle et une dans les Vosges, situées dans des établissements ayant une activité en cancérologie.

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants et qui ne pratique pas directement d'actes de soins. Elle exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé.

Elle doit intervenir également dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et diffuser une formation à la prise en charge palliative dans les établissements médico-sociaux. Actuellement, 63 conventions sont signées entre EMSP et EHPAD au sein de la région : 88% des EMSP et 23% des EHPAD.

Les activités extra hospitalières et le nombre de conventions signées avec les EHPAD seront des éléments pris en compte dans l'évaluation des équipes.

19 EMSP relèvent des établissements de santé suivants :

- Territoire 54 : AH Joeuf, Alpha Santé Mont-Saint-Martin, CH Toul, HL Pompey, CHU, Centre de Lutte contre le cancer A.Vautrin à Vandoeuvre, CH Lunéville.
- Territoire 55 : CH Verdun, CH Bar le Duc
- Territoire 57 : CHR (Sites de Metz et de Thionville), Hôpitaux privés de Metz, CH Creutzwald, CH Robert Pax Sarreguemines, CH Sarrebourg.
- Territoire 88 : CH Neufchâteau, CH Epinal, CH Saint-Dié, CH Gérardmer

Equipes spécialisées :

- 1 orientée oncologie celle du centre A.Vautrin
- 1 orientée pédiatrique située à l'hôpital d'enfants du CHU à labelliser.

L'objectif fixé au niveau national en matière de déploiement des EMSP est d'ores et déjà atteint et dépassé puisque la Lorraine compte 1 EMSP / 121 620 habitants (pour un objectif fixé à 1 EMSP / 200 000 habitants). Par ailleurs, les EMSP existantes sont bien réparties géographiquement : le territoire Nord en compte 9, contre 10 pour le territoire Sud, et la quasi-totalité des TSP sont couverts.

Sur le plan qualitatif, le constat est celui d'EMSP très hétérogènes, à la fois dans leur composition et dans leur activité.

Il convient donc de déterminer précisément, EMSP par EMSP, l'activité réalisée, de la mettre en miroir des moyens déployés et des effectifs dédiés afin d'évaluer les besoins restant à combler et d'adapter les moyens alloués à ces besoins (dans le cadre de la détermination des enveloppes MIG notamment).

En effet, particulièrement dans les territoires ruraux, les temps de trajet et la distance séparant les différentes structures susceptibles de bénéficier de l'intervention d'une EMSP rendent difficile son activité. En milieu urbain, le problème est le grand nombre d'établissements qui souhaiterait l'intervention d'une équipe.

Par ailleurs, il est observé que certains établissements disposant de structures dédiées à la prise en charge palliative des malades en fin de vie ne font plus appel aux EMSP.

Les EMSP regrettent aussi de n'être parfois sollicitées qu'en dernière limite (décès imminent), au terme de ce qui pourrait être qualifié d'« acharnement thérapeutique ». Une intervention plus en amont serait bénéfique, en terme notamment de confort du patient.

Il faut sensibiliser les soignants à la plus-value qu'apporte l'intervention des membres d'une EMSP qui exerce un rôle de tiers et dispose du recul nécessaire par rapport à l'équipe en charge du suivi direct du patient.

Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou à des décès fréquents mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.

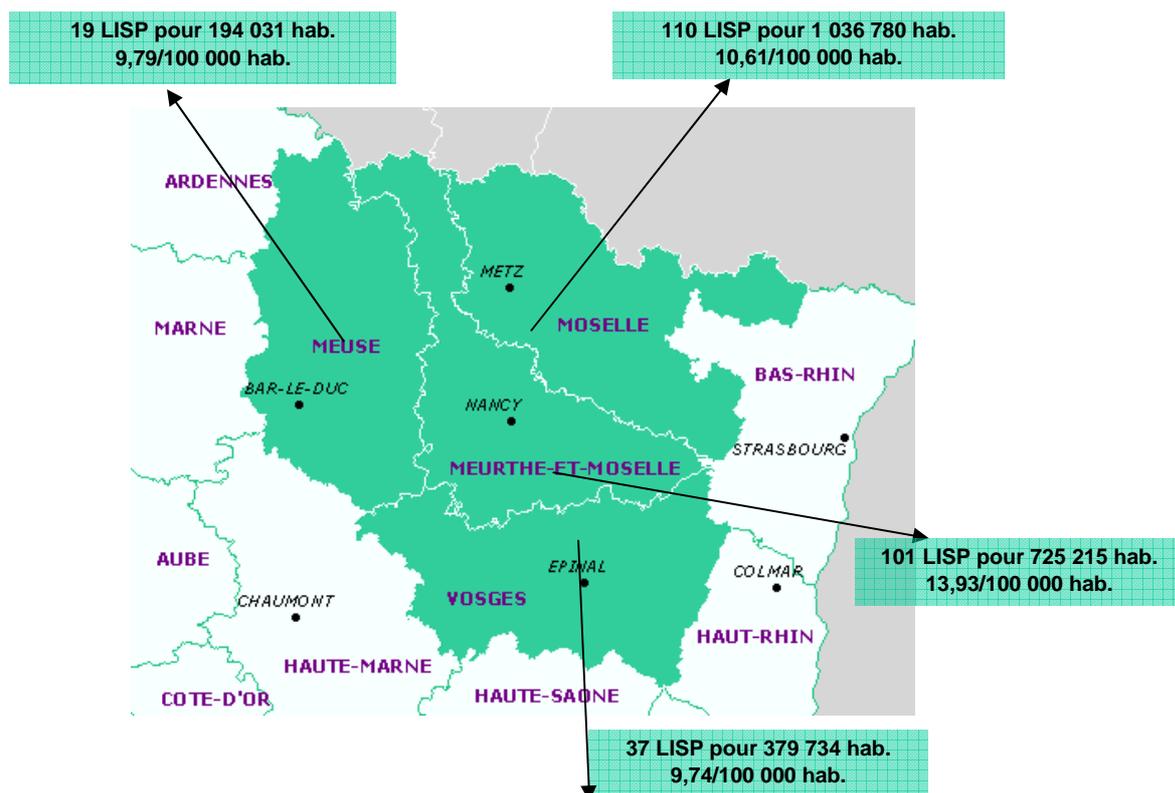
267 LISP dont 153 en court séjour et 114 en SSR ainsi répartis :

- Territoire 54 : CHU (21), CH Pont à Mousson (5) AH Joeuf (8), Alpha Santé Mont-Saint-Martin (7), HL Pompey (5), Centre de Lutte contre le cancer A.Vautrin à Vandoeuvre (12), Maison Hospitalière St Charles (6) Polyclinique Gentilly (8) CH St Nicolas de Port (5) 3 H Santé (5) SSR OHS Flavigny (13) MH Baccarat (6) TOTAL : 101 LISP
- Territoire 55 : CH Verdun (8), CH Bar le Duc (8) Ch Commercy (3) TOTAL : 19 LISP
- Territoire 57 : CHR (21 à Metz et 10 à Thionville), CH Robert Pax Sarreguemines (3), CH Sarrebourg (5) Clinique Ste Elisabeth Thionville (6) Alpha santé (2 à Thionville et 4 à Hayange) Hôpital Saint Maurice Moyeuve Grande (12) SSR Charleville sous Bois (10) SSR Longeville (10) Hospitalor (2 à St Avold, 2 à Forbach, 3 à Château-Salins) Creutzwald (5) CH Boulay (3) Hôpital de Freyming Merlebach (3) Hôpital St Joseph Sarralbe (7) Abreschviller (2) TOTAL : 110 LISP
- Territoire 88 : CH Neufchâteau (4),CH Vittel (2), HL Châtel (3) CH Epinal (2), CH Golbey (10) CH Saint-Dié (6), HL Raon l'Etape (2) CH Gérardmer (4) Ch Remiremont (4) TOTAL : 37 LISP

Pour mémoire, 5 LISP à l'Hôpital des armées Legouest à Metz.

En Lorraine, le taux d'équipement est de 11,55 LISP / 100 000 habitants. L'objectif de 10 LISP / 100 000 habitants est donc atteint et les lits sont relativement bien répartis, entre territoires : 13.93 pour le 54, 9.79 pour le 55, 10.61 pour le 57 et 9.74 pour le 88.

Répartition des LISP



Il semble cependant qu'au sein des territoires, les lits ne soient pas répartis au mieux, notamment au regard du nombre de situations de fin de vie auxquelles sont confrontés les établissements. A ce titre, le programme quadriennal de développement des soins palliatifs 2008-2012 préconisait en effet le développement des soins palliatifs au sein des structures hospitalières de court séjour en tenant compte du nombre de situations de fin de vie auxquelles avaient affaire lesdites structures.

L'objectif poursuivi était alors de favoriser la mise en place d'une offre de soins palliatifs adaptée au nombre de décès annuels constatés dans les établissements de santé, notamment en identifiant des lits de soins palliatifs dans les établissements où sont comptabilisés plus de 200 décès par an : 2 Centres Hospitaliers sont concernés par ce problème et ne disposent pas de LISP. (Briey et Lunéville)

Les modalités d'exercice de l'activité de soins palliatifs sont très variables d'un établissement à l'autre, notamment en ce qui concerne le suivi de référentiels ou de guides de bonnes pratiques, les modalités d'implication des proches dans la démarche de soins, les modes d'admission des patients, le niveau de formation des agents, la formalisation et la mise en œuvre de coopérations avec d'autres dispositifs de prise en charge palliative, ou encore les conditions matérielles de déploiement des LISP (aménagement d'espaces d'accueil des proches, ...).

Il convient de s'assurer que le référentiel d'organisation des Soins relatif aux LISP (qui figure en annexe 1 de la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs) est connu et suivi par l'ensemble des établissements disposant de LISP.

Cette évaluation quantitative et qualitative de l'activité de soins palliatifs devrait permettre le redéploiement de LISP vers les 2 établissements cités ci-dessus : CH Briey et Lunéville.

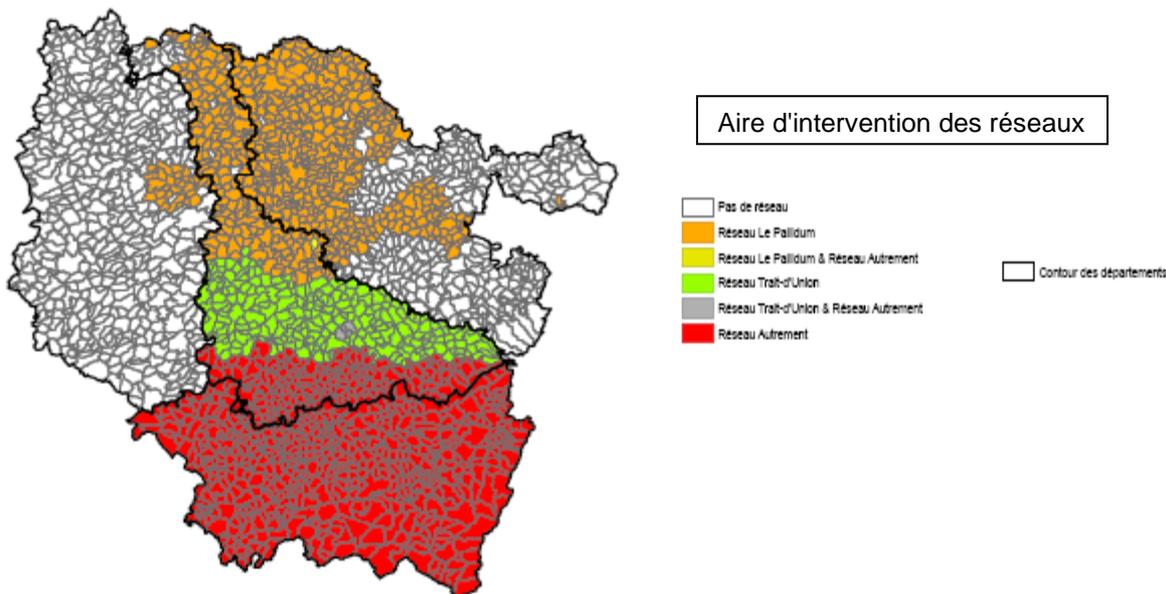
La prise en charge palliative se caractérise par des spécificités :

- Elle se révèle chronophage (temps de présence au chevet du patient, accompagnement des proches, etc...)
- Elle nécessite d'appréhender le malade dans sa globalité, incluant les aspects physiques, psychologiques, mais aussi sociaux, religieux ou encore philosophiques.

Les modalités de fonctionnement des LISP révèlent la difficulté de prise en compte de ces spécificités :

- Les personnels intervenant en LISP sont amenés à exercer à la fois une activité de prise en charge palliative et une activité curative. Les soignants soulignent le manque de moyens humains nuisant à la qualité de prise en charge du patient. Cela peut susciter des difficultés de positionnement des personnels et ce, d'autant plus qu'il convient de concilier l'objectif de proximité c'est-à-dire la prise en charge du patient en fin de vie dans un service où il a reçu des soins curatifs avec les spécificités des soins palliatifs.
- L'articulation de la prise en charge palliative avec d'autres modalités de suivi (notamment gériatrique) rend difficile l'évaluation exhaustive de l'activité réalisée en LISP et n'est pas toujours suffisamment valorisée.
- L'interdisciplinarité de la prise en charge en LISP est à privilégier.

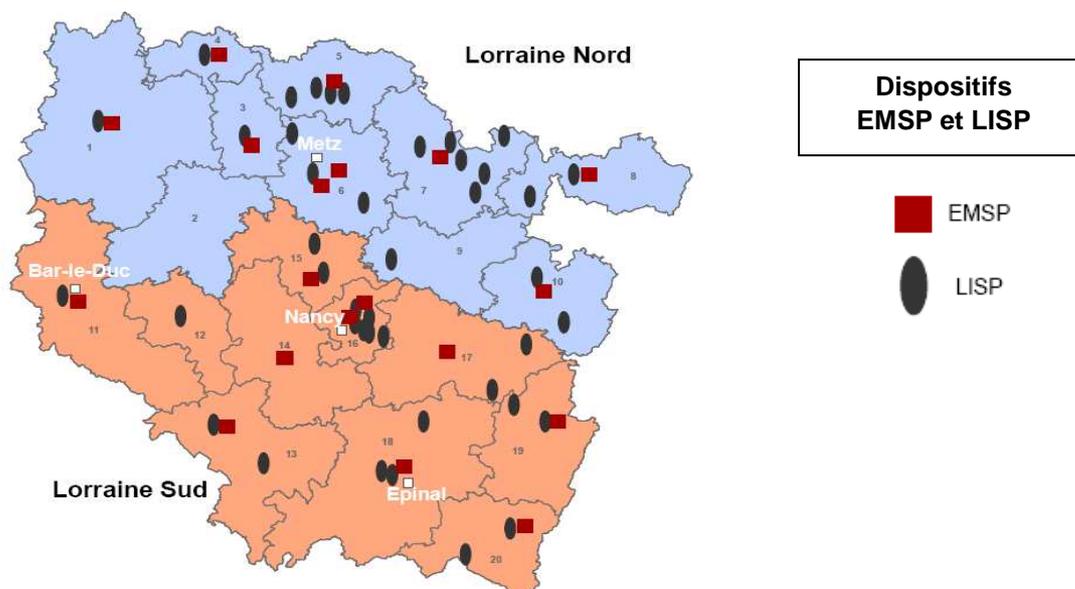
Enfin, le domicile doit pouvoir être le lieu de la fin de vie quand cela est souhaité par la personne malade. 70 % des français le souhaitent et 30 % seulement accèdent à ce souhait. Les **structures d'hospitalisation à domicile** (13) et les 3 **réseaux de soins palliatifs** : 2 en Meurthe-et-Moselle (Trait d'union et Autrement) et 1 en Moselle (Pallidum), participent à cette prise en charge aux côtés des médecins traitants, des pharmaciens d'officines, des infirmiers libéraux...



Le rôle des **associations d'accompagnement** dans le dispositif est important. Il existe aujourd'hui une association basée sur Metz-Thionville, l'association Pierre Clément Lorraine, une à Nancy (l'association « Accompagner »), une en Meuse (Accompagner en Meuse – ASP) et une dans les Vosges (ASP Ensemble – UNASP).

La situation est variable selon les associations considérées : certaines font état de difficultés de recrutement tenant au caractère usant de la thématique, ainsi que de difficultés de reconnaissance de leur travail et de leur intervention par les professionnels des services dans lesquels elles ont vocation à intervenir auprès des malades en fin de vie. Le conventionnement des établissements disposant de structures spécifiques de prise en charge palliative, et notamment de LISP, avec de telles associations, de même que l'intégration des bénévoles d'accompagnement à la prise en charge, n'est pas encore effectif partout. Les établissements et les structures doivent être sensibilisés à l'importance de l'intervention des bénévoles d'accompagnement, complémentaire à celle des soignants et autres professionnels du champ de la médecine palliative.

Les différents dispositifs dédiés à la prise en charge des soins palliatifs (LISP, EMSP, USP, HAD, réseaux) sont conçus comme complémentaires les uns des autres et doivent intégrer une démarche partenariale avec les autres services hospitaliers mais également les médecins traitants et les autres professionnels de santé de proximité : les pharmaciens d'officines, les infirmiers libéraux...



II. La formation des professionnels

S'agissant de la formation initiale, 5 services sont habilités pour accueillir des internes du DESC Soins Palliatifs.

S'agissant de la formation continue, elle s'articule principalement autour d'un DIU Soins Palliatifs qui ne concerne que Nancy et du CISPAD (Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur), formation d'un an proposée par le CHR de Metz, moins contraignante que le DIU, touchant plus de professionnels mais non diplômante. Elle intéresse pour l'instant Metz, Thionville et Epinal.

Un projet de Master 1 et 2 va être mis en œuvre en 2012 avec les facultés de Besançon, Strasbourg, Dijon et peut-être Reims.

COLORDSPA¹⁰ est une association dont les principaux objectifs sont la promotion de la prise en charge des soins palliatifs, de la douleur et des soins de support, en établissements et à domicile. Elle regroupe des professionnels hospitaliers ou libéraux, médicaux ou non médicaux et participe au travers de ses membres à la formation des professionnels.

Les formations plus courtes et ponctuelles, touchant plus de professionnels, sont également déterminantes pour la diffusion de la culture palliative à l'ensemble des professionnels. Dispensées notamment par des membres d'EMSP ou des professionnels des soins palliatifs, elles doivent continuer à être promues.

A noter qu'il existe depuis 1995 des Journées Lorraines des Soins Palliatifs organisées à Thionville tous les deux ans. Elles rassemblent un millier de soignants de France, de Belgique et du Luxembourg.

III. Une collaboration entre dispositifs à renforcer

Les collaborations entre dispositifs sont importantes et doivent être réellement mises en œuvre. Il convient notamment de s'assurer que des coopérations sont prévues entre services disposant de LISP et EMSP afin que la prise en charge du patient soit la meilleure possible. Pour favoriser l'accès aux compétences, des personnes ressources sont à identifier et à former pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux.

IV. Des interfaces ville/hôpital et sanitaire/médico-social à renforcer

Il est essentiel que le parcours de soins du patient soit le plus fluide possible et que celui-ci puisse bénéficier de la prise en charge répondant de manière adéquate à ses attentes et besoins, où qu'il soit (en établissement sanitaire, médico-social, ou à domicile). Cela implique des interfaces clairement formalisées et un travail en réseau des différentes structures en présence. Ces collaborations restent à approfondir.

¹⁰ COordination LORraine Douleur Soins Palliatifs Accompagnement

LES SOINS DE SUPPORT

LES SOINS de SUPPORT

La mesure 42 du plan cancer prévoit le développement des soins de support c'est-à-dire l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques tout au long de leur maladie. Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité mais ils se définissent comme une organisation coordonnée qui répond aux besoins des patients et de leur entourage pour prendre en compte principalement : la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels et digestifs, la souffrance psychique, les problèmes odontologiques, les perturbations de l'image corporelle, les difficultés sociales, la réadaptation fonctionnelle et les soins palliatifs. L'analyse des besoins de soins de support peut être réalisée dès l'annonce du diagnostic et à tout moment de la maladie.

Le décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer stipule que l'établissement doit organiser l'accès aux soins de support sur site ou par convention.

Lors des visites de conformité réalisées en 2011 dans le cadre des autorisations de traitement de cancer, il a été vérifié que les 32 établissements (dont 1 site devrait améliorer ce point) de la région lorraine proposaient des soins de support à leurs patients sur site ou par convention.

L'organisation des soins de support des patients à domicile associe non seulement les médecins traitants mais aussi tous les autres professionnels intervenants. La coordination de cette prise en charge globale du patient doit se faire par l'intermédiaire des réseaux de proximité en partenariat avec les cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité (permanence téléphonique dans un établissement de traitement du cancer).

L'accès aux soins de support devrait être étendu à d'autres maladies chroniques graves et facilité par la collaboration entre réseaux régionaux, entre réseaux régionaux et réseaux territoriaux.

L'EVALUATION ET LE SUIVI DU VOLET

Le principe de constituer un groupe de suivi du volet a été acté. Il sera composé des membres du groupe d'experts qui ont participé aux réflexions du présent volet et de l'ARS. Il sera consulté à différentes étapes de la réalisation des objectifs.

SANTE DES PERSONNES DETENUES

I. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)

10 établissements pénitentiaires, 9 lorrains et un situé en Alsace :

Établissements pénitentiaires	Capacités	Rattachement somatique	Rattachement psychiatrique
Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxéville	690	CHU Nancy	CHS Laxou
Centre de détention de Toul	429	CH Toul	CHU Nancy
Centre de détention d'Écrouves	271	CH Toul	CHU Nancy
Centre de détention Montmédy	328	CH Verdun	CH Verdun
Centre de détention Saint-Mihiel	401	CH Bar-le-Duc	CHS Fains Veel
Maison d'arrêt Bar-le-Duc	73	CH Bar-le-Duc	CHS Fains Veel
Centre Pénitentiaire Metz	483	CHR Metz	CHS Lorquin
Maison d'arrêt Sarreguemines	71	CH Sarreg.	CHS Sarreg.
<i>Centre de détention Oermingen* (établissement alsacien)</i>	263	CH Sarreg.	CHS Sarreg.
Maison d'arrêt d'Épinal	289	CH Épinal	CHS Ravenel

1) Offre de soins :

Soins somatiques

Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) des 7 établissements publics de santé lorrains sont rattachées pour la majorité d'entre elles au service des «urgences-réanimation», alors que la pratique médicale se rapproche plus de la médecine interne.

Si la présence médicale est jugée globalement satisfaisante, il reste quelques UCSA, où elle paraît fragile, assurée par des médecins libéraux, parfois déjà retraités. La permanence des soins est plus tendue : soit les astreintes médicales sont mutualisées avec celles du service hospitalier auquel l'UCSA est rattachée, soit elles sont assurées par les médecins (hospitaliers et/ou libéraux) intervenant en son sein. De plus, dans certains cas, les nuits et week-end sont assurés par le recours au SAMU.

En dehors des heures d'ouverture de l'UCSA, l'urgence est systématiquement appréciée par le surveillant.

Le recours à des consultations spécialisées est très variable d'un établissement à l'autre. Il est effectué au cours d'« extractions médicales » à l'hôpital de proximité, assurées par le personnel pénitentiaire. Lorsqu'elles ne nécessitent pas l'utilisation d'un plateau technique ces consultations pourraient être réalisées avec l'aide de la télémédecine.

Le vieillissement de la population carcérale et la création de cellules adaptées au handicap ont nécessité l'intervention de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) notamment au CP de Nancy-Maxéville et au CD de Toul.

Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues organise les hospitalisations programmées des détenus de l'est de la France à l'UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale) du CHU de Nancy d'une capacité de 17 lits, suffisante aux besoins.

Soins bucco-dentaires

La moitié des entrants ont une santé bucco-dentaire dégradée dont bon nombre nécessitent des soins en urgence. Toutes les UCSA ont un temps de présence de dentiste, parfois inférieur aux préconisations. Les interventions d'aides-soignants ou d'assistants dentaires permettent d'optimiser ces soins.

Psychiatrie

Les soins psychiatriques en prison sont confiés à un établissement de santé psychiatrique pour les consultations de psychiatres, psychologues, entretiens infirmiers et les activités thérapeutiques à temps partiel, de groupe. Du fait de la démographie, notamment médicale, toutes les équipes de santé mentale ne peuvent assurer ce dernier type d'activité.

Au CP de Metz, Le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) rattaché au CHS de Lorquin assure les soins psychiatriques de proximité et dispose de 24 places d'hospitalisation de jour, destinées à la prise en charge des détenus de la région qui le nécessitent. Le SMPR assume ainsi un rôle de recours et d'animation régional. Néanmoins, ce recours à l'HDJ du SMPR est très ponctuel et l'essentiel de son recrutement est local.

Au regard des ratios préconisés dans ce volet du SROS, on constate une insuffisance de temps de psychiatres sur quasiment toutes les UCSA, avec des situations criantes aux UCSA de Saint-Mihiel, Montmédy, Toul, Écrouves. Il en est de même avec les temps de psychologues, avec une insuffisance plus marquée à Saint-Mihiel et Toul.

A noter la mise en œuvre, attendue pour fin 2011, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du CPN Laxou, d'une capacité totale de 40 lits pour les détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique complète. Les soins somatiques y seront organisés par convention avec le CHU de Nancy.

Addictions

Les consultations en addictologie sont très inégalement assurées. Des coopérations entre UCSA et CSAPA fonctionnent bien, c'est le cas de Bar-le-Duc et Épinal. D'une manière générale, il faut protocoliser les interventions du CSAPA, de l'UCSA et de l'équipe psychiatrique, pour la prise en charge des consommations d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de produits de substitution aux opiacés et des mésusages de médicaments.

2) Prévention/Promotion de la Santé

Les programmes d'éducation pour la santé restent inégalement appliqués en Lorraine. Le personnel des UCSA, face aux files actives de patients et aux consultations médicales croissantes (+ 4.78 % entre 2008 et 2009), concentre plus particulièrement son action sur le soin proprement dit plutôt que sur la prévention et la promotion de la santé. Ce qui est fortement regrettable pour une population fortement précarisée et qui a jusqu'alors connu un accès limité aux soins et à la santé. En effet, ces activités favorisent une certaine resocialisation et peuvent constituer un facteur de prévention du suicide.

3) Accès aux droits

Concernant la protection sociale des personnes détenues, ses difficultés sont constatées pour régulariser et assurer la continuité des droits, et également les affilier à la CPAM.

A noter également une multitude d'acteurs : établissements pénitentiaires, CPAM, établissements hospitaliers.

Des permanences sont organisées par les CPAM afin d'assurer une continuité dans l'accès aux droits des personnes détenues, depuis leur incarcération jusqu'après leur sortie.

4) **Formation**

La prise en charge sanitaire pénitentiaire implique une connaissance réciproque des métiers et prérogatives de chacun :

- formation des personnels soignants arrivant en UCSA aux spécificités pénitentiaires et judiciaires,
- formation des personnels pénitentiaires aux problématiques de santé des détenus (troubles psychiques, prévention du suicide...).

L'exercice des soins en milieu pénitentiaire ne présente pas une forte attractivité auprès des personnels soignants, notamment les médecins et les infirmiers. Une ouverture de terrain de stages au cours de la formation initiale permettrait de sensibiliser les étudiants.

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION DIAGNOSTIC PRENATAL

Ces deux activités sont à rattacher au volet Périnatalité du SROS lequel recouvre l'ensemble des prises en charge autour de la grossesse et de la naissance avec les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, ainsi que la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Si un lien étroit existe avec le volet Périnatalité, ces deux activités font l'objet, depuis le SROS 3, en région Lorraine, d'un volet spécifique.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) et le diagnostic prénatal (DPN) sont encadrés par la loi de bioéthique révisée le 7 juillet 2011.

1. Assistance médicale à la procréation

1.1. Cadre réglementaire

L'assistance médicale à la procréation est définie par les articles L. 2141-1 et suivants du code de la santé publique. Elle couvre les « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ».

Depuis la révision de la loi de bioéthique intervenue le 7 juillet 2011, les activités d'AMP sont soumises à un régime d'autorisation de droit commun : l'ARS autorise les structures pour la réalisation d'activités cliniques ou biologiques d'AMP et apprécie la compétence des praticiens chargés de cette activité. L'agrément des praticiens était antérieurement accordé par l'Agence de la Biomédecine. Cette structure conserve cependant un rôle important : elle évalue les activités médicales et biologiques, peut diligenter des missions d'appui et de conseil et proposer des recommandations.

L'avenant n°1 du SROS 3, arrêté le 31 mars 2008, avait pour principal objet la révision des objectifs quantifiés d'AMP et de DPN en termes d'implantation pour tenir compte de la publication des nouveaux textes, notamment le décret n°2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le code de la santé publique.

Le décret n° 2008-588 du 19 juin 2008 transposant en matière de don de gamètes et d'assistance médicale à la procréation la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 a modifié la liste des activités cliniques et biologiques d'AMP. Ces changements n'ont modifié ni la durée des autorisations ou des agréments délivrés avant l'entrée en vigueur de ce texte ni la date d'échéance de ces autorisations ou agréments. Ils soulignent les activités réalisées dans le cadre d'un traitement intraconjugal et les activités liées au don.

Les nouvelles dispositions de la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011 concernent :

- les conditions de recours à l'AMP (affirmation de la finalité médicale de l'AMP, suppression de toute référence au statut juridique du couple, suppression du caractère exceptionnel de l'accueil d'embryons) ;
- le don de gamètes (maintien de l'anonymat du don de gamètes, conditions relatives au donneur, autorisation d'absence de l'employeur pour la donneuse d'ovocytes, contrôle de la conservation des données, information des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens) ;
- la conservation des embryons (la mise en œuvre de l'AMP doit privilégier les pratiques et les procédés qui permettent de limiter le nombre d'embryon conservés, conservation des embryons limitée à ce qui est strictement nécessaire pour la réussite de l'AMP) ;
- les autorisations des procédés biologiques (avec l'autorisation de la congélation ultra-rapide des ovocytes) ;

- l'agrément des praticiens.

Les activités cliniques et biologiques d'AMP comprennent (Art. R. 2141-1 CSP) :

1° Les activités cliniques suivantes :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

2° Les activités biologiques suivantes :

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

Les conditions de réalisation de ces activités sont précisées par l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

1.2. Bilan des autorisations

La région dispose de 4 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et 2 établissements privés. Les activités biologiques sont réalisées dans un établissement public (Maternité régionale) et 6 laboratoires d'analyses médicales.

Centres clinico-biologiques d'AMP :

- Nancy : - Maternité régionale universitaire ;
- Polyclinique Majorelle + Laboratoire Atoutbio ;
- Metz : CHR Metz-Thionville + Laboratoire Espacebio
- Epinal : Clinique l'Arc en ciel + Laboratoire Analysis

Toutes les activités du décret ont été traduites en termes d'implantation dans le SROS 3 dans lequel la région était découpée en deux territoires Nord et Sud. Cependant, il est constaté des différences entre les deux territoires : ainsi pas d'autorisation accordée, faute de promoteur, dans le Nord pour l'activité clinique de mise en œuvre de l'accueil des embryons ; pas d'autorisation prévue dans le Nord pour l'activité biologique de recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don. Par ailleurs, certaines activités ne sont réalisées que dans une structure, la Maternité régionale ou ne sont pas mises en œuvre. Les deux tableaux ci-dessous présentent le détail des activités autorisées par département, découpage correspondant aux nouveaux territoires de santé.

Activités cliniques :

OQOS IMPLANTATIONS AMP (Activités cliniques)		Nombre d'implantations Activités clinique AMP					Nombre d'implantation / territoire
		POC	PS	TEM	POD	AE	
TS 55							0
TS 54	NANCY - Polyclinique Majorelle	1		1			2
	NANCY - Maternité régionale						
TS 57	METZ - CHR Metz - Thionville	1	1	1	1		1
TS 88	EPINAL - Clinique l'Arc en ciel	1		1			1
Région lorraine		4	2	4	2	1	4

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

Activités biologiques :

OQOS IMPLANTATIONS AMP (Activités biologiques)		Nombre implantations Activités biologiques AMP						Nombre d'implantation / territoire	
		IA	FIV	RCS	PCO	CAG	CEP		CEA
TS 55	BAR LE DUC - LABM MONVOISIN	1							1
TS 54	NANCY - LABM ATOUTBIO	1	1			1	1		3
	NANCY - LABM ATOUTBIO (2è site)	1							
	NANCY - Maternité régionale	1	1	1	1	1	1	1	
TS 57	METZ - LABM ESPACEBIO	1	1		1	1	1		2
	SARREGUEMINES - LABM MEDILAB EST	1							
TS 88	EPINAL - LABM ANALYSIS	1	1				1		1
Région lorraine		7	4	1	2	3	4	1	7

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

1.3. Activité des centres et des laboratoires d'AMP

La part des naissances issues de l'AMP en Lorraine (toutes techniques confondues) est supérieure à 2,30 %.

Nombre de tentatives et nombre d'enfants nés vivants :

TECHNIQUE	France 2008			Lorraine 2008			Lorraine 2009		
	Tentatives	Enfants nés vivants	%	Tentatives	Enfants nés vivants	%	Tentatives	Enfants nés vivants	%
Intraconjugal									
IIU	48 898	5 308	11%	2 170	229	11%	2 128	229	11%
FIV hors ICSI	19 327	4 160	22%	432	81	19%	398	82	20%
ICSI	31 161	7 423	24%	854	189	22%	958	192	20%
TEC	15 460	2 029	13%	591	72	12%	636	92	16%
Spermatozoïdes de donneur									
IIU	3 775	623	17%	194	36	19%	132	21	20%
IIC	692	90	13%	-	-	-	32	3	10%
FIV hors ICSI	462	116	25%	7	4	57%	3	1	20%
ICSI	584	170	29%	28	7	25%	30	13	43%
TEC	322	56	17%	15	3	20%	20	5	23%
Don d'ovocytes									
FIV hors ICSI	199	51	26%	2	1	50%	7	-	0%
ICSI	312	66	21%	-	-	-	2	2	100%
TEC	231	28	12%	1	-	0%	-	-	-
Accueil d'embryons									
	92	16		-	-		-	-	
TOTAL	121 515	20 136	17%	4 294	622	14%	4 346	639	15%
Nb tentatives/millier de femmes 18-45 ans	10,23			9,91			10,12		
Naissances / ensemble		2,44%			2,30%			2,40%	

Activités des centres :

Structure	2008					2009				
	IA	FIV	TEC	Total	% Act	IA	FIV	TEC	Total	% Act
Nancy – Maternité	536	269	172	977	22,75	421	310	180	911	20,96
Nancy – Majorelle + Atoutbio	462	323	147	932	21,70	438	310	148	896	20,61
LABM Monvoisin	61			61	1,42	46			46	1,05
Metz	899	596	276	1771	41,24	1063	623	316	2002	46,06
LABM Dory	124			124	2,89	80			80	1,84
Epinal	282	135	12	429	9,99	244	155	12	411	9,45
Total	2364	1323	607	4294	100	2292	1398	656	4346	100

L'activité d'AMP est globalement stable sur la région comme le révèlent les derniers éléments d'activité 2008 et 2009 avec cependant une forte croissance pour le centre de Metz. Ces données d'activité sont très voisines de celles recueillies en 2003 dans le cadre de l'élaboration du SROS3 2006-2011. L'activité est réalisée essentiellement en intraconjugal ; les inséminations artificielles, FIV et ICSI réalisées avec don de gamètes représentent environ 6 % de l'activité totale. La part relative des inséminations artificielles, bien que représentant près de la moitié de actes, est en baisse et pour la FIV la technique ICSI augmente.

Caractéristiques des FIV :

Age des femmes à la ponction	France	Lorraine
< 30 ans	19,6%	25,1%
30-34 ans	33,5%	32,2%
35-37 ans	21,7%	21,3%
38-40 ans	12,0%	11,8%
>= 40 ans	13,2%	9,7%
Techniques		
Part des ponctions réalisées en ICSI	61,6%	70,8%
Part des ponctions réalisées en culture prolongée	14,3%	4,5%
Don de gamètes et d'embryons		
Part des tentatives réalisées avec les spermatozoïdes d'un donneur	2,0%	2,6%
Part des tentatives réalisées avec les ovocytes d'une donneuse	1,1%	0,4%
Part des tentatives réalisées avec les embryons d'un couple donneur	0,1%	
Prise en charge du risque viral		
Part des tentatives réalisées en contexte viral VIH	0,6%	
Part des tentatives réalisées en contexte viral VHB/VHC	1,0%	1,2%

Don de gamètes et accueil d'embryons :

Don de spermatozoïdes	France	Lorraine
Donneurs acceptés dont le sperme a été congelé dans l'année	285	14
Couples ayant effectué au moins une tentative d'AMP	2 644	110
Don d'ovocytes		
Ponctions réalisées dans l'année	265	5
Nouvelles demandes acceptées	753	8
Receveuses ayant bénéficié d'un don d'ovocytes	469	8
Accueil d'embryons		
Couples donneurs dont les embryons ont été accueillis	86	22
Couples receveurs ayant bénéficié d'un accueil d'embryons	89	

Autoconservation de gamètes et de tissus germinaux :

Spermatozoïdes	France	Lorraine
Nouvelles autoconservations (patients)	5 523	132
Autoconservations au 31/12 (patients)	39 450	3 349
Ovocytes		
Nouvelles autoconservations (patients)	17	
Autoconservations au 31/12 (patients)	85	
Tissus testiculaires		
Nouvelles autoconservations (patients)	99	2
Autoconservations au 31/12 (patients)	352	28
Tissus ovariens		
Nouvelles autoconservations (patients)	224	4
Autoconservations au 31/12 (patients)	1006	28

Conservation d'embryons au 31/12/2009 :

	France	Lorraine
Embryons conservés	165 591	6 614
Couples dont les embryons sont en cours de conservation	47 587	1 660

Agrément des praticiens :

Activité cliniques : les centres possèdent au moins deux praticiens agréés (19 au total). Toutefois, cet agrément couvre rarement les 5 modalités de l'activité d'AMP ce qui explique en partie la non mise en œuvre des activités autorisées. Une formation spécifique est indispensable pour certaines modalités d'activité (accueil d'embryon, don d'ovocyte notamment).

Activités biologiques : les praticiens agréés sont en nombre équivalent (18) mais le laboratoire de Bar-le-Duc ne dispose que d'un praticien agréé pour l'activité de traitement du sperme en vue d'une IA.

1.4. Bilan du SROS 3

Objectifs SROS 3	Bilan / Observations
<p>Objectifs généraux Offrir aux couples engagés dans une procédure d'AMP un environnement adapté et de qualité</p> <p>Objectifs opérationnels Assurer la sécurité et la qualité des soins Développer le travail en réseau Améliorer l'évaluation des structures</p> <p>Recommandations d'organisation</p> <p>Accessibilité Maintien des 4 centres de FIV actuels Maintien de l'activité des 7 laboratoires assurant le recueil et traitement du sperme en vue d'insémination Mise en œuvre de l'activité relative au don d'embryon Mise en œuvre du recueil par ponction de spermatozoïdes au centre de FIV d'Epinal dans un souci de prise en charge de proximité</p> <p>Sécurité / Qualité Respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique Mise en œuvre des recommandations réglementaires de bonnes pratiques pour la stimulation ovarienne Présence systématique du biologiste lors du recueil par ponction de spermatozoïdes en vue d'une exploration gonadique bilatérale si nécessaire et d'une éventuelle cryoconservation Inscription des structures autorisées dans une démarche qualité d'accréditation (deuxième version) ou de certification</p> <p>Continuité Agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée</p> <p>Globalité Unité de lieu de prise en charge clinico-biologique pour la FIV Prise en charge psychologique adaptée dans le cadre d'une coopération étroite entre gynécologues, psychologues et psychiatres</p> <p>Adaptation de l'offre / Alternatives Prise en charge des couples en hospitalisation de jour ou en ambulatoire à privilégier</p> <p>Coopérations / Réseaux Travail en réseau entre les professionnels de l'AMP et le réseau périnatal Travail en réseau entre l'ensemble des structures autorisées en vue de projets de recherche communs, du développement de techniques nouvelles, pour la prise en charge des patients séropositifs, pour les dossiers difficiles Travail en réseau entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intraconjugale avec utilisation par tous les praticiens du document élaboré par les professionnels de la région.</p> <p>Prévention Accompagnement psychologique adapté des couples</p> <p>Télé médecine et système d'information Mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir Gestion informatisée de l'activité régionale au sein d'un réseau à développer entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intra conjugale</p> <p>Formation Développer le travail en réseau entre structures autorisées en vue de l'amélioration de la qualité en matière de formation</p>	<p>Eléments de diagnostic :</p> <p>Existence d'une offre publique et privée sur la région qui comporte l'ensemble des autorisations et agréments existants. L'offre est suffisante pour couvrir les besoins. Cependant, l'activité AMP régionale est stagnante sur le plan quantitatif, malgré une demande croissante et la population régionale fait appel à une offre strasbourgeoise, luxembourgeoise, belge ou espagnole ...</p> <p>De plus, certaines activités ne sont pas ou peu mises en œuvre au niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic préimplantatoire ; - Prise en charge des patients VIH +, VHB +, VHC + ; - Don d'ovocyte ; - Accueil d'embryon (activité autorisée mais non mise en place). <p>Il est à souligner la qualité de la prise en charge en région des couples demandeurs avec en particulier un accompagnement psychologique global (enquête de satisfaction).</p> <p>L'AMP est une activité chronographe, mal valorisée d'après les équipes, dans un contexte contraint pour les établissements.</p> <p>Enfin, certains praticiens sont agréés à Metz alors que l'activité biologique est autorisée à Nancy ce qui implique la nécessité de formation et/ou de recrutement/coopération.</p> <p>Il est à noter qu'il existe au niveau de la région une réelle dynamique des acteurs publics et privés prêts à des coopérations et adhérant aux orientations de structuration de l'offre existante en matière d'AMP, de développement du travail en réseau, de mise en œuvre de nouvelles activités. Il importe de conforter le dispositif actuel tout en visant à l'amélioration de la prise en charge individuelle des patients, d'assurer une meilleure utilisation des moyens disponibles et de maintenir une accessibilité suffisante</p>

1.5. Orientations

Elles sont adossées :

- au bilan contrasté du SROS3 ;
- à l'évolution des demandes des couples ;
- à la recherche de réponses adaptées (proximité, nouvelles modalités ...)
- à l'évolution des technologies (vitrification ...)
- au nécessaire respect du cadre légal et réglementaire ;
- au souci de l'ARS d'accompagner la dynamique régionale des acteurs et leur coordination (professionnels du public et du privé) ;
- à la volonté d'optimisation des compétences et des ressources existantes.

Objectifs opérationnels :

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

Constat : diminution de l'activité régionale AMP sur 5 ans (13 % de l'activité réalisée au CMCO de Strasbourg correspond à des patients lorrains), faible activité en contexte viral, très faible activité de don d'ovocytes et d'accueil d'embryons prévue au SROS3. Le bilan de cette activité permet de noter : une démarche de qualité traduite par des résultats et une enquête de satisfaction auprès des usagers très favorables, une prise en charge psychologique de qualité, une dynamique de cette activité dans le secteur privé (Metz, Nancy, Epinal) mais une absence de professionnels dédiés uniquement à cette activité à la Maternité régionale, une absence de locaux adaptés et des moyens insuffisants pour développer cette activité dans un contexte budgétaire contraint.

- Soutenir et promouvoir l'activité FIV-AMP sur les quatre sites lorrains (Nancy, Metz, Epinal) afin d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en tenant compte de la population des femmes en âge de procréer.

- Faciliter les coopérations Metz-Nancy pour cette activité (mise à disposition de compétences de professionnels sur les deux sites).

- **Structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP**

- Organiser l'activité d'AMP en réseau au sein de la région entre les établissements publics et privés en tenant compte de la réglementation existante renforcée par la loi de bioéthique révisée du 07 juillet 2011 : charte de fonctionnement, analyse les différents types d'activité AMP et de l'offre proposée, répartition en fonction de la demande, de critères géographiques et de la technicité des activités, documents communs et partagés, identification d'un comité coordonnateur ... toutes réflexions à mener en lien avec l'Agence de Biomédecine

- Formaliser les complémentarités entre établissements par des conventionnements en s'appuyant sur les compétences existantes publiques et privées dans un souci de partage des connaissances techniques, de démarche qualité, d'AMP vigilance et d'efficience

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

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

Cet accueil ne peut se faire que dans des conditions précises fixées par les textes.

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

- Faciliter les réunions de concertation entre les acteurs concernés (Maternité régionale, praticiens agréés, laboratoires concernés) en lien avec l'ARS, l'ABM et le TGI

- Réaliser la mise en œuvre de cette activité et de ses différentes étapes selon un calendrier préétabli : Recensement des embryons qui pourraient être accueillis (état des projets parentaux pour les embryons actuellement conservés), accord des centres qui n'ont pas l'autorisation à mettre à disposition du centre autorisé les embryons concernés (convention à réaliser portant sur le déplacement des embryons, la constitution et la transmission des dossiers, la prise en charge des couples ...), convention entre le centre d'accueil et tous les centres AMP, organisation de l'ensemble des étapes du processus accueil d'embryons, liaison avec le TGI, information sur cette nouvelle activité ...

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

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

- Lever les obstacles à la mise en œuvre de cette activité (réglementation, activité chronophage, peu rémunérée ...) dans le respect du cadre légal et faciliter les collaborations public-privé au niveau des quatre centres régionaux d'AMP (Nancy, Metz, Epinal)

- S'appuyer sur la collaboration émergente public/privé pour développer l'activité de don d'ovocyte

- Favoriser la formation des praticiens en lien avec l'ABM

- Organiser des séances d'information sur le don d'ovocytes auprès des professionnels de santé et des usagers concernés

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

Constat : Trois structures disposent de l'autorisation de conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux (en dehors de l'AMP) dans un but de préservation de la fertilité. Il importe de diffuser cette ressource à tous les établissements qui réalisent des traitements risquant de compromettre la fertilité (lien avec volet traitement du cancer du SROS).

- Diffuser l'information de l'existence de cette activité aux établissements et formaliser une procédure entre les centres de traitement du cancer et les établissements autorisés afin que cette ressource soit connue de tous les professionnels concernés et de tous les usagers potentiels.

2. Diagnostic prénatal

2.1. Cadre réglementaire

Le diagnostic prénatal est défini par les articles L. 2131-1 et suivants du code de la santé publique. Il s'entend de l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre au cours de la grossesse pour « détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée ». Ces moyens relèvent de la clinique, de la biologie et de l'imagerie.

Comme pour l'AMP, depuis la révision de la loi de bioéthique intervenue le 7 juillet 2011, les activités de DPN sont soumises à un régime d'autorisation de droit commun : l'ARS autorise les structures pour la réalisation des activités biologiques de DPN et apprécie la compétence des praticiens chargés de cette activité. L'agrément des praticiens était antérieurement accordé par l'Agence de la Biomédecine. Cette structure conserve cependant un rôle important : elle évalue les activités, peut diligenter des missions d'appui et de conseil et proposer des recommandations.

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement de structures et d'agrément des praticiens sont précisées dans le décret n° 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). « Les analyses ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité comprennent :

1. Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
 2. Les analyses de génétique moléculaire ;
 3. Les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
 4. Les analyses d'hématologie ;
 5. Les analyses d'immunologie ;
 6. Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels.
- Les analyses mentionnées aux 3, 4 et 5 du présent article incluent les analyses de biologie moléculaire » (Art. R. 2131-1 CSP).

Les activités cliniques ne sont pas soumises à autorisation mais à des règles de bonnes pratiques, précisées notamment dans les deux arrêtés du 23 juin 2009 modifiés tous deux par des arrêtés du 19 février 2010, le premier fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, le second relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs sont autorisés dans chaque région un ou plusieurs centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Pour la région Lorraine, ce centre est localisé à la Maternité régionale universitaire. Ces centres participent au dispositif d'encadrement des activités de diagnostic prénatal (DPN) et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire ou DPI) et ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire (art. R. 2131-10 CSP)). Leur activité est régulièrement évaluée par l'ABM.

Lorsque l'anomalie fœtale détectée est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 CSP), les CPDPN ont la charge de l'attester. Ceci rend alors possible, si les parents le souhaitent, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG). Dans le cas contraire, les CPDPN ont la charge de contribuer au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles.

L'agence de biomédecine a élaboré un ensemble de recommandations professionnelles pour le fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Elles sont complétées par les arrêtés précités.

Les nouvelles dispositions de la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011 concernent :

- La réécriture de l'article L. 2131-1 CSP définissant le régime du DPN (précisions sur les différentes étapes, introduction de l'échographie obstétricale et fœtale afin de renforcer l'information et l'accompagnement des femmes enceintes) ;
- L'introduction du terme DPI dans la loi ;
- La modification de la composition du CPDPN en cas d'IMG et l'introduction d'un délai de réflexion ;
- l'agrément des praticiens.

1.2. Bilan des autorisations

OQOS IMPLANTATIONS DPN		Nombre implantations Activités DPN					Nombre d'implantation /territoire
		AC	AGM	DMI	AH	AI	
TS 55							0
TS 54	NANCY - CHU (H. central - laboratoire de biochimie et biologie moléculaire)						1
	NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de génétique)	1	1				
	NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de virologie)			1			
	NANCY - CHU (Brabois - laboratoire de parasitologie - mycologie)			1			
	NANCY - LABM ATOUTBIO	1					1
	NANCY - Maternité régionale						1
TS 57	METZ - CHR Metz - Thionville	1					
	METZ - LABM ESPACEBIO						1
TS 88	EPINAL - LABM ANALYSIS	1					1
Région lorraine		4	1	1	0	0	5

AC : analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

DMI : analyses en vue du diagnostic maladies infectieuses

AH : analyses d'hématologie

AI : analyses d'immunologie

AB : analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Toutes les activités du décret ne sont pas traduites en termes d'implantation dans le SROS 3. De plus, il est constaté des différences entre les territoires Nord et Sud (découpage territorial du SROS3) et certaines activités ne sont réalisées que dans un laboratoire. Il est à noter que l'activité de cytogénétique détenue par le laboratoire Espacebio a été cédée au CHR avec effet au 01/01/2011.

La région dispose par ailleurs d'un CPDPN installé au sein de la Maternité régionale.

1.3. Activité du CPDPN et des laboratoires de DPN

Activité du CPDPN :

Activité globale :

	France	Lorraine	
	2008	2008	2009
Nombre de dossiers examinés	29 779	538	512
Nombre d'attestations de gravité délivrées en vue d'une IMG	6 876	200	161
Nombre de refus d'autorisation d'IMG	125	5	7
Nombre de grossesses poursuivies	494	8	2
Nombre de réunions pluridisciplinaires	2 452	52	51
Nombre moyen de réunions annuelles	52	52	51
Nombre femmes en âge de procréer (18-50) (milliers)	15 285	561	560
Taux d'attestation d'IMG délivrées	45,0%	35,6%	28,7%
Taux d'attestation d'IMG refusées	0,8%	0,9%	1,2%

Indications des attestations délivrées en vue d'une IMG :

	France		Lorraine			
	2008	%	2008	%	2009	%
Indications chromosomiques	2 706	40%	80	40%	56	35%
Indications géniques	448	7%	13	7%	9	6%
Indications infectieuses	67	1%	1	1%	3	2%
Malformations ou syndromes malformatifs	2 990	44%	78	39%	66	41%
Autres indications fœtales	505	7%	24	12%	27	17%
Indications maternelles	160	2%	4	2%	-	0%

Attestations délivrées en vue d'une IMG :

	France		Lorraine			
	2008	%	2008	%	2009	%
<= 14 SA + 6J			34	17,0%	24	14,9%
15 SA - 21 SA + 6J		36,7%	77	38,5%	65	40,4%
22 SA - 27 SA + 6J		26,4%	55	27,5%	52	32,3%
28 SA - 31 SA + 6J		13,7%	16	8,0%	11	6,8%
>= 32 SA			18	9,0%	9	5,6%
Total	6 876	100,0%	200	100,0%	161	100,0%

Les malformations ou syndromes malformatifs et les indications chromosomiques sont à l'origine de la plupart des demandes d'IMG. Les plus précoces sont proposées lorsque l'étiologie est génétique ; elles sont plus tardives en cas d'indication pour syndrome malformatif en raison de leur diagnostic (imagerie).

Le suivi des issues de grossesse après refus de délivrance d'une IMG constitue une information importante à connaître mais ces informations sont difficiles à obtenir. Des grossesses ont conduit à la naissance d'enfants nés vivants au dernier suivi, des femmes ont eu une IMG dans un autre centre ou à l'étranger.

Les grossesses poursuivies malgré la délivrance d'une attestation d'IMG ont conduit à la naissance d'un enfant vivant au dernier suivi (atteint de trisomie 21), à une mort fœtale in utero ou une mort néonatale.

Activité en médecine fœtale de la Maternité régionale :

Prélèvements	2008		2009		2010	
	Nb de prélèvements	Nb d'issues de grossesse connues	Nb de prélèvements	Nb d'issues de grossesse connues	Nb de prélèvements	Nb d'issues de grossesse connues
Amniocentèses	640	368	555	341	236	
Choriocentèses	49	46	48	28	70	
Cordocentèses	9	8	8	3	9	
Autres : biopsie du trophoblaste	1	1	3	3	3	

Echographies fœtales de diagnostic (2008) : 838 pour confirmer ou infirmer une malformation ; 535 pour suivre l'évolution d'une malformation.

Le rôle essentiel de l'échographie obstétricale et fœtale dans l'activité de diagnostic prénatal a été rappelé dès l'arrêté de juin 2009 concernant le dépistage combiné de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre et souligné dans le texte révisé de la loi de bioéthique. Dans le cas du dépistage combiné, l'assurance de la mesure de la clarté nucale est nécessaire et la validation de la formation des échographistes est l'une des nouvelles missions du réseau périnatal lorrain. Ce nouveau cadre réglementaire est à l'origine d'une diminution importante des investigations invasives, en particulier des amniocentèses (meilleure spécificité du dépistage combiné). Les choriocentèses, réalisées essentiellement à Metz et à Nancy, sont en nette progression. Une évaluation de ces nouvelles modalités de dépistage est réalisée par l'Agence de biomédecine.

Foetopathologie : L'intérêt de l'examen foetopathologique des issues de grossesse après IMG est essentiel à plusieurs titres : en premier lieu pour la famille concernée (aide au deuil psychologique de cet échec de grossesse et informations sur le caractère accidentel ou reproductible de l'anomalie) mais aussi pour s'assurer de la fiabilité et de la qualité du diagnostic prénatal (vérification du diagnostic prénatal, précision du diagnostic), enfin à visée épidémiologique et scientifique (un grand pourcentage des étiologies des syndromes malformatifs est encore inconnu). Il est à noter qu'il n'existe aucune obligation de réaliser cet examen foetopathologique (acte dont la tarification n'est toujours pas généralisée). L'accord des parents est nécessaire pour sa réalisation. Il consiste actuellement en un examen anatomopathologique du fœtus mais évolue avec les nouvelles techniques vers la « foetopsie virtuelle » (examen du fœtus par IRM et prélèvements ciblés). L'équipe de foetopathologie de la Maternité a réalisé déjà plus de 50 examens de ce type en 2009.

La non reconnaissance du coût de l'acte, son caractère non obligatoire, le manque de compétences spécifiques en foetopathologie sur la région impose une vigilance particulière pour soutenir et pérenniser une activité essentielle pour l'amélioration des connaissances en diagnostic prénatal.

Activité des laboratoires :

Il est à noter la grande difficulté à faire un regroupement des données régionales par le biais des rapports d'activité des laboratoires (recueil non exhaustif dû peut-être au manque de lisibilité des destinataires régionaux) et à le recouper avec les données de l'Agence de biomédecine (apparemment plus complètes).

Activité globale :

Technique d'analyse	France 2009		Lorraine
	Nb fœtus étudiés	Nb diagnostics positifs	Nb fœtus étudiés
Cytogénétique	74 629	3 849	3084
Génétique moléculaire	2 728	534	113
Biologie infectieuse	6 025	265	29
Hématologie	-	-	
Immunologie	3	-	
Biochimie fœtale et marqueurs sériques	670 849	877	

Nombre de femmes testées par marqueurs sériques du 2^e trimestre pour calcul de risque au seuil de 1/250 :

	2007	2009
Lorraine	17 270	18 002
France	665 054	660 629

Ces modalités du dépistage de la trisomie 21 ont permis le dépistage de 0,11 % d'anomalies chromosomiques au niveau national en 2009. Elles ont évolué en raison de la faible valeur prédictive des tests et de la iatrogénie des actes invasifs de diagnostic. L'évaluation de l'activité du dépistage de la trisomie 21 en 2101 rendra compte des nouvelles modalités de dépistage (échographie, nouveaux MSM). Quant à l'analyse de l'ADN fœtal qui permettra un diagnostic direct non invasif sur le sang périphérique maternel, il est déjà réalisé au niveau régional pour le génotypage Rh dans le cadre d'un PHRC mené par le laboratoire Analysis à Epinal.

1.4. Bilan du SROS 3

Objectifs SROS 3	Bilan / Observations
<p>Objectifs généraux Développer un réseau prénatal autour du CPDP Structurer une organisation régionale en réseau de foetopathologie</p> <p>Objectifs opérationnels Développer la collaboration entre les laboratoires autorisés Améliorer le recours aux établissements de la région Améliorer la prise en charge des IMG Améliorer l'évaluation des structures</p> <p>Recommandations d'organisation Accessibilité Maintien de l'activité des 8 laboratoires actuellement autorisés (dont 4 au CHU) Etude de la mise en oeuvre d'un centre de diagnostic préimplantatoire si les besoins locaux venaient à évoluer ou si une nouvelle organisation était mise en place au niveau national, la région disposant déjà des compétences techniques Sécurité / Qualité Respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique Inscription des laboratoires autorisés dans une démarche qualité de certification Uniformisation des pratiques et des protocoles Accompagnement psychologique systématique des couples en pré et post IMG Diffusion de compte rendu type d'examen foetopathologie en coordination avec le CPDP Il est souhaité l'instauration d'un contrôle de qualité et d'agrément d'activité ainsi que la reconnaissance de l'activité et la mise à la nomenclature des actes.</p> <p>Continuité Agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée Collaboration entre laboratoires autorisés en vue d'assistance pendant les congés</p> <p>Globalité Réalisation de l'IMG par la maternité qui assure le suivi de la grossesse</p> <p>Description des filières Filières à mettre en place entre professionnels du dépistage prénatal et professionnels de la naissance afin d'assurer une continuité dans le dépistage et la prise en charge des enfants à risque de handicap</p> <p>Coopérations / Réseaux Amélioration, au sein d'un réseau prénatal autour du CPDP, de la circulation des informations entre praticiens et CPDP et pour une communication cohérente vis à vis du couple Amélioration, au sein du réseau prénatal, des transmissions de</p>	<p>Eléments de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 oeuvre 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).

l'information, pour uniformiser les demandes, définir les collaborations et les modalités d'accès au dossier dans un réseau ville – hôpital.

Renforcement de la collaboration de proximité entre les laboratoires autorisés et les établissements de santé concernés dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse

Collaboration entre laboratoires autorisés: projets de recherche communs, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles

Prévention

Prise en charge psychologique des couples en cas d'IMG

Télémédecine et système d'information

Poursuite de l'expérience menée au titre du CPDD pour améliorer les transmissions d'information

Mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir

Formation

En matière d'échographie et de nouvelles techniques d'imagerie, formation de l'ensemble des professionnels dans une démarche qualité

1.5. Orientations

Elles sont adossées :

- au bilan contrasté du SROS3 ;
- à la problématique très particulière du diagnostic prénatal qui nécessite de ce fait une assurance qualité pour cette activité (information complète, tests les plus prédictifs possibles, accompagnement psychologique, suivi des grossesses et des issues de grossesse ...)
- à la nécessaire coordination des acteurs autour du CPDPN pour homogénéiser et améliorer les prestations offertes aux femmes concernées ;
- à l'intérêt de l'examen foetopathologique dans cette activité de diagnostic prénatal pour compléter et clore les dossiers difficiles ;
- aux besoins d'évaluation en lien avec l'Agence de biomédecine, de cette activité (prédictivité du dépistage) ;
- au souci de l'ARS d'accompagner la dynamique régionale des acteurs et leur coordination (professionnels du public et du privé) ;

Objectifs opérationnels :

- **Assurer un accès possible à un diagnostic prénatal « de qualité » pour tous les couples qui le souhaitent (loi de bioéthique du 07/07/2011)**

- Partager la définition des critères de qualité du diagnostic prénatal en vue de sa mise en œuvre en région en lien avec le CPDPN, les laboratoires, les échographistes et tous les acteurs concernés. Ceci sous-entend : Une augmentation de l'usage du dépistage combiné du 1^{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 ...

- 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 1er trimestre et faciliter sur les territoires des réunions d'information entre acteurs (médecins généralistes, spécialistes et laboratoires))

- Favoriser les coopérations entre laboratoires et prescripteurs de la région pour garantir l'unité clinico-biologique de cette activité

- **Structurer l'organisation régionale du diagnostic prénatal autour du CPDPN**

- Renforcer les liens entre CPDPN, laboratoires et prescripteurs en soulignant le rôle de référent (missions : art. R. 2131-10-1 du CSP) et de coordonnateur du CPDPN (recommandation ABM 2009) : Identifier un site dédié au CPDPN, améliorer la disponibilité du centre, soutenir son rôle moteur pour diminuer la gestion hors région d'un certain nombre de dossiers

- Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse) et développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles)

- Relancer le fonctionnement de la télémédecine comme outil indispensable à cette coordination.

- **Réaffirmer la nécessité de l'examen foetopathologique dans le DPN et consolider l'organisation de la foetopathologie**

- Favoriser l'examen foetopathologique dans le cas de suivi de grossesse ayant conduit à une interruption médicale de grossesse (intérêt pour l'avenir du couple, scientifique et de santé publique). Se rapprocher de l'exhaustivité des examens foetopathologiques des IMG

- Inscrire, en lien avec le CPDPN et l'ABM, le suivi des issues de grossesse après DPN comme un indicateur de prise en charge de qualité dans les établissements maternité

- Reconnaître la foetopsie virtuelle (actuellement 50 fœtus sur 400 en sont justifiables et évaluer son coût comparativement à un examen foetopathologique standard) comme une modalité pertinente de l'examen foetopathologique et comme un outil du contrôle qualité (évaluation rétrospective des examens anténataux)

Conforter le fonctionnement de l'activité de foetopathologie au niveau régional (400 fœtus examinés, 150 à Metz et 250 à Nancy), en inscrivant cette discipline dans le cadre des activités de la CHT Nancy-Metz.

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

I. Méthodologie d'élaboration du volet :

Enquête prospective réalisée en mai 2011 par les centres de régulation pour la prise en charge des SCA ST+ selon la procédure régionale.

Réunion du groupe expert le 20 juin 2011.

II. Éléments de contexte :

a. Textes réglementaires :

- Décret n°2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles d'imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et modifiant le CSP.
- Décret n°2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement relatives aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie.
- Arrêté ministériel du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du CSP
- Circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009 relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie. (conditions d'élaboration des SROS)

b. Volet cardiologie interventionnelle du SROS III :

- Parution en avril 2010
- Autorisations délivrées le 14 avril 2011

c. orientations nationales (guide méthodologique):

- Améliorer l'accès aux soins
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'efficacité
- Focus en particulier sur la prise en charge des syndromes coronariens aigus

III. Diagnostic régional et territorial (état des lieux, étude de besoins) :

a. Epidémiologie :

- Taux de mortalité par maladies circulatoires : (données ORSAS)

Le taux de mortalité par maladie circulatoire est significativement plus élevé qu'au niveau national, à structures d'âge et de sexe égales (en moyenne sur 2005-2007).

Taux de mortalité régional : 236 pour 100 000 habitants

Taux de mortalité national : 210 pour 100 000 habitants

Taux de mortalité par territoire de santé :

- Taux de mortalité en Meurthe et Moselle : 226
- Taux de mortalité dans les Vosges : 228
- Taux de mortalité en Moselle : 246
- Taux de mortalité en Meuse : 247

Evolution de la mortalité : - 32% en 10 ans en lorraine (-30% en France)

Selon les données PMSI, les maladies cardiovasculaires ont constitué le motif principal d'hospitalisation pour les lorrains (secteur public et privé en court séjour) en moyenne annuelle (2005-2007).

- Cardiopathie ischémique : (données ORSAS)

Les cardiopathies ischémiques sont responsables du quart des décès par maladies de l'appareil circulatoire.

- 1ère cause de mortalité cardiovasculaire chez les hommes (809 décès par an)
- 2ème cause de mortalité cardiovasculaire chez les femmes (651 décès par an) -1ère cause : *maladies vasculaires cérébrales*-
- 1459 décès par an par cardiopathie ischémique

Décès selon les principales maladies cardiovasculaires en Lorraine en 2005-2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb/an	%	Nb/an	%	Nb/an	%
Cardiopathies ischémiques	809	30,8%	651	20,6%	1 459	25,2%
Maladies vasculaires cérébrales	561	21,3%	802	25,4%	1 363	23,5%
Maladies hypertensives	139	5,3%	265	8,4%	404	7,0%
Autres maladies cardiovasculaires	1 121	42,6%	1 440	45,6%	2 562	44,3%
Total	2 629	100,0%	3 159	100,0%	5 788	100,0%
0-64 ans	444	16,9%	157	5,0%	601	10,4%

Source : INSERM (CépiDc)

Le diagnostic territorial :

- En nombre annuel moyen (2005-2007) de décès par cardiopathie ischémique :
 - Moselle : 626
 - Meurthe et Moselle : 452
 - Vosges : 237
 - Meuse : 145
- Taux de mortalité par cardiopathie ischémique pour 100 000 habitants :
 - Plus élevé en Meuse : 63 pour 100 000 hab
 - Moselle : 60
 - Meurthe et Moselle : 59
 - Plus faible dans les Vosges : 50

**Nombre annuel moyen d'admissions en ALD, de patients hospitalisés et de décès
par cardiopathie ischémique**

	Admissions en ALD 2004-2006	Patients hospitalisés 2006-2008	Décès 2005-2007		
	Les 2 sexes	Les 2 sexes	Hommes	Femmes	Les 2 sexes
Meuse du Nord	108	337	30	22	52
Pays Cœur de Lorraine	23	124	12	11	23
Pays du Bassin de Briey	98	397	31	27	58
Territoire de Longwy	125	428	41	29	70
Territoire de Thionville	278	1 075	73	52	125
Territoire de Metz	438	1 322	114	89	203
Bassin Houiller	212	1 182	96	71	167
Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	146	534	37	33	70
Pays du Saulnois	32	137	13	7	20
Pays de Sarrebourg	65	240	22	19	41
Pays Barrois	87	375	29	22	51
Pays du Haut Val de Meuse	31	129	8	10	18
Pays de l'Ouest Vosgien	86	228	21	18	39
Pays Terres de Lorraine	120	348	30	18	47
Pays du Val de Lorraine	123	540	28	36	64
Territoire de Nancy et de son aggl.	336	1 249	81	76	157
Pays Lunévillois	92	388	30	25	56
Pays d'Épinal - Cœur des Vosges	185	525	50	35	85
Pays de la Déodatie	106	388	32	24	57
Pays de Remiremont et de ses vallées	114	327	30	27	57
Lorraine Nord	1 526	5 775	469	359	828
Lorraine Sud	1 280	4 496	340	291	631
Meurthe-et-Moselle	894	3 346	241	211	452
Meuse	249	968	80	65	145
Moselle	1 171	4 489	354	271	626
Vosges	491	1 468	134	103	237
Lorraine	2 806	10 271	809	651	1 459
France métropolitaine	77 169	nd	22 059	16 905	38 964

Sources : ALD (admissions en affection de longue durée) : CNAMTS, RSI
 Patients hospitalisés : ATIH (PMSI)
 Mortalité : INSERM (CépiDc)

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

- Chez les hommes, ce taux (84) est similaire à celui observé au niveau national (83).
- Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique s'élève à 41 décès pour 100 000 femmes en lorraine, taux significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (37).

- Syndromes coronariens aigus : (PMSI 2009)

Nombre de séjours pour SCA dans les établissements de santé lorrains

- 9435 / an
- 94,2 % de patients lorrains pris en charge
- Nombre de séjours pour SCA chez des patients lorrains pris en charge dans ETS hors région :
 - 525 dont 338 en Alsace (327 mosellans)
- 2,1 % de décès
- 73 % des séjours concentrés sur 5 établissements (CHU CHR clinique d'Essey-lès-Nancy, clinique Ambroise Paré à Nancy et Clinique Claude Bernard à Metz)

	Vosges	Meuse	Meurthe Moselle	Moselle	Région
Nombre de séjours pour SCA dans ETS lorrains	733	361	4165	4176	9435
Dont mode d'entrée = domicile	594 (81%)	303 (84%)	3241 (77,8%)	3557 (85,2%)	7695 (81,6%) <i>dont 27,4% passage aux urgences</i>
Dont mode d'entrée = transfert	138 (18,8%)	53 (14,7%)	901 (21,6%)	605 (14,5%)	1697 (18%)
Nombre de DC	37 (17,5%)	15 (7,1%)	74 (35,1%)	85 (40,3%)	211 (dont 200 lorrains)

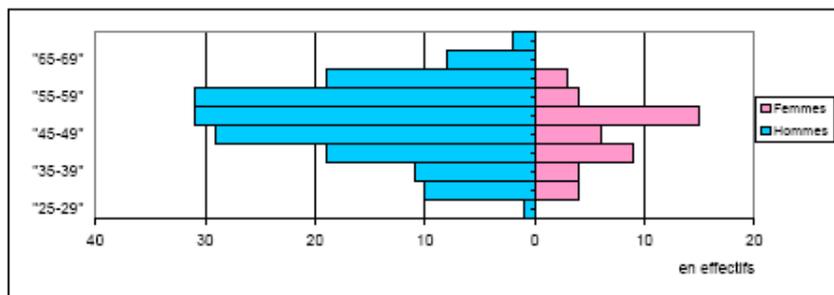
b. Démographie médicale :

Densité pour 100 000 habitants*

	Lorraine	France
Libéraux	5.4	6.5
Salariés	3.7	3.6
Total	9.1	10.1

* densité rapportée à la population générale 2007

Pyramide des âges



Etat des lieux

Nombre de médecins	213		
		Lorraine	France
		en %	en %
dont Libéraux	126	59.0	64.5
Femmes	48	22.3	19.3
55 ans et +	69	32.2	35.5

Répartition par secteur d'activité



32% des cardiologues ont plus de 55 ans.

c. Autorisations

- Rappels :
 - Autorisation activité 1 : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
 - Autorisation activité 2 : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
 - Autorisation activité 3 : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte
- Données PMSI 2009:

Autorisation 1 :

1531 actes au total /an dont 673 soumis à seuils.

- Seuil = 50 actes d'ablation endocavitaire
- Sur les actes soumis à seuil : 2 établissements atteignent le seuil (CHU avec 472 actes -70%-et CHR avec 70 actes). 3 autres établissements proches du seuil : Polyclinique de Gentilly, Clinique Claude Bernard à Metz et HPM.

Actes d'ablation endocavitaire autres que jonction AV	2006	2007	2008	2009
Région lorraine	623	648	723	673

- DCI 2009 (hors seuil) : 278 implantés par le CHU (68%) et le CHR.
 - Activité stable (280 /an en moyenne)
 - En 2008, le taux de recours national pour les DCI était de 77 par million d'habitants pour une moyenne de 140 par millions d'habitants en Europe. Cela se traduirait en Lorraine par 169 cas en référence au taux de recours national et 308 cas en référence à la moyenne européenne.
- Stimulateurs triple chambre :

	2009	2010
Stimulateur triple chambre Région Lorraine (LPP)	95	83

- Actes d'ablation de la jonction AV : 69/an en 2009.

Autorisation 2 :

139 actes/an dont 81.3% par le CHU (seuil : 40 actes de KT interv. portant sur les cardiopathies de l'enfant dont 20 réalisés chez l'enfant)

Autorisation 3 :

5354 actes / an dont 5351 soumis à seuil

- **Seuil : 350 actes d'angioplastie coronarienne**
- **5 établissements atteignent le seuil :**
 - Clinique Ambroise Paré à Nancy
 - Polyclinique d'Essey les Nancy
 - CHU Nancy
 - Clinique Claude Bernard à Metz
 - CHR site de Metz

	Activité 1	Activité 2	Activité3
CHU NANCY	✓	✓	✓
Polyclinique Louis Pasteur ESSEY LES NANCY			✓
Clinique Ambroise Paré Nancy	✓		✓
CHR Metz Thionville Site Bonsecours	✓		✓
Clinique Claude Bernard à Metz	✓		✓
Total région	4	1	5

d. Prise en charge des SCA ST+ :

- Procédure régionale validée par les cardiologues du groupe expert et les urgentistes de la région (réseau Lorraine urgences) et remise à jour en fonction des évolutions des recommandations de la SFC, HAS...

Prise en charge des SCA ST+ en urgence Procédure Opérationnelle Standardisée

DEFINITION SCA ST+

Douleur thoracique typique de moins de 12 h, durant plus de 20 minutes, ne cédant pas à la trinitrine
 - **et** sus-décalage de ST supérieur à 2 mm dans deux dérivationes contiguës précordiales de V1 à V3 et 1 mm de V4 à V6 et dans les dérivationes périphériques avec image en miroir dans le territoire concordant
 - **et/ou** BBG présumé de novo

Enregistrement ECG 18 dérivationes

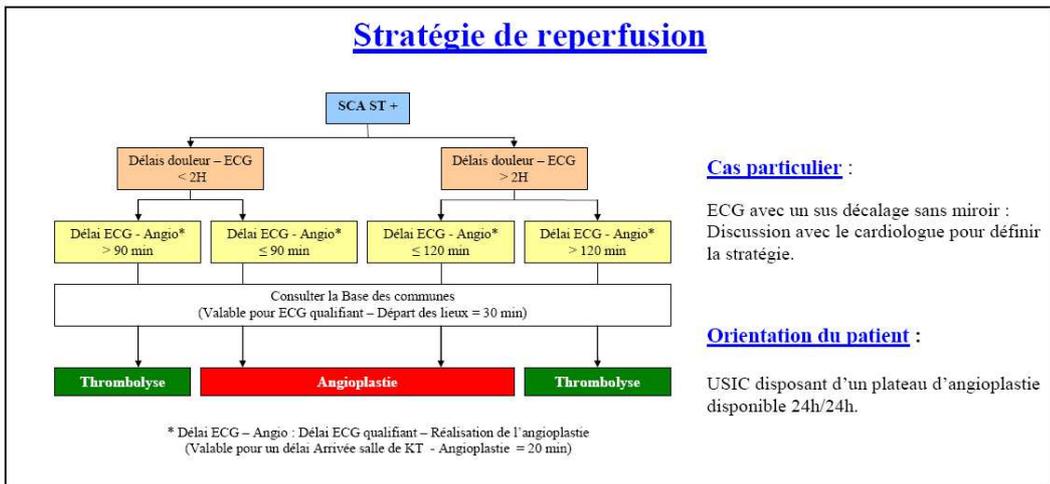
- Administration de **1 bouffée de Natispray 0.15mg/dose** (en dh d'une atteinte du VD ou d'un collapsus)
- Nouvel enregistrement ECG 18 dérivationes



- Antalgiques : **Nubain® 0,3 mg/kg en IVD** ou **Morphine® 0,15 mg/kg IVD en titration**
- Recherche contre indication aux thérapeutiques



Bilan à la régulation médicale (Centre 15) : Estimation heure d'arrivée en salle de cathétérisme



Cas particulier :

ECG avec un sus-décalage sans miroir :
 Discussion avec le cardiologue pour définir la stratégie.

Orientation du patient :

USIC disposant d'un plateau d'angioplastie disponible 24h/24h.

Angioplastie Primaire

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **LOVENOX®** 0,5 mg/kg IVD (à renouveler à H+1)
ou HNF 40 Ui/kg puis 8 Ui/kg/h
- **EFIENT®** 6 cp de 10 mg peros

* **CI** : âge > 75ans, poids < 60kg, antécédent d'AVC
=> **PLAVIX®** 8 cp peros

« L'utilisation des anti GpIIb/IIIa dépendra des pratiques locales »

Thrombolyse pré hospitalière

Age du patient ≤ 75 ans

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **PLAVIX®** 4 cp de 75 mg per os
- **LOVENOX®** 30 mg IVD puis 1 mg/kg en SC
- **METALYSE®** 30 à 50 mg IVD selon le poids

Age du patient > 75 ans

- **ASPEGIC®** 250 mg IVD
- **LOVENOX®** 0,75 mg/kg en SC
- **METALYSE®** 30 à 50 mg IVD selon le poids

- Etude 2008 sur le respect de cette procédure opérationnelle standardisée :
En 2008, 332 SCA ST+ ont été recensés (246 primaires et 86 secondaires)
Pour 82,1% des primaires et 60.5% des secondaires, les patients étaient traités par angioplastie (AP).

Table T1. Intervention Primaire

	Tous N=246
Service Receveur : Hôpital ou clinique	
Autre Hôpital	5 (2.0%)
CHR METZ - HOPITAL BO	100 (40.6%)
CLINIQUE AMBROISE PAR	11 (4.5%)
HOPITAL-CLINIQUE CLAU	1 (0.4%)
HOPITAUX DE BRABOIS C	123 (50%)
POLYCLINIQUE LOUIS PA	6 (2.4%)
Service Receveur : détails autres	
CH DE VERDUN - HOPITAL SAINT NICOLAS	1 (0.4%)
CH DU PARC - SARREGUEMINES	1 (0.4%)
CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	3 (1.2%)
Heure arrivée HDI /USIC	
Heure Inconnue	12
08h30 à 18h30	128 (52.0%)
18h30 à 08h30	106 (43.1%)

Table T2. Intervention Secondaire

	Tous N=86
Service Receveur : Hôpital ou clinique	
Hôpital Non Renseigné	3 (3.5%)
Autre Hôpital	5 (5.8%)
CHR METZ - HOPITAL BON	43 (50.0%)
CLINIQUE AMBROISE PARE	1 (1.2%)
HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE	2 (2.3%)
HOPITAUX DE BRABOIS CHU	25 (29.1%)
POLYCLINIQUE LOUIS PAST	7 (8.1%)
Service Receveur : détails autres	
CH DE VERDUN - HOPITAL SAINT NICOLAS	2 (2.3%)
CH DU PARC - SARREGUEMINES	0 (0.0%)
CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	3 (3.5%)
CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET EPINAL	0 (0.0%)
Heure arrivée HDI /USIC	
Heure Inconnue	1
08h30 à 18h30	43 (50.0%)
18h30 à 08h30	42 (48.8%)

Conclusion :

- Disponibilité et facilité d'accès aux salles de cathétérisme
- L'AP est réalisée dans les 120 minutes après l'ECG qualifiant dans plus de 95% des cas
- Les délais d'appel après l'apparition des symptômes restent en moyenne très longs (près de 2h) invitant à poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public face à la douleur thoracique.
- Etude FAST MI en 2005 : Seuls 40% des suspicions de SCA sont réglés par le 15 avec une perte de chance pour le patient (retard à la mise en œuvre de la stratégie de reperfusion)
- Etude prospective mai 2011 :

37 fiches régionales (25 primaires et 12 secondaires)
 Département 54 : 17 fiches (12 primaires et 5 secondaires)
 Département 57 : 26 fiches (20 primaires et 6 secondaires)
 Département 88 : 7 fiches (6 primaires et 1 secondaire)
 Département 55 : 3 fiches (3 secondaires).
 Orientations des patients : (5 fiches non documentées sur ce sujet)

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

Angioplastie :
 60% pour les secondaires et 64% pour les primaires.

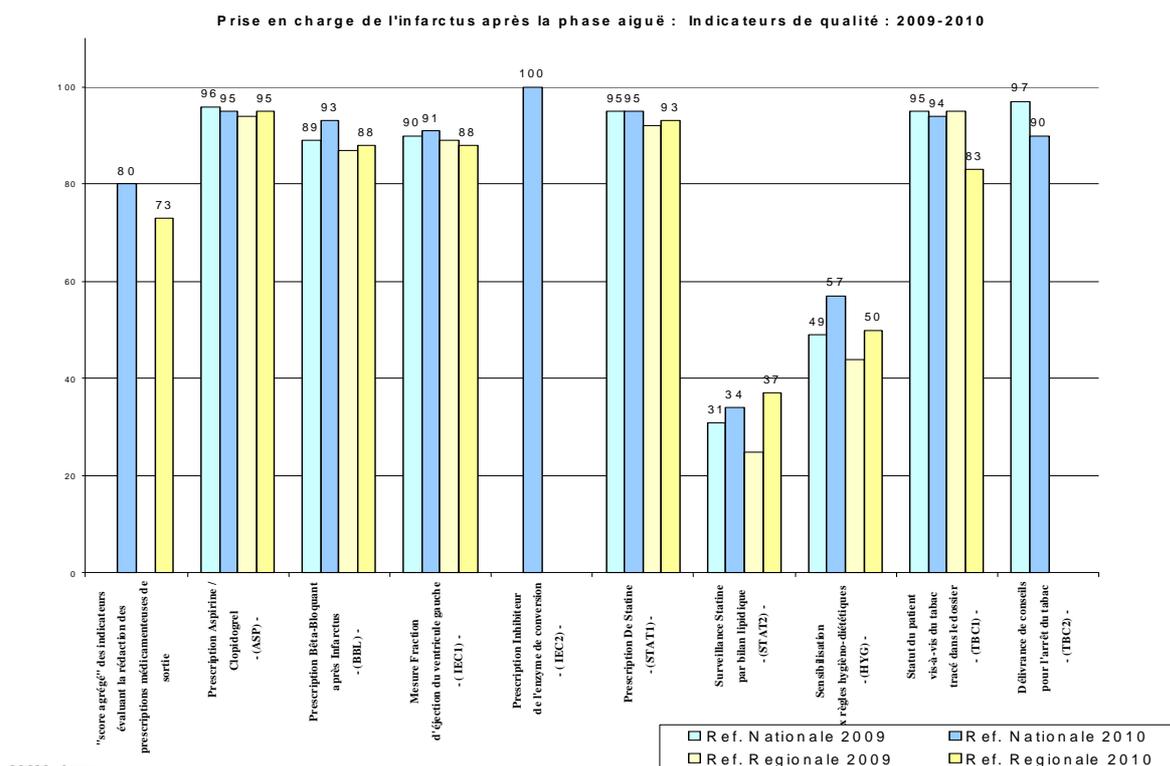
e. Prise en charge des IDM à la sortie des ES :

9 indicateurs (critères HAS) :

- Prescription d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel
- Prescription appropriée de bêta bloquant
- Mesure de la FEVG
- Prescription appropriée d'IEC ou d'ARA II
- Prescription appropriée de statines
- Suivi du bilan lipidique à distance
- Sensibilisation aux RHD
- Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé
- Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

Recueil des 9 indicateurs portant sur un même échantillon aléatoire de 60 séjours.

Attention : le recueil de ces indicateurs se fait après étude des dossiers, il s'agit donc d'avoir une traçabilité de ces indicateurs dans les dossiers du patient. S'ils n'ont pas été retrouvés dans le dossier, cela ne veut pas dire systématiquement que la prescription ou la sensibilisation n'ont pas été réalisées.



Composition du groupe expert :

Dr Philippe Admant	Cardiologue CH Epinal
Pr Etienne Aliot	Cardiologue CHU -FHF
Dr Michael Angoï	Cardiologue CHU
Dr Michel Aussedat	Urgentiste CHR
Dr Noël Baille	Cardiologue HPM Ste Blandine
Dr Jean Louis Bourdon	Cardiologue à St Dié
Dr Christian Breton	Cardiologue clinique Essey les Nancy
Dr Khalife Khalife	Cardiologue CHR
Mr Pascal Lexa	Directeur soins infirmiers Claude Bernard
Dr François Marçon	Cardiologue pédiatrique
Dr Jean Louis Neimann	Cardiologue Claude Bernard Metz
Dr Marc Pichenet	Cardiologue Gentilly
Dr Michel Boursier	Cardiologue CHR
Dr Terrier de la Chaise	Cardiologue nancy
Pr Zannad	Cardiologue au CHU
Dr Dominique Richter	Médecin généraliste à Joeuf
Mr Munier ou Mr Plages	FHP
Mme Bury	CISS
Dr Pascal Voirot	Ordre médecins 54
Dr Tahar Chouhed	Urgentiste CHU
Dr Christian Breton ou Dr Neimann	URPS Médecins
Dr Denis Masson	Médecin ARS
Dr Sylvie Gamel	Médecin ARS, chef de projet cardiologie interventionnelle
Mr Guillaume Labouret	Inspecteur ARS, chef de projet cardiologie interventionnelle

CHIRURGIE

Dans un contexte national de forte contrainte des finances publiques que traduit un ONDAM annuel inférieur à 3%, la région Lorraine, forte de ses 4 territoires de santé, entend mobiliser ses ressources pour mieux piloter l'activité hospitalière en lien avec les acteurs de santé et les instances locales, départementales et régionales.

Elle entend ainsi maîtriser l'évolution dynamique de certains volumes d'activité des établissements de santé non corrélée à l'état de santé de la population, favoriser l'accessibilité spatiale et financière à des soins chirurgicaux de qualité et gradués, promouvoir les alternatives à la chirurgie complète en substituant, autant que faire ce peut, les techniques éprouvées de chirurgie ambulatoire aux gestes classiques.

Le volet chirurgie, capitalise les orientations nationales, dresse l'état des lieux du recours à la chirurgie sur le territoire lorrain et formule 4 séries de mesures pour les premières orientations validées par les travaux des experts réunis à 4 reprises d'avril à juin 2011.

1. ORIENTATIONS NATIONALES – DECLINAISON REGIONALE

Le volet chirurgie s'inscrit dans un cadre d'orientations fixées par :

- La loi HPST
- Le CPOM Etat/ARS dont 2 indicateurs sont consacrés à la chirurgie :
 - le taux de recours à la chirurgie calculé sur 20 gestes marqueurs
 - le taux de recours à la chirurgie ambulatoire calculé sur 17 gestes marqueurs
- Un ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012
- Les projets de décrets chirurgie non encore publiés
- Les travaux du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)
- L'instruction DGOS/13/2010/457 du 27.12.2010 validée par le CNP du 17.12.10
- Les articles R.6121.4 et R.6124-301 à R.6124-305 du Code de Santé Publique
- Les directives du Ministère de la Santé du 19 juillet 2010 relatives aux 10 priorités sur la Gestion du Risque pour 2010 et 2011

Par ailleurs, les objectifs nationaux ont trois ambitions :

- Améliorer l'accès aux soins :
 - ❖ Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés
 - ❖ Favoriser les consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité
 - ❖ Grader les sites de chirurgie
 - ❖ Garantir une accessibilité financière à une chirurgie de qualité par le respect d'un nombre minimum d'actes en secteur 1 par territoire de santé
 - ❖ Structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences
 - ❖ Assurer sur l'ensemble des sites de chirurgie la prise en charge en aval des structures d'urgence
 - ❖ Identifier des sites pour des prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
 - ❖ Prendre en compte et tracer l'évaluation du traitement de la douleur
 - ❖ Restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux
 - ❖ Inscrire les sites de chirurgie au sein des filières de soins médico-chirurgicales
 - ❖ Regrouper la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein de centres spécialisés

- Améliorer l'efficacité des plateaux de chirurgie :
 - ❖ Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les soins de suite et de réadaptation
 - ❖ Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires
 - ❖ Développer les modalités de prise en charge de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie avec mise en place de centres de chirurgie ambulatoire exclusive extrahospitaliers
 - ❖ Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie pour la réalisation des actes techniques de médecine
 - ❖ Optimiser la PDSH en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé
 - ❖ Formaliser certaines filières de soins

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social :



Etudier les particularités et liens nécessaires entre les établissements de santé et les structures d'hébergement médico-sociales pour préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ses structures.

Le volet chirurgie s'inscrit enfin dans un contexte régional spécifique :

- Le PSRS lorrain
- Le Programme Régional de Gestion Du Risque ARS mené en partenariat avec l'Assurance maladie
- Le CPOM Etat-ARS Lorraine
- L'état des lieux du recours à la chirurgie qui démontre :
 - un recours à la chirurgie en Lorraine particulièrement élevé sur 3 champs :
 - anévrisme de l'aorte abdominale
 - prothèse de genou
 - canal carpien
 - L'insuffisant développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité au sein des ES, notamment des établissements publics.

2. ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE EN LORRAINE - Une approche fondée sur les taux de recours

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir des variations très fortes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer. La consommation de soins pour une activité donnée entre départements ou entre territoires de santé présente un écart à la moyenne nationale ou régionale parfois important.

Cela peut indiquer des écarts dans l'accès des populations à certaines prises en charge. Cela peut également révéler la délivrance de soins non pertinents.

C'est pourquoi la notion de consommation de soins s'approche davantage du besoin de soins, en ce qu'elle correspond au besoin consommé (recours de la population à l'offre existante) mais ne peut être interprétée comme « l'intégralité du besoin ».

L'objectif de l'ARS est de conduire la réflexion sur la couverture des besoins de santé et la pertinence de l'offre existante, grâce à l'observation des taux de recours aux soins hospitaliers, et d'engager un dialogue de gestion avec deux espaces de concertation :

Démocratie sanitaire : la CRSA et les Conférences de territoires

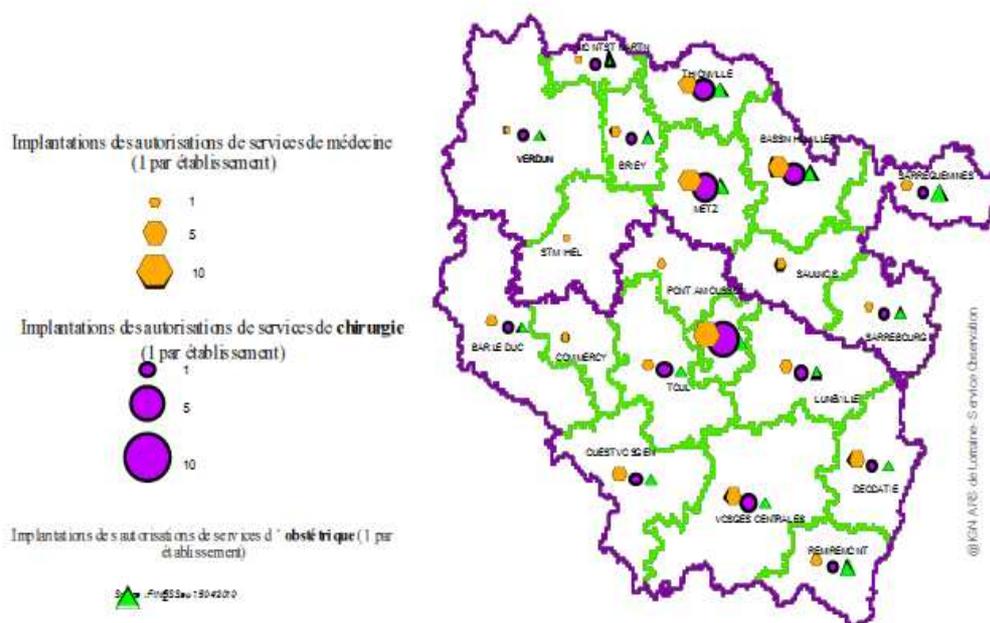
Mise en place d'une instance opérationnelle de dialogue pour le pilotage de l'activité hospitalière au niveau de chaque territoire de santé, instance structurant le dialogue de gestion avec les acteurs de santé (établissements de santé, professionnels de santé...).

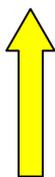
Cette négociation devra porter sur les inflexions nécessaires à l'offre de soins, en termes de développement ou de réexamen de l'activité sur telle ou telle prise en charge. L'attention doit porter en particulier sur les établissements dont les situations sont atypiques.

2-1 Bilan du SROS 3

Territoires		PREVU	REALISE
MEUSE	TSP 1 Pays de Verdun	Au + 2 implantations avec plateau commun au CH	1 plateau technique au CH de Verdun
	TSP 11 Pays Barrois	2 implantations avec plateau technique commun à Bar le Duc	Polyclinique du Parc (1 plateau technique commun CH/ Polyclinique, GCS)
MEURTHE et MOSELLE	TSP 3 Pays de Briey	CH Briey	1 plateau technique au CH Briey
	TSP 4 Territoire de Longwy	Alpha santé Mont St Martin	1 plateau technique
	TSP 14 Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	1 implantation avec un plateau technique à Toul	CH de Toul
	TSP 15 Pays du Val de Lorraine	Appui du CHU pendant 3 ans puis reconversion	Arrêt activité chirurgicale le 01/01/2010 sur le site de Pont à Mousson
	TSP 16 Territoire de Nancy	Au + 10 implantations dans la communauté du grand Nancy avec au + 10 plateaux techniques	- CHU Nancy : Sites Brabois adultes, enfants, central - Maternité régionale de Nancy - Clinique Majorelle - Cliniq. A. Paré - Polyclin. Gentilly - CAV - Clinique Saint André Vandoeuvre - Polyclinique Pasteur Essey - SINCAL
TSP 17 Pays Lunévillois	2 implantations avec un plateau technique commun à Lunéville	- CH de Lunéville - Clinique Jeanne d'Arc Lunéville	

MOSELLE	TSP 5 Territoire Hayange	Thionville Au + implantations avec au + 4 plateaux techniques	- Alpha Santé : Hôpital d'Hayange - Clinique A Paré Thionville - Clinique ND Thionville - CHR Metz-Thionville : site Bel-Air
	TSP 6 Territoire de Metz	Au + 6 implantations avec au plus 6 plateaux techniques sur la Communauté Urbaine de Metz	- CHR Metz-Thionville : Sites Bon Secours, Maternité (Ste Croix) - Hôpitaux Privés de Metz : Site Ste Blandine, St André, Belle-Isle - Clinique Claude Bernard Metz
	TSP 7 Bassin houiller	De 1 à au plus 4 implantations avec de 1 à au plus 3 plateaux	- CHI Unisanté Site Forbach - Clinique St. Nabor St Avold - Hospitalor CH St Avold - CH Freyming Merlebach
	TSP 8 Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	1 implantation avec 1 plateau technique à Sarreguemines	CH Sarreguemines
	TSP 10 Pays de Sarrebourg	1 implantation avec 1 plateau technique à Sarrebourg	CH Sarrebourg
VOSGES	TSP 13 Pays de l'Ouest Vosgien	1 implantation avec 1 plateau technique à Neufchâteau	CH Neufchâteau
	TSP 20 Pays de Remiremont	1 implantation avec 1 plateau technique à Remiremont	CH de Remiremont
	TSP 18 Pays des Vosges Centrales	2 implantations avec 2 plateaux techniques à Epinal	- CH Epinal - SOGECLER Clinique de la Ligne Bleue
	TSP 19 Pays de la Déodatie	1 implantation avec 1 plateau technique à Saint-Dié	CH Saint Dié





A noter que le 31 mars 2008 : l'avenant n°1 portant révision du SROS, notamment le volet thématique chirurgie et les annexes territoires nord et sud. Cette révision a porté sur les OQOS en termes d'implantation, de redéfinition des objectifs généraux et opérationnels, de l'articulation avec d'autres volets.

- Bilan de l'atteinte des objectifs :
 - action engagée sur le développement de la chirurgie ambulatoire,
 - action engagée sur l'organisation de la continuité et la permanence des soins notamment pour la chirurgie de la main,
 - intégration du service de chirurgie de la main dans le SINCAL au sein du Centre Chirurgical E. Gallé à NANCY au printemps 2010, cet établissement constituant le niveau 3 de la chirurgie de la main.
 - articulation réalisée avec la mission MEAH sur l'activité des blocs opératoires
 - articulation avec les autres volets : Cancérologie
 - les objectifs en termes d'implantation ont été atteints dans les 2 territoires :
 - arrêt d'activité chirurgie à la clinique Saint Joseph à VERDUN et transfert d'activité chirurgie à BAR LE DUC du CH vers la clinique du Parc installée sur le même site que l'hôpital.
 - le CH de PONT A MOUSSON, après avoir cessé son activité chirurgie en hospitalisation complète en 2008 au profit de l'ACA, a arrêté cette dernière activité le 01/01/2010.

2-2 Activité des établissements Lorrains pratiquant la chirurgie

- Les projets de décret « médecine –chirurgie » prévoient un seuil d'activité chirurgicale de 1500 séjours chirurgicaux (GHM en C hors CMD 14 et CMD 15) moyennée sur les 3 dernières années.
- Une première estimation des seuils chirurgicaux des établissements pratiquant la chirurgie en Lorraine, calculée sur les données PMSI 2008-2009-2010, a permis d'identifier quelques établissements n'atteignant pas la valeur cible.

Dans la majeure partie des cas, il s'agit de problématiques spécifiques pour lesquelles des opérations de restructuration/ coopération sont en cours, ou pour lesquelles des dérogations aux seuils pourraient être prévues :

Problématique de la chirurgie gynécologique liée à l'activité d'obstétrique:

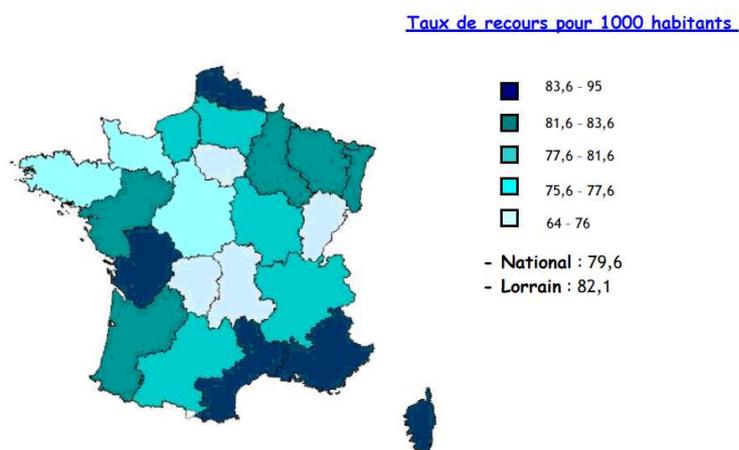
Parmi les établissements concernés, certains sont autorisés en obstétrique et n'atteignent pas le seuil de 1500 séjours chirurgicaux, ou ne sont pas titulaires d'autorisation de chirurgie, actuellement.

Le projet de décret prévoit la possibilité de délivrance d'une autorisation spécifique en chirurgie gynécologique, soumise à un seuil de 100 actes chirurgicaux, pour les établissements autorisés en obstétrique.

2-3 Taux de recours de la population lorraine à la chirurgie

ETAT DES LIEUX QUANTITATIF :

- ❖ Consommation de soins : le recours populationnel à la chirurgie (avec hébergement et en ambulatoire) présente des atypies :
- ❖ Le taux de recours correspond au nombre de séjours annuel des patients d'une zone géographique, rapporté à la population totale de cette même zone. Le taux de recours en chirurgie, indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1000 habitants. Il s'agit d'un taux de recours dit « standardisé » parce que corrigé de l'effet structure de la population et de l'âge :
- ❖ Taux national : 79,6 Lorraine : 82,1



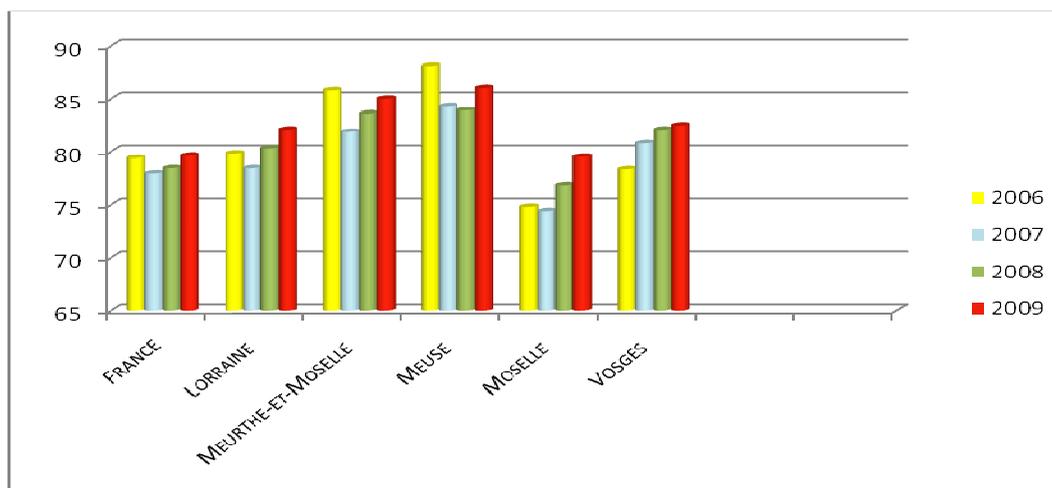
Sur les 26 régions, la Lorraine se classe en 9ème position pour le recours à la chirurgie, soit 3 points supérieurs au taux de recours national (79,6) avec un recours à la chirurgie quasi égal à celui des deux régions limitrophes que sont la Champagne -Ardennes et l'Alsace (82,6 et 81,9).

Si le taux de recours à la chirurgie en Lorraine est supérieur au taux national, la part des séjours en chirurgie ambulatoire est proche de la moyenne nationale.

❖ Hospitalisations complètes

Le taux de recours en chirurgie totale pour 1 000 habitants évolue à la hausse (Lorraine : + 3,6, France : +1,6), avec des disparités dans ce recours à la chirurgie et dans le rythme de progression selon les territoires lorrains entre 2007 et 2009 (taux standardisés) :

	2006	2007	2008	2009
France	79,4	78	78,5	79,6
Lorraine	79,8	78,5	80,3	82,1
54	85,8	81,9	83,6	85,0
55	88,1	84,3	83,9	86,0
57	74,8	74,4	76,8	79,5
88	78,4	80,8	82,1	82,5



- Sur la période 2006-2009, le taux de recours à la chirurgie totale passe de 79,8 à 82,1 pour 1000 habitants, sans corrélation avec celui de la chirurgie ambulatoire qui progresse aussi, mais plus rapidement soit + 5 points (24,2 en 2006 contre 29,1 en 2009).
- La chirurgie ambulatoire n'est donc pas totalement substitutive de la chirurgie complète qui ne régresse pas lorsque la chirurgie ambulatoire évolue.
- C'est dans les départements où l'offre de soins de chirurgie est la plus importante que la consommation est la plus forte.

❖ Chirurgie ambulatoire

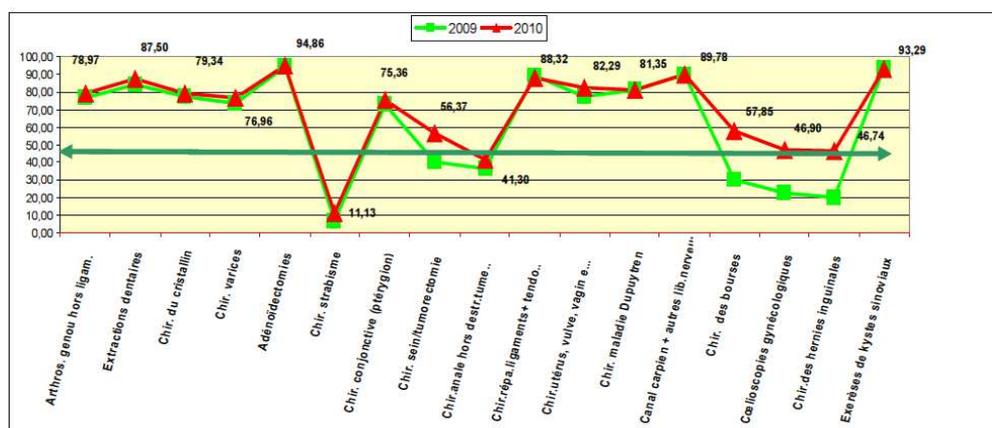
Taux de recours en chirurgie ambulatoire pour 1 000 habitants par territoires de santé (taux standardisés) :

	2006	2007	2008	2009
France	25,9	25,2	26,4	28,8
Lorraine	24,2	24,4	26,6	29,1
54	29,8	28,1	30,4	32,3
55	24,6	25,1	25,5	29,1
57	22,3	22,9	25,2	28,1
88	19,1	21,4	24,1	26,1

- L'observation est identique à celle relative au recours de la chirurgie totale, avec une consommation légèrement supérieure en Lorraine, par rapport à la France en 2009, alors qu'elle était inférieure à 2007 (-1) Son rythme de progression plus rapide : + 5 (+3 versus France) pour ces trois dernières années lui a permis de rattraper ce léger retard.
- Chaque année, c'est en Meurthe et Moselle que le recours à la chirurgie ambulatoire (tous actes et données standardisées) est le plus important : + 4 points par rapport au chiffre national.
- Mais la dynamique de progression est supérieure dans les autres départements qui accusaient, depuis plusieurs années pour certains, un net retard par rapport à ce département, exemple les Vosges avec 7 points d'écart en 2007 par rapport à la Meurthe et Moselle. Malgré cette dynamique, les Vosgiens sont toujours en deçà de la consommation nationale et régionale, contrairement aux Meusiens qui affichent en 2009 un des deux meilleurs taux de recours en ambulatoire en Lorraine.

LES 17 GESTES MARQUEURS en 2010

Evolution de la pratique ambulatoire par gestes entre 2009 et 2010 (17 gestes)



Taux global de chirurgie ambulatoire (= nombre de séjours en C réalisés en 0 jour, sur le total des séjours GHM en C) :

- taux national : 36,2%
- taux régional : 35,7%

Lorraine	Consommation	Production
Meurthe et Moselle	28,8	32,9%
Meuse	29,1	39,7%
Moselle	32,3	38,9%
Vosges	29,1	33,7%
NATIONAL	28,1	36,2%

- ❖ Les Hôpitaux publics et ESPIC assurent 43% de la chirurgie totale ambulatoire de la région.
- ❖ 61% des établissements privés sont en retard par rapport à la moyenne nationale
- ❖ Atypies Lorraines

Tous établissements confondus, comparée à la moyenne nationale, la Lorraine montre une surconsommation de 1% (+5% si standardisation avec l'âge).

Il existe 6 actes sur les 20 cibles où la région apparaît avec un excès d'actes de plus de 10% par rapport à la moyenne nationale (taux d'actes/100 000 habitants) % et classement sur les 26 régions :

- ❖ Anévrisme de l'aorte abdominale : + 40% (3e)
- ❖ Prothèse du genou : + 30% (2e)
- ❖ Canal carpien : + 27% (7e)
- ❖ Pontage coronaire : + 23% (6e)
- ❖ Thyroïdectomie : + 15% (10e)
- ❖ Varices : + 15% (8e)

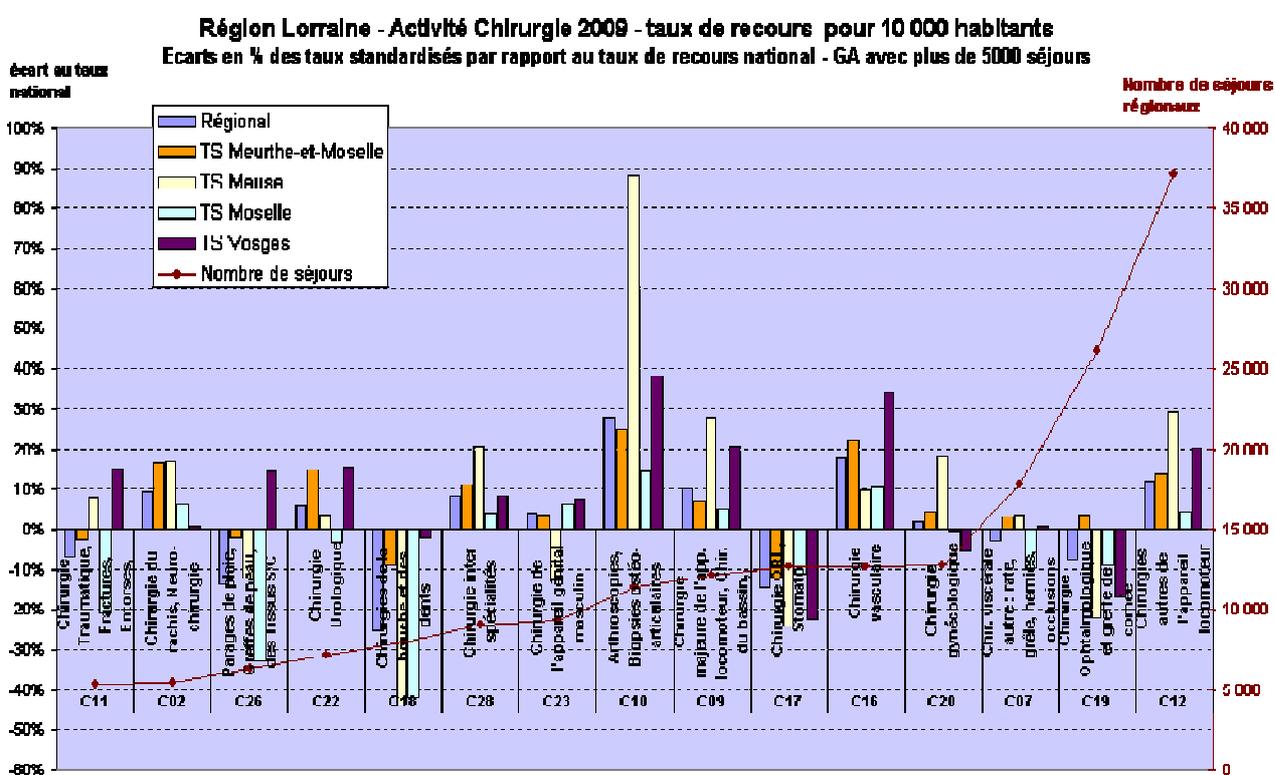
Un focus a été fait sur les sous-groupes :

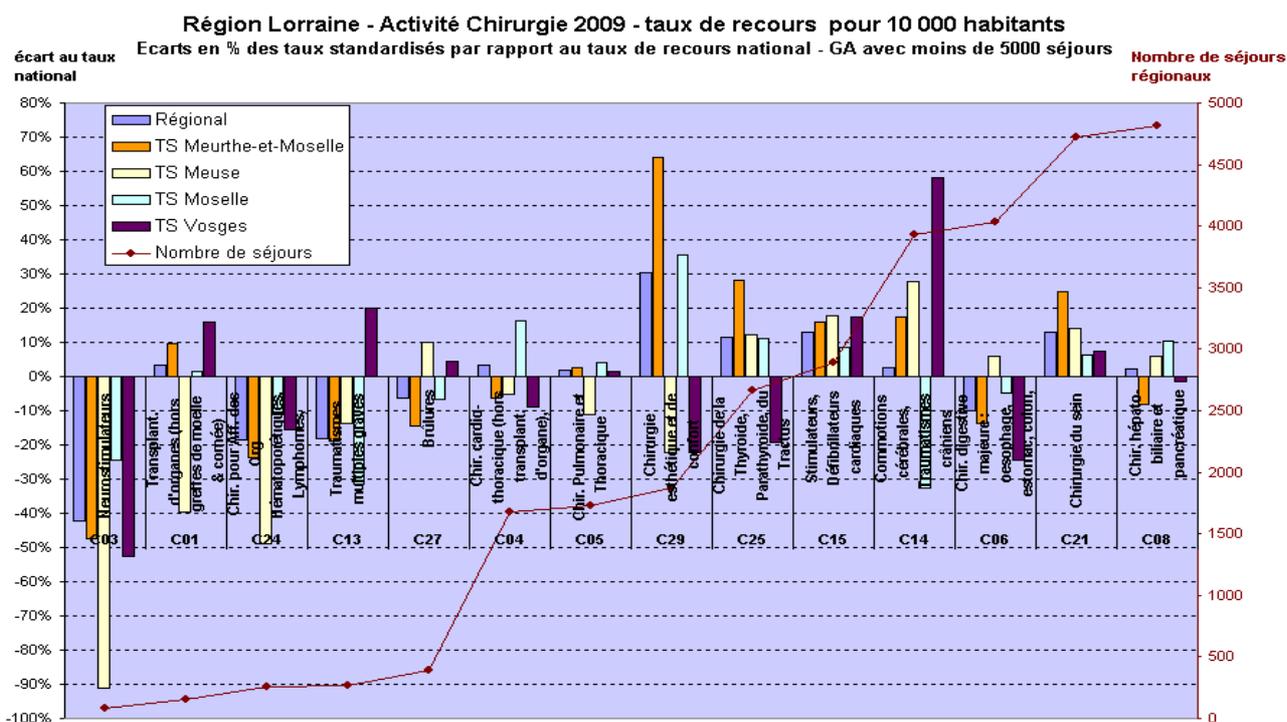
- C10 « Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires »
- C12 « chirurgie autres de l'appareil locomoteur »
- C16 « chirurgie vasculaire »...

constituant des ATYPIES lorraines, plus ou moins marquées selon le territoire.

Après une analyse détaillée des résultats, une démarche de dialogue sera menée par territoire en lien avec l'Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue.

D'ores et déjà, une action spécifique sur la chirurgie canal carpien sera menée en 2012 en partenariat avec l'Assurance Maladie dans le cadre du contrat de Gestion Du Risque.





2-4 Qualité/Efficience

La méthodologie d'évaluation des surcapacités en lits et en blocs opératoires repose en particulier sur les travaux développés par l'ANAP (ex MEAH). Concernant l'optimisation des blocs opératoires, 43 établissements de santé lorrains ont participé à l'enquête Blocs opératoires réalisé en 2007 par la MEAH à la demande de l'ARH Lorraine. Il en ressort une sous-utilisation des plages opératoires (taux d'ouverture des salles opératoires et taux d'utilisation des vacations faibles, nombre moyen d'ICR et d'interventions réalisés par salle opératoire inférieur aux cibles). Ce constat reste d'actualité en 2011 compte tenu des enquêtes Blocs opératoires réalisées par l'ARS Lorraine en 2010.

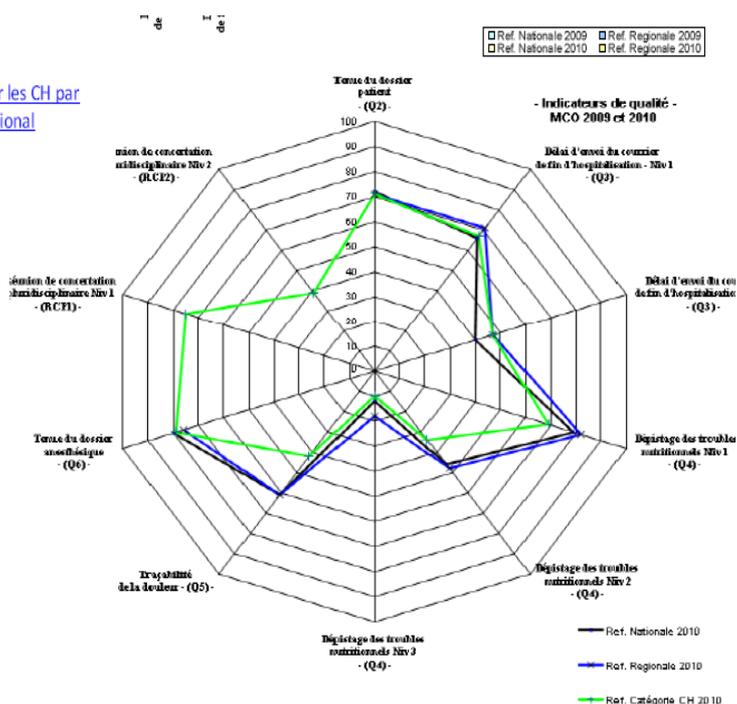
Concernant les capacités en lits d'hospitalisation conventionnelle, l'outil Hospidiag développé fin 2009 par l'ANAP (mis à disposition des établissements de santé et des ARS) fait état d'importantes surcapacités dans de nombreux établissements de santé lorrains: les taux d'occupation des lits y sont globalement faibles (en particulier en chirurgie et obstétrique) et les durées de séjours plus élevées que les durées moyennes nationales (Indice de Performance DMS).

- Un travail spécifique est en cours sur l'informatisation des blocs opératoires en lien avec l'ANAP, la mise en place et le suivi d'indicateurs de qualité qui seront diffusés auprès des établissements. Deux types d'indicateurs existent aujourd'hui mais le tableau suivant démontre que des efforts restent possibles pour améliorer la qualité et l'efficience. Les professionnels de santé confirment que ces outils sont connus mais utilisés de manière graduée.
- 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :
 - ICALIN indice composite des activités de LIN
 - ICSHA indice de consommation des solutions hydro-alcooliques
 - SURVISO surveillance des infections du site opératoire
 - ICATB indicateur du bon usage des antibiotiques
 - Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs

- Des marqueurs de qualité issus du dossier du patient :
 - tenue du dossier patient
 - délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
 - traçabilité de l'évolution de la douleur
 - dépistage des troubles nutritionnels
 - tenue du dossier anesthésique
 - *indicateur de satisfaction des patients hospitalisés*

- Des indicateurs de qualité issus du PMSI :
 - le taux de ré-hospitalisation à 30 jours

[Un retard pour les CH par rapport au national](#)



2-5 L'offre sur les territoires

La Circulaire n°101/DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS 3 précisait : les sites de chirurgie accueillant les urgences sont gradués en 3 niveaux :

- ❖ L'établissement qui offre de la chirurgie viscérale et orthopédique réalisée par des chirurgiens en astreinte opérationnelle 24H/24, ce qui correspond à un minimum de 3 ETP pour chacune de ces spécialités (1 ETP correspond à 10 vacations par semaine).

- ❖ L'établissement qui offre un plateau de spécialités intégrant chirurgie viscérale, gynécologie, orthopédie, vasculaire, urologie et tête et cou ;
 Plateau technique 24h/24 pour les disciplines chirurgicales, pour l'obstétrique et l'imagerie-> 3 ETP ortho-traumato, 3 ETP chirurgie viscérale dont gynécologique, 6 à 8 ETP MAR pour le plateau technique chirurgical, 3 ETP en urologie, 3 ETP en chirurgie vasculaire. L'avis d'un ORL et d'un ophtalmologiste doit être possible 24H/24 + service des urgences, unité de soins continus et imagerie (écho, radio, vasculaire, IRM, TDM) ;

- ❖ Un établissement régional ou à vocation interrégionale intégrant les 2 niveaux précédents. La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyperspécialisée ne peuvent se situer qu'à ce niveau (rachis, main...) ;

Dans le SROS-PRS, la notion de « gradation des soins hospitaliers » se substitue à la notion de « gradation des plateaux techniques » telle que définie dans la circulaire ;

Le niveau de soins de proximité correspond désormais au premier recours.

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux dont 3 de recours :

Niveau 1 : Activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé

Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

3 niveaux de recours

Plateaux techniques « de recours infra-régional »

Activité programmée et en urgence avec une obligation de PDS dont accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, plateau technique d'imagerie

Plateaux techniques de « recours régional »

Activité hautement spécialisée

Plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale :

Ex : Neurochirurgie, chirurgie cardiaque etc...

- Démographie médicale

Un état des lieux est proposé, élaboré à partir de critères de fragilité inspirés de ceux retenus dans le SROS 3 et des déclarations des établissements. Il est limité, dans un premier temps, aux activités de chirurgie orthopédique et générale/ digestive.

Critères retenus de faiblesse des effectifs de chirurgiens orthopédistes, digestifs et anesthésistes :

- Etablissements publics : < 2 ETP chirurgie générale et digestive
< 2 ETP chirurgie orthopédique
< 2 ETP d'anesthésistes-réanimateurs
- Etablissements publics/ Espic et privés : Pourcentage de chirurgiens orthopédistes, digestifs et anesthésistes de plus de 55 ans > à 50 %

TERRITOIRE de SANTE	ETABLISSEMENTS	CRITERES DE FRAGILITE
MEUSE 55	CH Verdun	Age des praticiens
MEURTHE ET MOSELLE 54	CH Briey	Effectif des praticiens
	Alpha santé Mont Saint Martin	Age des praticiens+/- effectifs
	CH Toul	Effectifs des praticiens
	CH Lunéville	Effectifs et âge des praticiens
MOSELLE 57	Alpha santé Hayange	Age des praticiens
	HPM Saint-André	Age des praticiens
	Clinique Claude Bernard Metz	Age des praticiens
	CH Marie-Madeleine Forbach	Age des praticiens
	Hospitalor Saint-Avoid	Age des praticiens
	CH Sarrebourg	Age des praticiens
	Clinique ND Thionville	Age des praticiens
	CHR site HMM	Age des praticiens
VOSGES 88	CH Neufchâteau	Age des praticiens
	CH Epinal	Age des praticiens

Cette étude sera étendue aux autres spécialités chirurgicales et pourra constituer un argument pour la mise en place de coopérations.

o Accessibilité géographique

Une première étude a permis d'élaborer une cartographie représentant les temps d'accès de chaque lorrain vers un établissement lorrain offrant les activités chirurgicales Orthopédie et Chirurgie viscérale/ générale, hors permanence des soins,

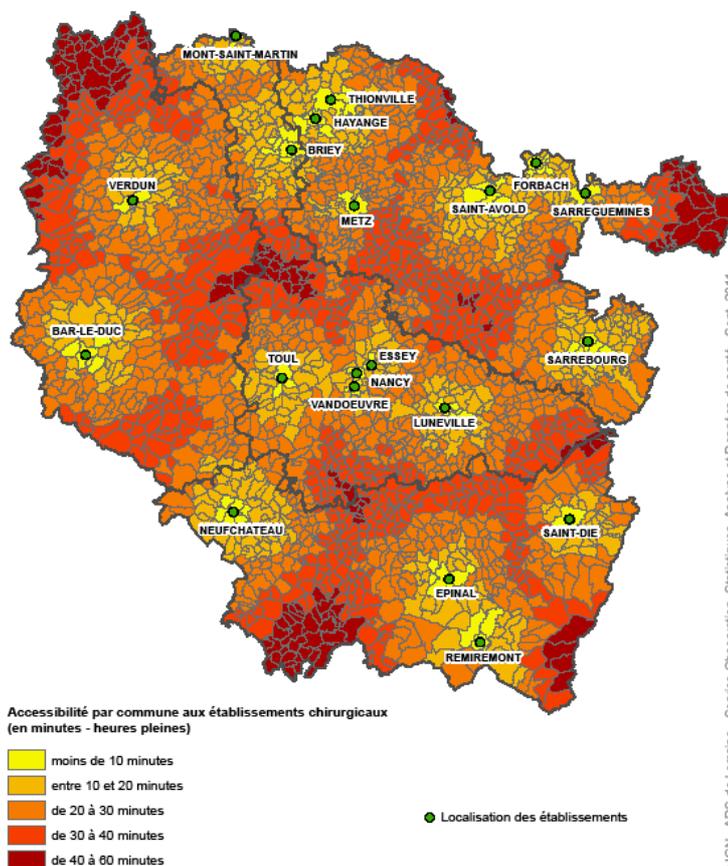
Ces éléments devront s'articuler avec les travaux sur l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé et permanence des soins ambulatoires.

CARTOGRAPHIE :

Sources : Données Insee RP 2007 - Distances : INRA-ODOMATRIX

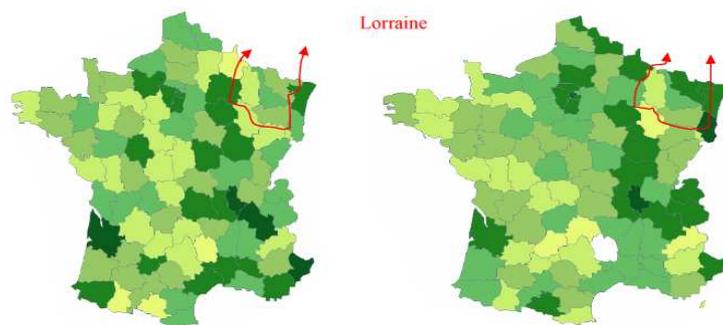
Temps d'accès en minute	Population	en %
<10 min	710990	30,4%
de 10 à 19 min	667892	28,5%
de 20 à 29 min	614921	26,3%
de 30 à 39 min	286835	12,3%
de 40 à 49 min	53914	2,3%
de 50 à 59 min	5324	0,2%
Total	2339878	

**Accessibilité par commune (en minutes)
aux établissements pratiquant
la CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ou la CHIRURGIE VISCERALE**



Accessibilité financière

Etude réalisée sur les inégalités d'accès aux soins (Source CNAMTS) : extrait : focus sur les chirurgiens libéraux conventionnés en secteur 1 DP et 2 au 1^{er} janvier 2009 (toute chirurgie)

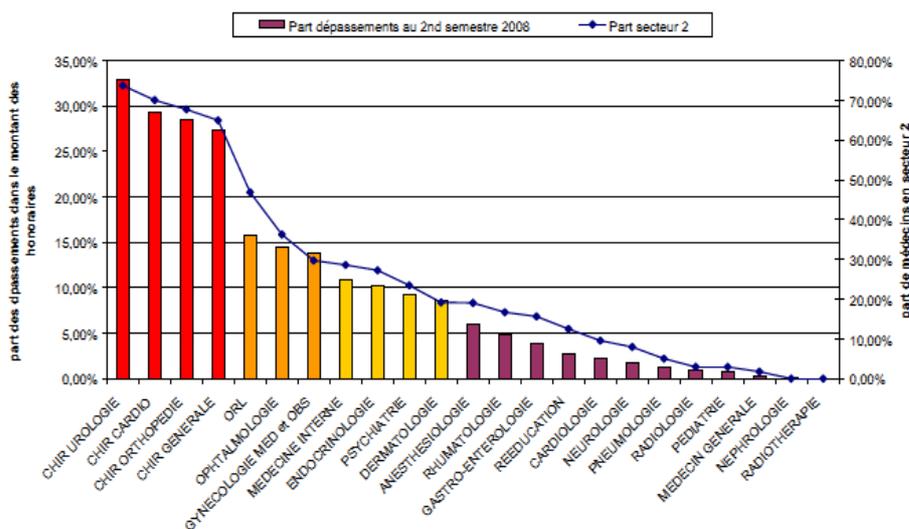


Part des chirurgiens autorisés à dépassements

Taux de pratique de dépassements

Si pour les trois départements lorrains, les cartes se superposent, il n'en est pas de même pour celui de la Moselle où le taux de dépassements est le + fort. En région, les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Pour les spécialités les plus « courantes » telles que l'ORL, l'ophtalmologie et la gynécologie, les dépassements se situent autour de 15 %.

Dépassements et secteur 2 des médecins libéraux de lorraine



Source : observatoire lorrain des dépassements –URCAM Lorraine-2008-2009

3. VOLETS OPERATIONNELS

LE VOLET CHIRURGIE SE COMPOSE DE 4 VOLETS OPERATIONNELS

1. Développer le recours à la chirurgie ambulatoire dans tous les établissements lorrains par substitution à la chirurgie complète :
 - Poursuivre la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP), en lien avec l'Assurance Maladie, pour inciter les établissements publics et privés à développer la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs ciblés par les sociétés savantes.
 - prioriser les établissements les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire et axer la MSAP sur les gestes les plus accessibles conformément aux recommandations des sociétés savantes
 - Inscrire cet objectif dans leurs CPOM. L'objectif : 85 % de réalisation sur les 17 gestes marqueurs pour la région fin 2012
 - Substituer progressivement l'activité de chirurgie en hospitalisation complète par la création de places de chirurgie ambulatoire tout en privilégiant l'identification d'un site dédié de chirurgie ambulatoire par substitution.
 - Valoriser et diffuser, les expériences probantes de développement de la chirurgie ambulatoire, en lien avec un comité régional d'experts et promouvoir l'image de la chirurgie ambulatoire dans le grand public :
 - diffuser un « passeport pour l'ambulatoire »
 - organiser chaque année un séminaire régional de la chirurgie ambulatoire
 - favoriser la sensibilisation des futurs chirurgiens à la chirurgie ambulatoire, en lien avec l'université.
2. Poursuivre, en lien avec les professionnels de santé, la démarche qualité pour sécuriser et fluidifier le parcours du patient opéré
 - S'assurer d'un seuil d'activité minimal des plateaux techniques
 - Veiller à la diffusion et la mise en œuvre des référentiels et indicateurs de qualité et sécurité dans les blocs opératoires
 - développer l'informatisation des blocs
 - développer la politique de gestion des risques
 - Développer la prise en charge en filière

Sécuriser et fluidifier les prises en charge d'amont et d'aval en développant les coopérations avec les services SSR, les réseaux de proximité, l'HAD, les établissements pour personnes âgées ou handicapées et la médecine ambulatoire...

Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant

- Valoriser la formation professionnelle initiale et continue des équipes

Encourager la spécialisation « infirmières de blocs opératoires », des IDE travaillant actuellement dans les blocs en la priorisant dans les plans de formation des établissements

S'assurer de l'appropriation des référentiels de qualité et de sécurité par les équipes soignantes

3. Permettre à la population d'accéder sur chaque territoire de santé à des soins de chirurgie gradués :
 - Offrir à la population lorraine un accès à une offre de chirurgie graduée

Identifier les différents niveaux de recours sur la région,

Encourager le développement de complémentarités des plateaux de chirurgie et de mutualisation d'activité et de moyens (Communautés hospitalières de territoire, de consultations avancées, de télémédecine...)

- Favoriser l'accessibilité financière de tous les lorrains à une chirurgie de qualité

S'assurer du maintien d'une part d'activité en secteur 1 dans les opérations de reconstitution,
Veiller au bon fonctionnement des Commissions d'Activité Libérale (CAL)

Mettre en place, en collaboration avec l'assurance maladie, un observatoire régional des dépassements d'honoraires en chirurgie

Suivre la mise en place du secteur optionnel en lien avec l'assurance maladie

- Mettre en place un observatoire statistique de la démographie des chirurgiens et anesthésistes sur les 4 territoires lorrains pour identifier les zones fragiles,

4. Renforcer l'efficacité des plateaux de chirurgie

- Encourager les coopérations/reconstitutions et mise en commun d'activité et/ou de plateaux techniques
- Explorer, justifier ou corriger les atypies dans le recours à la chirurgie de certains gestes au travers des dialogues de gestion en lien avec l'Instance Opérationnelle Régionale de Dialogue
- Inciter les établissements à améliorer l'organisation des plateaux techniques pour optimiser l'utilisation des salles opératoires et la sécurisation du parcours du patient

4. METHODOLOGIE

- Un groupe d'experts mixte qui regroupe :
 - des professionnels de la discipline :
 - chirurgiens
 - anesthésistes
 - responsables de blocs, directeurs des soins
 - des représentants des établissements de statuts privé et public des 4 territoires de santé
 - des représentants de l'URPS
 - des représentants des usagers
 - des représentants des fédérations hospitalières
 - des représentants de l'Assurance Maladie
- 2 réunions plénières programmées les 21 avril 2011 et 28 juin 2011 complétées par des réunions spécialisées :
 - Une réunion sur la qualité des blocs le 14 mai 2011
 - Une réunion sur la chirurgie ambulatoire le 14 juin 2011

La composition du groupe d'experts, les comptes-rendus de ces réunions et les propositions émises par les experts sont reproduits en annexe.

- Le recueil de données statistiques au travers d'un questionnaire adressé à tous les établissements publics et privés pour affiner et actualiser la connaissance de :
 - *La démographie médicale : le nombre de chirurgiens et leur spécialité par site, en ETP, l'âge. Le nombre d'anesthésiste, ETP, âge.*
 - *L'activité non dédiée à la chirurgie*
 - *La répartition entre les secteurs d'activité (1 ou 2)*
 - *Les activités partagés, les coopérations en place ou envisagées*
 - *L'organisation de la permanence des soins*

Nb : Le volet chirurgie ne comprend pas :

- La chirurgie cardiaque
- La chirurgie des grands brûlés
- La chirurgie pédiatrique
- La neurochirurgie

qui font l'objet de travaux spécifiques.

- o Des réunions de travail ont été organisées selon le même principe sur le thème de la chirurgie infantile. Cette discipline sera développée dans le volet SROS « périnatalité, enfance, adolescence » ;
- o Des thématiques font l'objet de chantiers transversaux du SROS PRS, en particulier :
 - Permanence des soins hospitalière,
 - Prise en charge de la douleur,
 - De même ont été prises en compte les recommandations des :
 - volet SROS ambulatoire (filiales d'amont/ aval)
 - programme régional de gestion du risque (PRGDR)
 - schémas prévention et médico-social

Un calendrier particulièrement contraint :

- juin 2011 : présentation de l'état des lieux du volet à la CSOS
- fin juin 2011 : présentation de l'état des lieux détaillé partagé et des grandes orientations retenues
- juillet-août 2011 : écriture des volets
- novembre 2011 : concertation avec les instances locales, départementales et régionales

ANNEXES

* Composition du groupe d'experts

* Compte-rendu des réunions

21 avril 2011 : Présentation des premiers éléments et des axes de travail du groupe, proposition d'une méthodologie et adoption du calendrier

- Etaient présents

Dr BLANQUART Didier	HPM
Dr GUARDIOLLE Jean-Christophe	Médecin conseil, DRSM nord est
Mme TEHAMI Marylène	CDOI 55
M. LANG Dominique	CDOI 57
M. HOUOT Gérard	CDOI 54
Mme ANSOULD Dominique	CH Neufchâteau
M. STEBE Olivier	CROI Lorraine
Mme VIEL Nathalie	CHU Nancy
Dr KAUFFMANN Jean-Paul	Alpha Santé Hayange
Dr CUNY Christian	CHR Metz
Pr MOLE Daniel	SINCAL
Dr GROSDIDIER Denis	Polyclinique Gentilly FHP
Dr BRESLER Laurent	CHU Nancy
Dr VERHAEGHE Jean-Luc	CAV
Dr BRESLER Franck	Ordre des médecins
Dr ALVERNHE Charles	URPS
Dr PLUVINAGE Charles	Polyclinique Parc Bar le Duc
Dr TOURAND Philippe	Clinique Louis Pasteur, Essey

- Excusés

Dr Tortuyaux,
Dr Turell,
Mme Bury représentante du CISS

12 mai 2011 : sous-groupe dédié aux dynamiques de qualité/efficience au sein des blocs opératoires

- Etaient présents

Mme ANSOULD Dominique	Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU
M. LABORDE Hervé	Centre Hospitalier Hôtel Dieu ALPHA SANTE
Mme MORELE Corinne	URPS Médecins Lorraine
Mme MICHEL DOLIVET Valérie	Centre Alexis Vautrin NANCY
Mme VIEL Nathalie	CHU NANCY
Mme TEHAMI Marylène	Centre Hospitalier de VERDUN
M. REMY Patrick	ARS Lorraine Service performance
M. Emmanuel BEUCHER	ARS Lorraine Service performance

- Principales conclusions :

- Les débats ont été menés autour d'une part, de l'utilisation et de la pertinence des outils suivants : Démarche MEAH, ANAP, Hospidiag, des recommandations HAS et des indicateurs de suivi des infections nosocomiales, la déclaration des événements indésirables et d'autre part sur l'organisation plus générale des blocs.
- Les démarches qualité, efficience et gestion du risque sont en cours d'appropriation par les professionnels, à des niveaux d'avancement différents selon les thématiques et les établissements.
- Les organisations diffèrent certes d'un établissement à l'autre, cependant un consensus a été obtenu sur la nécessité d'identification d'acteurs, de mise en place d'outils adaptés et de formation des personnels. Ces améliorations semblent indispensables et doivent faire l'objet d'une stratégie et d'un pilotage fort des directions d'établissements.
- Dans ce contexte, l'informatisation des blocs émerge comme une priorité.

14 juin 2011 :

sous-groupe chirurgie ambulatoire

- Etaient Présents

Dr Bresler Laurent-	CHU Nancy
Dr Verhaeghe Jean-Luc	CAV
Dr Tortuyaux Jean-Michel	CHU Nancy et CHG Toul
Dr Virte Michel	URPS
Dr Tourrand Philippe	FHP
Dr Peignier Catherine	CAV

- Principales conclusions :

Freins et moteurs du développement de la chirurgie ambulatoire :

« Ne jamais réduire la chirurgie à un acte »

- La volonté et la motivation des professionnels restent l'élément incontournable de tout projet de mise en place ou d'extension de l'activité chirurgie ambulatoire,
- La valorisation des actes de chirurgie ambulatoire en tarification à l'activité n'est pas incitative pour les structures publiques, alors que l'organisation des prises en charge ambulatoires est plus complexe et chronophage pour les équipes,
- La sensibilisation à l'intérêt de la chirurgie ambulatoire des acteurs doit se poursuivre et se renforcer. Elle doit concerner a minima les équipes chirurgicales, les professionnels de santé « d'amont » (tout particulièrement les médecins traitants), ainsi que les patients et leur entourage.
- L'optimisation de l'articulation avec les filières d'aval doit se poursuivre
- La démarche de sensibilisation pourrait être déclinée selon les modalités suivantes :
 - Diffusion d'un document de sensibilisation
 - Relais d'information par l'URPS de Lorraine
 - Communication auprès des réseaux de santé
 - Valorisation de la formation des professions para médicales

- Mise en place d'un comité de suivi régional de la chirurgie ambulatoire en Lorraine, chargé d'accompagner les établissements. Ce comité serait issu du présent groupe et élargi aux équipes administratives des établissements ;
- Organisation des états régionaux de la chirurgie ambulatoire au second semestre 2011 pour valoriser les équipes en pointe sur le sujet et infuser des bonnes pratiques dans la région
- Poursuite de la démarche MSAP
- Réflexion sur l'opportunité de la mise en place d'un plateau dédié à la chirurgie ambulatoire. Les membres du groupe soulignent la pertinence d'une telle organisation au sein de territoires présentant un défaut d'offre de soins en chirurgie (maintien de l'accessibilité). Ce type de structure pourrait être consacré à la prise en charge de disciplines déterminées ex. : OPH, dermato, etc...
- Poursuite des réflexions sur la maturité des sites de chirurgie ambulatoire
 - Suivi du respect du cahier des charges et des recommandations en terme de qualité ; (organisation de la prise de RDV jusque la post hospitalisation)
 - Valorisation des organisations dédiées à la chirurgie ambulatoire respectant les cahiers des charges de la qualité

Plus généralement, l'organisation de la prise en charge ambulatoire demeure l'élément central. Des structures peuvent être dédiées, ceci n'impliquant pas la nécessité de dédier des blocs.

- Evaluation de la possibilité d'organiser des téléconsultations d'anesthésie en substitution à la consultation avancée, dans des contextes particuliers dans un premier temps ex : milieu carcéral ;
- Engagement d'une réflexion sur les transports des patients en amont et aval de la chirurgie ambulatoire

28 juin 2011

réunion plénière

• Etaient présents

Dr Tortuyaux Jean Marc	CHU Nancy, CHG Toul
Dr Blanquart Didier	HPM
Mr Lang Dominique	CDOI 57
Mr Stebe Olivier	CROI Lorraine
Dr Cuny Christian	CHR Metz
Dr Grosdidier Denis	Polyclinique Gentilly FHP
Dr Verhaeghe Jean-Luc	CAV
Dr Alvernhe Charles	URPS
Dr Pluvinage Charles	Polyclinique Parc Bar le Duc
Dr Virte Michel	URPS
Dr Plages Philippe	FHP

• Excusés

Dr Tourand Philippe	Clinique Louis Pasteur, Essey
Mme Viel Nathalie	CHU Nancy
Dr Kauffmann Jean-Paul	Alpha Santé Hayange

Le but de cette réunion était de finaliser les travaux des sous groupes et de dégager des pistes de travail destinées à alimenter un point d'étape pour le 30 juin.

- Sur l'état des lieux du recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, il est rappelé au groupe que le diagnostic réalisé à partir des données de l'ATIH montre des atypies non explicables à ce jour. Afin d'alimenter le dialogue de gestion entre la DGOS et l'ARS, il est proposé de réaliser une enquête ponctuelle sur la pertinence de l'intervention du canal carpien.

- Les propositions des différents sous groupes sont avalisées après discussion.
 - Il a été acté que la qualité des blocs est lié à l'informatisation des structures car les équipes, de l'avis général, sont sensibilisées à la problématique qualité.
 - Sur la chirurgie ambulatoire, plusieurs priorités émergent de la réflexion du groupe :
 - Examiner une valorisation des interventions par rapprochement des tarifs
 - Ne pas réduire l'intervention à un acte mais appréhender l'environnement : amont, organisation, procédures d'aval
 - Mutualiser les organisations et les expériences (hot line régionale ?)
 - Créer un groupe de réflexion régional et organiser des états généraux de la chirurgie ambulatoire en Lorraine
 - Réfléchir à un cahier des charges des centres exclusifs de chirurgie ambulatoire

GENETIQUE

Contexte :

C'est la première fois que cette activité fait l'objet d'un volet du SROS.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuie sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée. Le SROS doit assurer des réponses adéquates aux besoins de la population régionale, il doit permettre à chaque personne concernée d'avoir un égal accès à un diagnostic et une prise en charge en réduisant les inégalités par une bonne organisation des moyens de cette réponse et l'amélioration de la visibilité des circuits existants, ce par une amélioration de :

- l'accès aux soins ;
- la qualité de prise en charge ;
- l'efficacité.

La génétique est un domaine où les progrès ont été considérables ces 20 dernières années et pour lequel les connaissances acquises, en particulier depuis le séquençage du génome humain en 2001, ont rapidement donné lieu à une application pratique en termes de soins notamment en pédiatrie, en oncologie et en neurologie.

Dans le même temps, la loi de bioéthique, de sa rédaction d'origine de 1994 à sa dernière révision du 7 juillet 2011, a strictement encadré cette discipline. Le développement des connaissances et des techniques de diagnostic ont ainsi été inscrits dans le cadre de plans nationaux « Maladies rares » ou « Cancer ». Aujourd'hui, plus de 1200 gènes responsables d'une maladie génétique sont identifiés et presque autant de diagnostics sont disponibles.

Ainsi, le décret n°2000-570 du 23 juin 2000 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales et modifiant le code de la santé publique a inscrit cette discipline dans le code de la santé publique. Puis, le décret n°2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, a reconnu cette activité comme une activité de soins soumise aux dispositions communes du code de la santé publique et à un double régime d'autorisation et de contrôle, partagé entre l'agence de biomédecine en ce qui concerne l'agrément des praticiens et la commission exécutive de l'ARH (puis le directeur général de l'ARS) pour l'autorisation de l'activité biologique. Ce texte précise également que les activités de génétique doivent faire l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins lequel doit intervenir dans un délai de trois ans à compter de la publication du décret (soit avant le 4 avril 2011). Les dispositions donnant compétence au directeur général de l'ARS prendront donc effet à compter de la publication du présent schéma. Dans l'intervalle, et à titre transitoire, l'autorité administrative chargée de la délivrance des autorisations ou des renouvellements d'autorisations de pratiquer les diagnostics génétiques reste le préfet de région.

La loi de bioéthique, dans sa révision du 7 juillet 2011, met l'accent sur les conditions d'information préalablement à la réalisation d'un examen et, pour les laboratoires, sur les normes de fonctionnement et en particulier leur accréditation telle que prévue par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Enfin, les orientations nationales précisées dans le guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) ont évolué pendant les travaux d'élaboration. Les derniers éléments qui apparaissent dans la circulaire DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 prennent en compte toutes les particularités de la discipline. Toutefois, il convient de noter que les progrès des connaissances comme les évolutions technologiques, en génétique moléculaire, rendent périlleuses les prévisions à 5 ans.

1. Périmètre de la thématique :

Le décret n°2008-321 codifié relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales définit cette activité et précise les conditions de prescription de l'examen, d'agrément des praticiens et d'autorisation d'activité des laboratoires concernés.

1.1. Définitions :

Cette discipline est définie par les articles R 1131-1 et 2 du code de la santé publique :

« L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

1° Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;

2° Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;

3° Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Constituent ces analyses :

1° Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

2° Les analyses de génétique moléculaire ;

3° Toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus. Ces analyses seront définies dans un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence de la biomédecine. »

La génétique est donc une activité clinico-biologique, c'est-à-dire comportant une consultation médicale (assurée par un médecin généraliste, spécialiste ou généticien) ainsi qu'un examen (réalisé par un praticien agréé dans un laboratoire autorisé) et visant d'une part des malades et d'autre part des « apparentés asymptomatiques mais présentant des antécédents familiaux ».

1.2. Périmètre et articulations :

Le SROS concerne l'activité de génétique constitutionnelle post-natale correspondant aux analyses suivantes :

- Cytogénétique,
- Biologie moléculaire (dont les analyses HLA, hors greffe, la pharmacogénétique et l'oncogénétique constitutionnelle).

Les autorisations délivrées aux laboratoires peuvent être ou non limitées à une seule catégorie d'analyse mais ce n'est pas le cas en région Lorraine.

Sont exclues de ce volet du SROS, les analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal (DPN) et le dépistage néonatal ainsi que la génétique et l'oncogénétique somatique (étude des tumeurs). Une articulation est indispensable avec les volets « Périnatalité » et « Traitement du cancer et des liens doivent également être établis avec le schéma régional d'organisation médico-sociale mais aussi avec le schéma Prévention.

L'activité recouvre le champ des maladies héréditaires, c'est-à-dire celles qui sont transmises de génération en génération et pour lesquelles des anomalies chromosomiques (recombinaison, ségrégation, transmission ...) ou génétiques (mutations) sont présentes dans toutes les cellules d'un individu dès la conception. Les analyses ont pour objet de permettre d'établir un diagnostic biologique et d'assurer un conseil génétique.

La cytogénétique est l'étude des phénomènes génétiques au niveau des chromosomes, sans la nécessité d'extraire l'ADN. Elle a pour but de détecter les anomalies chromosomiques (anomalie de nombre ou de structure : chromosome surnuméraire, recombinaison de chromosomes ...) grâce à des techniques microscopiques (techniques de bandes, techniques de cytogénétique moléculaire). Les techniques utilisées sont principalement la réalisation de caryotype, les méthodes de FISH (Fluorescent In-Situ Hybridation : hybridation in-situ par des sondes fluorescentes), l'utilisation de puce à ADN (analyse chromosomique sur puce à ADN ACPA ou CGH array).

La génétique moléculaire est une discipline en pleine évolution dont l'objet est l'analyse de la compréhension des mécanismes moléculaires de la transmission des caractères. Le terme « biologie moléculaire », désigne l'ensemble des techniques de manipulation des acides nucléiques et notamment de l'ADN (techniques d'analyse par amplification, par hybridation et séquençage notamment).

L'oncogénétique constitutionnelle permet le repérage, le diagnostic et le suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques à l'origine de certains cancers. L'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers repose sur la consultation d'oncogénétique où ces tests sont prescrits, selon le risque évalué par l'oncogénéticien. Le résultat d'une recherche de mutation a une influence importante sur les apparentés indemnes pour lesquels une mutation a été identifiée. Il est alors proposé à ces derniers des mesures de prévention primaire (chirurgie prophylactique essentiellement) ou secondaire telles qu'un suivi à des fins de diagnostic précoce.

La pharmacogénétique est l'étude de l'influence de la variabilité du génome (le génotype) dans la réponse à un traitement médicamenteux en raison du polymorphisme génétique. En effet, en présence d'une dose standard de médicament, certains individus vont s'éloigner de la réponse attendue, en présentant soit une diminution ou une absence d'efficacité soit des effets indésirables ou une toxicité. La pharmacogénétique a pour objectif de développer des tests simples permettant de déterminer les profils génétiques des individus pour dépister ceux qui présentent un risque particulier d'inefficacité ou de toxicité vis-à-vis de certains médicaments et de prévoir la dose la plus adaptée à chaque individu pour un médicament donné. La pharmacogénétique permet ainsi une prescription individualisée afin d'optimiser les traitements médicamenteux.

Les analyses HLA, de même que les tests d'oncogénétique, ont une visée prédictive : elles consistent en la recherche d'allèles fréquemment associés à certaines maladies auto-immunes. Les différents gènes HLA du Complexe Majeur d'Histocompatibilité présentent la particularité d'être impliqués d'une part de manière plus ou moins directe dans de nombreuses pathologies et prédispositions aux maladies, et d'autre part dans les phénomènes de tolérance et de rejet de greffes.

2. Approche des besoins

L'estimation des besoins est difficile à réaliser faute d'études épidémiologiques rigoureuses. Les besoins peuvent être approchés à travers l'activité réalisée (consultations, examens), les indicateurs de pression (délai d'obtention de rendez-vous), ... Ils sont en constante augmentation et ne cesseront de croître en raison de la découverte de déterminants génétiques dans les maladies.

Des estimations plus fines des besoins peuvent également être puisées dans les plans nationaux, Plan Maladies rares et Plan Cancer : nombre de cas observés pour chaque maladie, prévalence ... (Données Orphanet et INCA).

Compte tenu des avancées scientifiques régulières, cette activité est en plein essor et en constante augmentation. Les maladies génétiques touchent environ 5% de la population et la majorité de la population si on prend en compte les facteurs de prédisposition. Ainsi, l'agence de la biomédecine a recensé en 2010 84.925 examens de cytogénétique et 361.169 examens de génétique moléculaire.

2.1. Part croissante des pathologies à déterminant génétique connues :

De nombreuses maladies humaines sont pour tout ou partie déterminées génétiquement. On estime que 4 % des naissances vivantes sont concernées, soit par une maladie mendélienne (c'est-à-dire totalement déterminée génétiquement), soit par une anomalie chromosomique, soit par une malformation congénitale et que 15 % au moins des individus, voire la majorité, sont porteurs de mutations sur des gènes de susceptibilité à une affection multifactorielle. En moyenne, nous sommes tous porteurs de 7 mutations correspondant à une maladie monogénique récessive.

2.2. Maladies rares :

On estime également que 4 à 6% des individus seraient atteints de maladies rares ce qui représente 2 à 2,5 millions de malades en France et 20 millions en Europe.

Une maladie rare est définie comme étant une maladie qui touche moins de 1 personne sur 2000. Sur les 8000 maladies rares répertoriées à travers le monde, environ 80 % sont d'origine génétique et on connaît les gènes qui sont associés à environ 2.400 d'entre elles. Cinq nouvelles pathologies sont décrites chaque semaine dans le monde, dont 80 % sont d'origine génétique.

Au niveau de la région Lorraine, les besoins ne peuvent être approchés que par extrapolation des estimations nationales. Ainsi, le nombre de personnes atteints d'une maladie rare peut être évalué à 138.000.

En dehors des maladies rares génétiques et héréditaires et des cancers héréditaires, d'autres maladies sont héréditaires. Par exemple, l'hémochromatose de type I est une maladie autosomique récessive liée à un trouble du métabolisme du fer. Le diagnostic génétique repose sur la détection de la mutation Cys282Tyr (C282Y) du gène HFE, gène localisé sur le chromosome 6. Quant un individu est homozygote pour cette mutation, un conseil génétique doit être proposé aux apparentés du premier degré.

2.3. Oncogénétique :

S'agissant des cancers, on considère que 5 à 10 % des cancers sont héréditaires, c'est-à-dire qu'ils surviennent du fait d'une prédisposition héréditaire majeure. Plus de 30 gènes mutés responsables de cancers héréditaires ont été identifiés. Les cancers héréditaires les plus fréquents sont ceux du sein et/ou ovaire et du côlon.

Par ailleurs on estime que 15 à 20 % des cancers sont des formes familiales, sans appartenir à la catégorie des cancers héréditaires ; la survenue de ces cancers est en relation soit avec des anomalies génétiques de faible pénétrance (la mutation n'entraîne pas toujours le cancer ou sous des formes plus ou moins graves), soit avec des anomalies génétiques multiples ou encore en relation avec des causes environnementales et génétiques.

2.4. Pharmacogénétique :

L'entrée de ces tests dans la pratique clinique demeure difficile à évaluer car encore du domaine de la recherche mais l'impact prévisionnel lié aux nouvelles modalités de prescription semble incontournable dans une recherche d'efficacité et de sécurité (lutte contre la iatrogénie des traitements).

Nancy a une longue expérience de pharmacogénétique par ses activités universitaires et hospitalières, particulièrement dans le domaine de la génétique des enzymes du métabolisme des médicaments. Après un DEA, vient d'être créé un DU de Médecine et Thérapie Personnalisée. D'autre part, des manifestations scientifiques sont régulièrement organisées et une Société Européenne de Pharmacogénomique et Théranostique (ESPT) vient de voir le jour suite à la table ronde finale du Colloque de Santorin 2010.

L'analyse plus fine des différents types d'activité en génétique révèle que les besoins sont en fait extrêmement difficiles à estimer pour plusieurs raisons :

- la possibilité d'accès à un test génétique peut être méconnue voire refusée (refus de consentement, impact familial) ; ces situations ont été relevées pour des patients suivis dans des structures pour personnes handicapées ;
- les tests génétiques ne sont pas toujours prescrits par un médecin généticien mais souvent par un généraliste ou un médecin spécialiste par conséquent ces patients ne sont pas comptabilisés dans les consultations de génétique ;
- en ce qui concerne les examens, l'organisation actuelle montre qu'un bon nombre d'examen est réalisé hors région et souvent par les principaux laboratoires nationaux (CERBA, BIOMNIS, PASTEUR).

Enfin, le développement des tests de diagnostic rend possible le dépistage tant des malades que des sujets porteurs sains (hétérozygotes) pour de nombreuses maladies. Un dépistage systématique est réalisé chez le nouveau-né et concerne cinq maladies : la phénylcétonurie, la drépanocytose, la mucoviscidose, l'hypothyroïdie et l'hyperplasie congénitale des surrénales mais la question du bien fondé (et donc du besoin réel) du dépistage systématique en population, de ces maladies et des sujets à risque susceptibles de les transmettre se pose. Une analyse de la balance bénéfique/risque reste fondamentale au niveau individuel et également collectif. Parfois, le bénéfice direct est indiscutable, par exemple pour le dépistage de la polypose colique familiale, du cancer du sein ou de l'ovaire ou encore de la chorée de Huntington. Mais à l'extrême, le dépistage des individus hétérozygotes récessifs n'a pas grand sens et devrait s'appliquer uniquement aux couples. Dans le même ordre d'idée, l'accès, bien qu'interdit en France, aux tests génétiques en vente libre sur Internet pose la question de l'information et de l'explication des résultats comme le soulève déjà l'utilisation des nouvelles techniques.

Au total, la place de la génétique dans les activités de soins est un domaine évolutif puisque ayant partie liée avec les retombées pratiques de connaissances actuellement en plein essor (découverte régulière de nouveaux gènes impliqués dans des maladies, développement des techniques permettant un diagnostic plus rapide mais à l'origine d'autres questionnements). Aussi, l'estimation prévisionnelle précise des besoins en matière d'examen de génétique à des fins médicales représente un examen difficile.

Aussi, dans ce cadre, semble-t-il judicieux de mettre en place un suivi de cette activité, notamment au regard des rapports d'activité des structures (consultations et laboratoires) lesquels devront être systématiquement communiqués à l'ARS, et de réaliser un bilan d'étape dans les 2 à 3 ans de l'approbation du schéma.

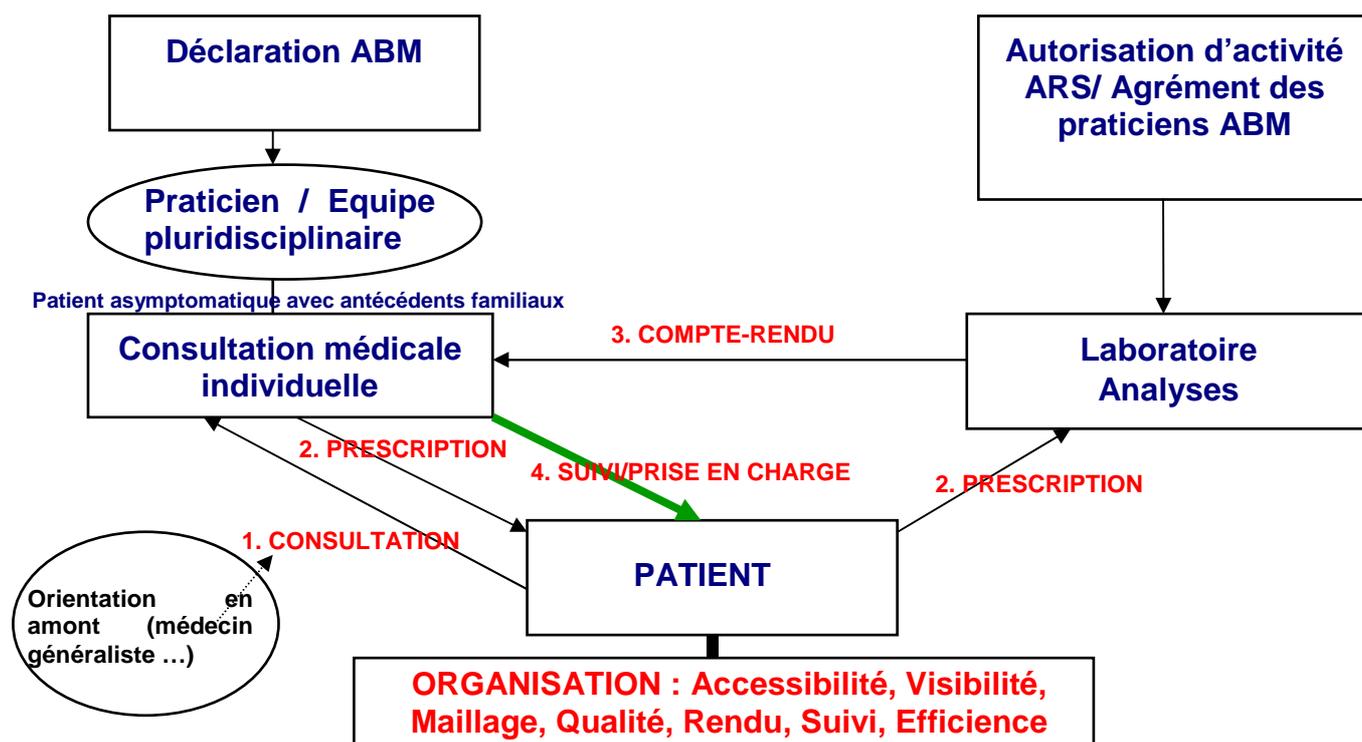
3. Offre

L'offre en génétique concerne les consultations et les examens de laboratoire.

3.1. Lisibilité de l'offre existante :

3.1.1. Mode d'utilisation de l'offre de soins en génétique :

Conformément à la réglementation, l'entrée dans le parcours de soins passe par l'identification des individus et des familles présentant une maladie héréditaire ou à importante composante héréditaire.



Cette identification suppose le repérage par le médecin généraliste ou, plus souvent, un médecin spécialiste des caractéristiques justifiant parfois une orientation vers une consultation de génétique ; il faut alors considérer les activités de génétique comme une activité d'expertise et un recours de 2ème niveau dans le système de santé. Toutefois, l'orientation vers une consultation de génétique n'est pas systématique. Une grande partie des tests sont ainsi prescrits hors « filière Génétique » directement par le médecin traitant ou le spécialiste, non généticiens. Il s'agit en général d'examen portant sur des affections fréquentes (thrombophilie, hémochromatose) et dont le résultat va se traduire par un bénéfice direct pour le patient.

Il arrive également que des personnes, malades ou apparentées, prennent directement l'attache du service de génétique pour prendre rendez-vous (communication intra-familiale, information relayée par une association de malades, par une structure médico-sociale).

3.1.2. Connaissance de l'offre :

La question de la connaissance de l'offre de soins et de sa lisibilité se pose. S'agissant précisément d'une activité très spécialisée, si l'information concernant l'offre de soins en région est disponible, celle-ci n'apparaît pas aisément accessible, en particulier pour des non spécialistes. L'information apparaît dispersée et présente en partie sur plusieurs sites Internet : Orphanet, INCA, FECLAD, établissements, laboratoires ...), elle est également parfois très précise mais ciblée sur la pathologie (le portail Orphanet fournit ainsi pour une pathologie donnée une mine d'informations : caractéristiques de la maladie, modalités de diagnostic et de dépistage, consultations et laboratoires concernés, prise en charge ...). Mais il n'existe pas de communication complète à l'usage des patients, des associations ou des médecins généralistes donnant la liste de l'ensemble des consultations et des laboratoires existants sur la région et indiquant les pathologies prises en charge.

3.2. Les consultations de génétique :

3.2.1. Caractéristiques et critères :

La consultation de génétique est assurée par un médecin détenteur de la qualification en génétique médicale attribuée par le Conseil National de l'Ordre des médecins. Elle a plusieurs objectifs :

- Une visée diagnostique ou de suivi pour un malade atteint d'une affection rare potentiellement génétique (maladie du développement ou « syndromes malformatifs ») ;
- De conseil génétique, chez un malade et/ou ses apparentés ;
- Dans les situations dites « de médecine prédictive » chez les apparentés asymptomatiques d'un patient chez lequel a été identifiée une mutation, dont ils peuvent se révéler porteurs (diagnostic présymptomatique pour des individus présentant un risque de développer une maladie génétique de révélation précoce, dans le cadre du dépistage néonatal systématique (par exemple, le diagnostic de la mucoviscidose chez les nouveau-nés), une maladie génétique de révélation tardive comme la maladie de Huntington, un cancer lié à des mutations d'un gène de prédisposition (BRCA1 et BRCA2 pour le cancer du sein)...)
- Pour l'organisation du diagnostic prénatal (DPN) ou préimplantatoire (DPI) en cas de maladie connue d'une particulière gravité et non curable au moment du diagnostic, si la mutation responsable a été identifiée.

Cette spécialité a des aspects transversaux avec de nombreuses autres disciplines médicales (pédiatrie, oncologie, neurologie, cardiologie ...) nécessitant des connaissances spécifiques dans ces disciplines et la mise en œuvre d'une collaboration étroite avec d'une part les spécialistes dans ces disciplines, d'autre part les laboratoires.

Dans le cadre de ces diverses activités, les médecins généticiens sont amenés à prescrire des analyses génétiques dont ils connaissent toutes les conséquences individuelles et familiales, le coût et les difficultés d'interprétation de certaines d'entre elles. Ils doivent souvent exercer une fonction de médecin généraliste pour coordonner les prises en charge médicales et paramédicales, souvent complexes et mal connues, des patients présentant une maladie rare. Compte tenu également des avancées techniques, de la complexité croissante de l'interprétation des examens et de leurs explications au patient, une consultation de génétique est souvent souhaitable avant la prescription d'examens génétiques.

Les conditions de prescription et de réalisation des examens génétiques sont précisées par le décret du 4 avril 2008. Ainsi, tout médecin a la possibilité de prescrire des examens de génétique aux malades. Par contre, seul un médecin qualifié en génétique médicale peut effectuer la restitution des résultats chez les patients asymptomatiques, ainsi que la prescription des examens de génétique chez les personnes apparentées. Les médecins qui prescrivent des examens des caractéristiques génétiques pour les personnes asymptomatiques présentant des antécédents familiaux doivent appartenir à des équipes pluridisciplinaires déclarées auprès de l'Agence de la biomédecine. Ces équipes associent d'autres professionnels : psychologue, conseiller en génétique (pas de poste en Lorraine) ...

Ces règles de bonnes pratiques des tests génétiques, dont pas de test sans utilité clinique et pas de test sans suivi médical individualisé connaissent aujourd'hui des contradictions notamment avec le développement des tests génétiques en accès libre sur Internet. Si ces tests ne sont pas autorisés en France, leur interdiction paraît illusoire compte tenu de l'accès universel à Internet. Ces tests nécessitent sans doute une veille permanente et une information du public des dangers de cette génétique « récréative » et commerciale, information de la part des professionnels de santé, dans un premier temps des généticiens auprès des médecins généralistes, puis au niveau de la population par des débats citoyens réguliers en collaboration étroite avec les acteurs politiques.

Le danger de ces tests se situe à plusieurs niveaux : celui du « non » accompagnement de la personne seule avec ses résultats (situation déjà difficile quand les personnes sont en face du professionnel, celui de la démission des professionnels face à des résultats qui impliquent la vie future de la personne et sa famille (par opposition à l'autonomie de la personne plus importante), celui du problème des tests chez les mineurs qui risquent d'être banalisés (sans bénéfice direct), et pour les prédispositions aux maladies communes (diabète, maladies cardio-vasculaires par exemple) en négligeant les facteurs liés à l'environnement.

3.2.2. Etat des lieux :

Les consultations de génétique sont les suivantes :

- A NANCY :
 - Laboratoire ATOUTBIO
 - CHU – Service de médecine infantile
 - CHU – Laboratoire de génétique médicale, Service de génétique moléculaire
 - Maternité régionale – Service de médecine néonatale, Unité de génétique clinique
- A METZ :
 - CHR - HMM
- A EPINAL :
 - Laboratoire ANALYSIS

En Oncogénétique, une seule consultation identifiée :

- A NANCY :
 - CHU – CAV

L'analyse de leur fonctionnement permet de montrer les particularités de chacune mais aussi de faire apparaître des points communs.

Ainsi : la consultation du CHU (laboratoire de génétique médicale) est à la fois une consultation de génétique générale et de génétique spécialisée (neurogénétique, oncogénétique, AMP, DPI ...), s'adressant plutôt à l'adulte, elle est adossée au laboratoire de génétique du CHU lequel accueille la plateforme régionale de génétique moléculaire et assure un rôle central en région voire au niveau national pour certaines pathologies (syndrome de Rett notamment). La consultation de la Maternité régionale est une consultation de génétique anté-natale (DPN) et de génétique post-natale, et dans ce cas destinée à l'enfant, et a développé certaines spécialités comme le dépistage des surdités (centre de compétences surdités génétiques) ou l'étude des syndromes de malformation maxillo-faciale. La consultation du CHU (service de médecine infantile) est essentiellement une consultation de génétique enfants avec également une activité de génétique anté-natale et néonatale ; dans ce cadre, le responsable préside l'association lorraine pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (ALDPHE) laquelle coordonne les activités de dépistage néonatal en Lorraine ; il a développé de nombreuses collaborations avec les spécialistes (maladies du métabolisme, neurologie, dermatologie ...) notamment dans le cadre de son travail sur les anomalies du développement et syndromes malformatifs.

Il est à noter que ces trois consultations constituent les consultations lorraines du centre de référence « anomalies du développement et syndromes malformatifs » coordonné par le CHU de Dijon et associant également des consultations en Champagne-Ardenne (CHU de Reims) et en Alsace (CHU de Strasbourg). Les deux dernières consultations (Maternité et CHU – service de médecine infantile) participent à la gestion de la base de données CEMARA permettant le recueil des données des patients suivis par les CLAD. Des consultations avancées ont été mises en place notamment à Metz. Des liens ont été établis avec les structures médico-sociales (MAS, CAMSP, ...) mais semblent insuffisants souvent du fait de ces structures qui ont pu, par exemple, dénoncer la convention de collaboration.

La consultation de Metz (CHR site HMM) est une consultation partagée de génétique enfants et adultes (diagnostic prénatal, génétique clinique et oncogénétique). Les généticiens cliniciens du CHU

de Nancy, interviennent une fois par mois en collaboration. Il est à noter que le CHR Metz-Thionville n'assure pas de consultation sur le site de Thionville.

La consultation d'oncogénétique est une consultation associant le CHU (laboratoire de génétique médicale) et le Centre Alexis Vautrin (CLCC CAV) et ayant pour laboratoire d'analyse celui du CHU. Cette consultation fait appel aux autres professionnels suivants : temps de secrétariat, d'infirmière, de psychologue, d'ingénieur en biologie moléculaire, de conseiller en génétique (actuellement en formation). Une consultation avancée est faite également sur Metz. Le volume de consultations se répartit pour moitié entre les patients et familles connus et les nouvelles familles. Elles concernent pour l'essentiel les cancers sein/ovaire (test des gènes BRCA1 et BRCA2) et les cancers digestifs (gènes MLH1, MSH2, MSH6, APC, instabilité des microsatellites MSI, CDH1). La consultation d'oncogénétique se caractérise cependant par un délai d'attente très long pour un premier rendez-vous (28 semaines en moyenne, voire un an) sauf urgence.

Les deux consultations réalisées en laboratoire (Atoutbio à Nancy et Analysis à Epinal) ont une activité moins importante et relèvent pour la plupart de l'activité d'AMP ou de DPN, il s'agit en post-natal de bilans de stérilité, fausses couches répétées, anomalies du caryotype, bilans de thrombophilie, hémochromatose, maladies génétiques familiales pour lesquelles le laboratoire sert de relais local entre le praticien (le plus souvent gynécologue) et le centre de référence spécialisé.

L'activité peut être résumée ainsi :

Site consultation	ETP	Activité (Nb consultation 2009/2010)
Etablissement de santé		
CHU – Médecine infantile	0,5	664
CHU – Génétique médicale	0,3	462
Maternité régionale	1	856 (245 néonatal, 214 DPN, 397 G)
CHR - HMM	0,8	582 (438 DPN - 144 G)
Laboratoire		
Atoutbio	0,1	78 (DPN-AMP)
Analysis	0,1	150 (AMP-DPN)
Oncogénétique		
CHU - CAV	0,25	847
TOTAL	3,05	1916 G
		619 AMP-DPN
		245 néonatal

Rq : AMP : assistance médicale à la procréation ; DPN : diagnostic prénatal ; G : génétique

La répartition des 7 consultations existantes révèle :

- Une localisation géographique autour du sillon lorrain, ce qui pose la question de la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire (maillage territorial) ;
- Une implantation essentiellement hospitalière dont il découle une différence dans la nature des consultations réalisées en établissement ou en laboratoire ;
- Une concentration sur Nancy sans toutefois d'organisation unifiée de ces consultations ;
- L'insuffisance de consultations d'oncogénétique.

Pour les 5 consultations hospitalières, des points communs apparaissent :

- l'importance du travail en interdisciplinarité avec les spécialistes (pédiatre, gynécologue-obstétricien, neurologue, ...) qui se traduit par des réunions de concertation pluridisciplinaires régulières mais aussi en équipe avec d'autres professionnels (assistante sociale, psychologue (sur Nancy cette dernière intervient sur les 3 sites), secrétariat, conseiller en génétique (pas de poste créé en région mais une personne actuellement en formation effectuant son stage à Nancy)...)

- l'appartenance à un réseau extra-régional voire national avec des réunions le 3^e jeudi du mois à l'hôpital Necker à Paris afin de discuter des cas les plus complexes créant ainsi des liens professionnels forts ;
- une éthique et des principes partagés : un fort attachement au service rendu au patient en termes d'information, de juste prescription, de conseil génétique, d'accompagnement en particulier lors de l'explication des résultats ... ;
- Les délais constatés sont comparables (hors oncogénétique) : 2 à 4 mois d'attente pour obtenir une consultation sauf urgence (quelques jours voire le jour même), délai pour le rendu des résultats très variable (quelques mois à un an ou plus) en fonction de la pathologie et des recherches nécessaires (parfois plusieurs examens nécessaires pour avoir confirmation des résultats) ;
- La crainte de la part des praticiens d'une possible disparition des compétences régionales d'où une volonté réaffirmée de meilleures organisation et coopération.

3.2.3. Plan Maladies Rares, Plan Cancer : Structuration nationale :

L'activité de génétique est de reconnaissance récente : décrets en 2000 puis 2008. Le décret de 2008 a donné à l'ARH une compétence s'agissant d'autoriser l'activité de génétique ; cependant cette évolution réglementaire paraît encore insuffisante puisque seule une partie de cette activité (biologique), et non la totalité, est soumise à ce régime.

En l'absence d'autorité de planification régionale, l'organisation existante a vu le jour au travers de plans, mesures et appels d'offres nationaux. La structuration actuelle résulte de son inscription dans le cadre de ces plans nationaux lesquels n'ont pas forcément tenu compte des besoins régionaux. Tout projet d'évolution de l'organisation régionale doit par conséquent s'intégrer et être en cohérence avec ce cadre national voire international.

Ainsi, le premier Plan Maladies Rares (2005-2008) a donc conduit à la création des Centres de référence labellisés puis des Centres de compétences. De même, le premier Plan Cancer a permis le développement de l'activité d'oncogénétique avec le renforcement des consultations et la reconnaissance de plateformes de génétique moléculaire.

Il en résulte l'organisation suivante en Lorraine :

- Un Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme au CHU de Nancy ;
- Un Centre de référence interrégional multisites des anomalies du développement et syndromes malformatifs (coordination CHU Dijon, avec 3 centres associés en Lorraine avec des consultations communes avec les consultations de génétique du CHU et de la Maternité régionale)
- Trois consultations des centres de référence suivants : des maladies neuromusculaires rares de Strasbourg (adultes), des maladies neuromusculaires rares de Strasbourg (enfants) et des angioedèmes non histaminiques ;
- Vingt-trois centres de compétences (services du CHU ou de la Maternité régionale), par exemple maladies respiratoires, rénales, vasculaires rares, surdité congénitale et génétique, spina bifida ...

Il est à noter que ces centres peuvent avoir une activité importante de génétique. Considérant qu'il s'agit avant tout de l'exercice de spécialités médicales, l'activité des consultations correspondantes n'a pas été intégrée dans l'activité de génétique (tableau précédent) sauf quand ces consultations sont confondues. Cependant, compte tenu du caractère héréditaire des maladies prises en charge, ces centres et consultations constituent un élément fondamental et incontournable dans la prise en charge des maladies rares et des maladies héréditaires et leur labellisation les place au premier plan.

Ainsi, le Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme rassemble cinq sites répartis sur l'ensemble de la région Grand Est (CHU de Nancy, Besançon, Dijon, Reims et Strasbourg) et traite plus de 300 pathologies. Le site de Nancy suivait, en 2009, plus de 900 patients enfants et adultes (dont 90% de la région Lorraine) et assurait près de 1.200 consultations avec un délai d'attente de consultation inférieur à un mois.

Le centre a élaboré le protocole national de diagnostic et de soins sur la phénylcétonurie et participe avec les autres centres du groupe de coordination des centres de maladies métaboliques (GCCMM) à la réalisation de procédures pour la prise en charge des grands groupes de maladies héréditaires du métabolisme. L'organisation inter-régionale en place permet une prise en charge du patient au plus près de son domicile ainsi que la mise en place de projets de recherche communs. Le laboratoire du service de biochimie, biologie moléculaire, nutrition, métabolisme du CHU, rattaché au centre de référence a une importante activité de génétique moléculaire et de pharmacogénétique.

Le centre de référence interrégional multisites des anomalies du développement et syndromes malformatifs fait partie d'une fédération réunissant les 8 centres de référence sous le nom de FECLAD (Fédération des Centres Labellisés « Anomalies du Développement »). La FECLAD est une structure de réflexion, de concertation et de proposition concernant l'organisation du diagnostic et de la prise en charge des patients porteurs d'anomalies du développement. Ses missions et objectifs sont l'amélioration des stratégies de diagnostic et les schémas de prise en charge sur l'ensemble du territoire. La FECLAD établit par exemple des référentiels pour les pratiques et la démarche d'évaluation, met à la disposition des usagers des Centres de Référence Anomalies du Développement un site Web dédié, a mis en place un registre français des anomalies du développement (CEMARA) ... De nombreux patients présentant une pathologie rare ne requérant pas de suivi intensif par une autre discipline sont suivis par les généticiens du Centre de Référence.

En ce qui concerne l'activité d'oncogénétique, cela a conduit à identifier :

- Une consultation d'oncogénétique bisite (CHU – CAV) ;
- Une plateforme hospitalière de génétique moléculaire des cancers (CHU - CAV coordonnée par le CHU) laquelle a une charte de fonctionnement ; et à favoriser les collaborations et le travail en réseau, comme en atteste l'adhésion des professionnels au réseau RENATEN (réseau national de prise en charge des tumeurs neuro-endocrines malignes rares sporadiques et héréditaires) et surtout les travaux régionaux ou inter-régionaux (avec l'Alsace notamment) diffusés via le site ONCOLOR (réseau de cancérologie de Lorraine) (procédures en oncogénétique ...).

3.3. Les laboratoires :

La partie biologique de l'activité de génétique relève des laboratoires. Le décret du 4 avril 2008 fixe les conditions de réalisation de ces examens. La procédure d'autorisation suit un double régime :

1. l'Agence de la biomédecine est compétente pour délivrer les agréments des praticiens pour la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (médecin, pharmacien titulaires du DES de biologie médicale ou d'un diplôme équivalent, ou à titre exceptionnel personnalité scientifique disposant d'une formation et d'une expérience en cytogénétique/génétique moléculaire répondant aux critères fixés par l'Agence de Biomédecine) ;
2. l'autorité administrative compétente pour délivrer les autorisations est le directeur général de l'ARS ; la décision d'autorisation est prise après avis de l'Agence de la biomédecine et de la Commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire (l'autorisation peut être délivrée aux laboratoires de biologie médicale des établissements publics de santé, laboratoires de centres de lutte contre le cancer, LABM, et laboratoires de l'EFS). Les dispositions donnant compétence à l'ARS prennent effet à compter de la publication du présent SROS. Dans l'intervalle, et à titre transitoire, l'autorité administrative compétente pour délivrer les autorisations en matière de génétique demeure (comme sous l'empire de l'ancien régime établi par le décret du 23 juin 2000) le préfet de région.

L'activité régionale est réalisée dans 6 laboratoires autorisés par 18 praticiens agréés (soit 3 à 4 par laboratoire) :

- Meurthe-et-Moselle (Nancy) :
 - Laboratoire de biochimie, biologie moléculaire, nutrition et métabolisme du CHU (activité de génétique moléculaire et de biochimie) ;
 - Laboratoire de génétique médicale du CHU (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
 - Laboratoire d'analyses de biologie médicale ATOUTBIO (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
- Moselle (Metz) :
 - Laboratoire de génétique du CHR Metz-Thionville (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
- Vosges :
 - Laboratoire d'analyses de biologie médicale ANALYSIS (activité de cytogénétique y compris moléculaire et de génétique moléculaire) ;
 - Laboratoire d'analyses de biologie médicale BIOLAM (St-Dié des Vosges) (activité de génétique moléculaire).

Soit 4 laboratoires autorisés pour l'activité de cytogénétique y compris moléculaire et 6 laboratoires autorisés pour l'activité de génétique moléculaire.

La localisation géographique des laboratoires est très voisine de celle observée pour les consultations, s'agissant essentiellement des mêmes structures et des mêmes professionnels. Il est à noter que, le laboratoire du CHR Metz-Thionville a repris en fin d'année 2010 l'activité de génétique post-natale interrompue depuis 2008 en raison de l'absence de praticiens agréés sur cette période. Le laboratoire ESPACEBIO, longtemps actif sur Metz, a par ailleurs cessé son activité au même moment pour se recentrer sur l'activité d'AMP.

Des guides de bonnes pratiques existent pour les 2 catégories d'analyses et plus largement des recommandations émises par des sociétés savantes ou des agences nationales.

Par exemple :

- en cytogénétique, un guide des bonnes pratiques en cytogénétique, établi par l'Association des Cytogénéticiens de Langue Française, le Groupe Français de Cytogénétique Hématologique, le Groupe Français de Cytogénétique Oncologique ;
- en génétique moléculaire, les « arbres décisionnels » élaborés par l'Association nationale des praticiens de génétique moléculaire (ANPGM) ;
- pour l'oncogénétique, des recommandations en ligne sur le site de l'Inca ou celui d'Oncolor.

3.3.1. Cytogénétique :

L'activité de cytogénétique peut être résumée dans le tableau suivant (l'activité du CHR n'apparaît pas dans ce tableau en raison de sa mise en œuvre récente, cependant le tableau inclut l'activité 2010 du laboratoire ESPACEBIO) :

Indications	Techniques	Nombre d'analyses	Nombre d'anomalies équilibrées	Nombre d'anomalies déséquilibrées
Retard mental/malformations	Caryotype	265	2	19
	FISH	125	4	17
Anomalies du développement	Caryotype	944	44	31
	FISH	119	14	26
Troubles de la reproduction	Caryotype	288	6	1
	FISH	27	0	0
Etudes familiales	Caryotype	175	22	2
	FISH	64	18	7
Autres	Caryotype	33	1	1
	FISH	7	1	2
Total Lorraine	Caryotype	1 705	69	53
	FISH	342	37	52
Total France	Caryotype	70997	1 810	2 330
	FISH	13928	1204	1 933

L'étude des chromosomes (caryotype) est une méthode ancienne mais très utilisée dans les laboratoires. Elle a été complétée par une technique moléculaire, hybridation par fluorescence in situ (FISH) qui en améliore la sensibilité.

Rq : Anomalie équilibrée : réarrangement chromosomique qui n'a pas de conséquence directe sur le phénotype du porteur (pas de symptôme), mais pourra s'exprimer de manière délétère dans son projet de reproduction (risque de trouble de la fertilité, fausse couche) ou sa descendance.

Anomalie déséquilibrée : réarrangement chromosomique qui provoque des effets délétères chez les sujets porteurs.

On constate que le caryotype représente actuellement l'activité majoritaire en cytogénétique ; cet examen est coté à la NABM.

L'activité de cytogénétique inclut les analyses de cytogénétique moléculaire lesquelles ont connu une avancée fondamentale avec le développement de la technique d'Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA ou CGH array) notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle et des syndromes malformatifs. Le laboratoire de génétique médicale du CHU de Nancy est ainsi la plateforme interrégionale pour l'utilisation de puces ADN.

Son activité 2010, pour cette technique, est la suivante :

Activité globale :

- Nombre d'analyses de puces : 572 ;

Validation d'analyse par puce :

- FISH : 14
- Analyses de génétique moléculaire : 456.

Globalement, on peut dire que l'organisation de la cytogénétique fonctionne bien actuellement en région. Les laboratoires ont une activité déclarée stable avec une couverture homogène du territoire. Pour les caryotypes, il existe un besoin de proximité mais aussi une problématique de conservation de l'échantillon prélevé justifiant de rapprocher la phase pré-analyse de la phase d'analyse.

Il est à noter que la plupart des laboratoires réalisent aussi de la cytogénétique prénatale lesquels examens s'intègrent dans le cadre des volets AMP/DPN et Périnatalité.

3.3.2. Génétique moléculaire et oncogénétique moléculaire :

L'activité de génétique moléculaire réalisée par les laboratoires en 2010 est détaillée dans le tableau ci-dessous. On dénombre ainsi 2939 examens de génétique moléculaire (hors pharmacogénétique) pour 44 pathologies et les 13 premiers examens représentent plus de 91% des analyses (2676 analyses).

Numéro ORPHA de la maladie	Nom de la maladie	Symbole du gène (nomenclature HGNC)	Niveau d'analyse du gène (1 ou 2)	Nombre total de cas testés	Nombre de cas index rendus	Nombre de cas index positifs rendus	Nombre de résultats de cas apparentés rendus
ORPHA145	Syndrome héréditaire de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire	<i>BRCA1/BRC A2</i>	2	669	592	47	77 (A2)
ORPHA908	Syndrome de l' X fragile	<i>FMR1</i>	1	319	282	13	35
ORPHA139498	Hémochromatose type 1	<i>HFE</i>	1	317	299	48	14
ORPHA64738	Thrombophilie non rare	<i>F5</i>	1	236	226	10	NSP
ORPHA586	Mucoviscidose	<i>CFTR</i>	1	222	44	1	78
ORPHA273	Dystrophie myotonique de Steinert	<i>DMPK</i>	1	190	139	39	51
ORPHA716	Phénylcétonurie	<i>PAH</i>	2	136	136	133	6
ORPHA1646	Délétion partielle de l'Y	<i>SRY</i>	1	131	130	2	0
ORPHA3095	Syndrome de Rett atypique	<i>MEF2C</i>	2	125	123	1	2
ORPHA778	Syndrome de Rett	<i>MECP2</i>	2	108	103	12	5
ORPHA144	Cancer du côlon non polyposique	<i>MLH1/MSH2</i>	2	92	84	6	8 (A2)
ORPHA399	Maladie de Huntington	<i>HTT</i>	1	70	46	21	24
ORPHA3095	Syndrome de Rett variant Hanefeld	<i>CDKL5</i>	2	61	57	4	4
ORPHA739	Syndrome de Prader-Willi		1	33	33	2	0
ORPHA332	Déficit congénital en facteur intrinsèque	<i>GIF</i>	2	29	29	1	0
ORPHA3095	Syndrome de Rett congénital	<i>FOXP1</i>	2	28	26	0	2
ORPHA70	Amyotrophie spinale proximale	<i>SMN1</i>	1	23	23	4	0
ORPHA262	Dystrophie musculaire de Duchenne et Becker	<i>DMD</i>	1	22	9	5	13
ORPHA72	Syndrome d'Angelman		1	16	16	3	0
ORPHA3451	Syndrome de West	<i>ARX</i>	1	14	13	0	1
ORPHA35858	Maladie de Gräsbeck-Imerslund	<i>CUBN/ AMN</i>	2	12	12	0	0
ORPHA395	Homocystinurie par déficit en méthylène tétrahydrofolate réductase	<i>MTHFR</i>	1	10	10	0	0
ORPHA3306	Duplication/inversion 15q11		1	9	9	0	0
ORPHA676	Pancréatite chronique	<i>CFTR</i>	1	9	7	0	0

ORPHA116	Syndrome de Beckwith-Wiedemann dû à une disomie uniparentale d'origine paternelle du chromosome 11		1	8	8	1	0
ORPHA15	Achondroplasie	<i>FGFR3</i>	1	8	8	2	0
ORPHA394	Homocystinurie par déficit en cystathionine bêta-synthase	<i>CBS</i>	2	8	8	3	0
ORPHA48	Absence bilatérale des canaux déférents	<i>CFTR</i>	1	7	7	0	0
ORPHA9618 2	Syndrome de Silver-Russell dû à une disomie uniparentale d'origine maternelle du chromosome 7		1	4	4	0	0
ORPHA2169	Déficit en méthylcobalamine type cbl E	<i>MTRR</i>	2	3	3	0	0
ORPHA2170	Déficit en méthylcobalamine type cbl G	<i>MTR</i>	2	3	3	0	0
ORPHA859	Déficit en transcobalamine II	<i>TCN2</i>	2	3	3	0	0
	déficit récepteur transcobalamine	<i>CD320</i>	2	3	3	0	0
ORPHA7928 2	Acidémie méthylmalonique - homocystinurie type cbl C	<i>MMACHC</i>	2	2	2	0	0
ORPHA232	Drépanocytose	<i>HBB</i>	1	1	1	0	0
ORPHA3115 0	Maladie de Tangier	<i>ABCA1</i>	2	1	0	0	0
ORPHA425	Déficit en apolipoprotéine A-I	<i>APOA1</i>	2	1	0	0	0
ORPHA650	Déficit en LCAT	<i>LCAT</i>	2	1	0	0	0
ORPHA7928 4	Acidémie méthylmalonique - homocystinurie type cbl F	<i>LMBRD1</i>	2	1	1	0	0
ORPHA7931 0	acidémie méthylmalonique isolée sensible à la vitamine B12, type cblA	<i>MMAA</i>	2	1	0	0	0
ORPHA7931 1	acidémie méthylmalonique isolée sensible à la vitamine B12, type cblB	<i>MMAB</i>	2	1	0	0	0
ORPHA7931 2	acidémie méthylmalonique isolée résistante à la vitamine B12	<i>MUT</i>	2	1	1	1	0
ORPHA9004 5	malabsorption de l'acide folique héréditaire	<i>SCL46A1</i>	2	1	1	0	0
ORPHA821	Syndrome de Sotos	<i>NSD1</i>	2	0	0	0	0

Au niveau national, les deux indications « Hémochromatose » et « Thrombophilie non rare » représentent à elles seules 40 % des analyses réalisées en 2010. Si ce volume est important, il ne faut pas oublier qu'en charge de travail l'analyse de gènes complexes est beaucoup plus chronophage et coûteuse que ces deux tests. Si les laboratoires ont développé entre 1 et 78 diagnostics de maladies, plus de 30 % d'entre eux ne proposent qu'un ou deux tests. Le même constat est fait en région Lorraine. En effet, les maladies génétiques sont très majoritairement rares ou très rares.

Développer des tests diagnostiques pour ces dernières peut se révéler très complexe. Aussi, les laboratoires se sont généralement spécialisés et, en France, 97 laboratoires proposent le diagnostic d'une maladie qui n'est développée dans aucun autre laboratoire ; cela représente 665 maladies qui ne sont diagnostiquées que dans un seul laboratoire français.

Les examens de génétique moléculaire se définissent ainsi en deux niveaux selon leur degré de spécialisation (cf tableau) :

- niveau 1 : examen de base (exemple, mutations fréquentes de l'hémochromatose) ;
- niveau 2 : examens spécialisés.

En fonction de ces niveaux, une liste des examens peut être établie permettant d'identifier les laboratoires :

- réalisant uniquement des examens de type 1 : Atoutbio Nancy, Analysis Epinal, Biolam St-Dié, CHR Metz ;
- réalisant les 2 types d'examens : CHU Nancy.

Les laboratoires du CHU sont les seuls à développer une expertise particulière, dans un ou plusieurs domaines et dans l'utilisation de certaines technologies, au niveau de l'inter-région (pour l'oncogénétique et les puces ADN, cf ci-dessous) mais aussi au niveau national (laboratoire de référence pour le Syndrome de Rett, pour les maladies métaboliques) et peuvent donc réaliser un examen spécialisé dans un domaine.

La génétique moléculaire s'est structurée en France depuis 10 ans en réseaux qui fonctionnent. Pour les raisons exposées ci-dessus, il est donc important de reconnaître et de maintenir l'expertise détenue par les laboratoires de la région.

Même si l'éloignement du lieu de prélèvement de du lieu de l'examen peut être facilement résolu par un système de ramassage efficace, il n'empêche que le rôle du cytogénéticien est essentiel pour la restitution et l'accompagnement des résultats.

3.3.3. Pharmacogénétique :

L'activité de pharmacogénétique à visée thérapeutique est réalisée dans le laboratoire de biochimie, biologie moléculaire, nutrition et métabolisme du CHU lequel détient une expertise nationale dans le domaine des maladies du métabolisme (cf analyses de génétique moléculaire).

Numéro ORPHA de la maladie	Nom de la maladie	Symbole du gène (nomenclature HGNC)	Niveau d'analyse du gène (1 ou 2)	Nombre total de cas testés
ORPHA240927	Choix du dosage d'azathioprine dans le traitement de la maladie de Crhn, de la leucémie et dans la transplantation	<i>TPMT</i>	1	90
ORPHA240853	Toxicité de l'azathioprine	<i>TPMT</i>	1	3

Il est à noter que le Centre Alexis Vautrin réalise également une activité de pharmacogénétique mais ce dernier n'est pas autorisé aujourd'hui. Il devra par conséquent demander une autorisation d'activité afin de régulariser sa situation.

3.3.4. HLA et maladies :

Le laboratoire d'histocompatibilité du CHU de Nancy réalise de nombreuses analyses sérologiques et de génétique moléculaire : typages HLA dans le cadre HLA et maladies (hors greffe).

Cette activité n'est pas rattachée aujourd'hui de façon lisible à la génétique. L'histocompatibilité est à la frontière entre l'immuno-hématologie, l'immunologie et la génétique. Aussi, ce laboratoire n'est-il pas autorisé aujourd'hui alors qu'il réalise une activité importante. Il devra être identifié dans le cadre de l'autorisation accordée au CHU.

Le laboratoire répond correctement aux besoins régionaux. En 2010, 850 prescriptions ont été reçues pour des typages HLA dans le cadre HLA et maladies, en provenance essentiellement du CHU de Nancy (services de rhumatologie, endocrinologie, neurologie ...). Ces analyses concernent :

▪ Arthrite rhumatoïde (DR4, DR1, DR10)	78
▪ Arthrite chronique inflammatoire (B27, DR1, DR4, DR10)	92
▪ Choriorétinopathie, Birdshot (A29)	17
▪ Dermate herpétiforme (DR3)	0
▪ Hypersensibilité à l'Abacavir (B*57 :01)	81
▪ Lupus érythémateux disséminé (DR3)	1
▪ Lymphocytose B persistante polyclonale (DR7)	6
▪ Maladie cœliaque (DQA1*05 DQB1*02, DQB1*03:02)	30
▪ Maladie de Behçet (B51)	66
▪ Maladie de Berger (DR4)	0
▪ Maladie de Crohn (DR1, DR7)	5
▪ Maladie de système (DR3)	2
▪ Narcolepsie ou maladie de Gelineau (DRB1*15, DQB1*06)	79
▪ Psoriasis ou arthropathie du psoriasis (DR7)	17
▪ Spondylarthrite ankylosante ou spondylarthropathie (B27)	255
▪ Syndrome de Sjögren (DR3)	1
▪ Uvéite antérieure aigüe (B27, B51)	93

Le laboratoire Analysis à Epinal enregistre également une activité. En 2010 :

- HLA-A : 21 cas testés et rendus
- HLA-B : 46
- HLA-DQB1 : 17
- HLA-DRB1 : 17

3.3.5. Analyses réalisées hors région :

Certaines analyses sont réalisées hors région, par les laboratoires de rayonnement national CERBA, BIOMNIS et PASTEUR. Ainsi, pour la région Lorraine, les laboratoires CERBA et BIOMNIS ont réalisé :

CERBA		BIOMNIS				
Analyse :	Nombre	Analyse	54	57	88	Total général
Angelman :	1	A1BM		1		1
Atrophie optique de Leder :	2	DELY	5	4		9
Connexine 26 :	1	F2M	34	53	9	96
Connexine 30 :	1	F5L	57	132	8	197
Facteur II mutation :	666	FMF		2	1	3
Facteur V mutation :	586	H63D	6	25	13	44
Fièvre méditerranéenne familiale :	5	HLA1	39	27	5	71
Génotypage HLA classe II :	36	HLA2	9	227	9	245
Génotypage HLA*B27 :	78	HMC	21	81	29	131
Génotypage HLA*B5701 :	36	MTHFR	2	7		9
Hémochromatose S65C :	95	MUCO	9	11	4	24
Hémochromatose Cys 282 :	375	PCA3	2			2
Hémochromatose His 63 :	207	S65C	1	8	10	19
IL 288 :	1					

Maladie de Gilbert :	2		CSG	45	105	1	151
Micro-délétion Y :	17		XFRA		10		10
MTHFR :	58						
Mucoviscidose :	85			230	693	89	1012
Recherche SRY :	1						
Syndrome X fragile :	37						
Variant hémoglobine :	6						
Willi-Prader :	8						

Si pour l'essentiel, il s'agit d'analyses génétiques de niveau 1 (hémochromatose, microdélétion Y, thrombophilie ...) prescrites par des médecins pour la plupart non généticiens, le volume réalisé hors région soulève deux questions fondamentales : d'une part sur la qualité des soins, la relation existante entre clinicien et laboratoire pour le rendu des résultats est essentielle et constitue un indicateur de qualité ; d'autre part sur la démarche de planification régionale, laquelle se trouve fortement contrariée.

4. Bilan et perspectives :

4.1. Synthèse du diagnostic régional :

- Des besoins difficiles à estimer mais croissants et évolutifs (développement des connaissances : nouveaux gènes identifiés, nouvelles techniques) ;
- Couverture recommandée : 3 ETP généticiens (médecins assurant des consultations de génétique)/1 million d'habitants et 2 praticiens par site ;
- 7 consultations sur Metz, Nancy, Epinal dont 1 en oncogénétique (3,05 ETP pour 2,3 MH) + 1 consultation avancée à Remiremont ;
- 2 centres de référence maladies rares, 1 plateforme de génétique moléculaire ;
- 6 labos sur 4 sites (Metz, Nancy, Epinal) ;
- Une organisation graduée en 2 niveaux pour les consultations et les examens : génétique générale et examens de base, génétique et examens spécialisés ;
- Pb des consultations : lisibilité à améliorer, couverture territoriale mal assurée (Meuse, Moselle Nord), fragiles (souvent un seul professionnel), activité (à la fois anténatale, néonatale et 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 :

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

4.2. Orientations :

Les éléments présentés dans la partie 3 sont à rapprocher des recommandations nationales :

- Selon le collège des enseignants et praticiens de génétique médicale et le conseil de l'Ordre, il a été estimé raisonnable la couverture des besoins à 3 généticiens ETP pour un million d'habitants (même estimation au Royaume-Uni). De plus, pour assurer une continuité des soins, un minimum de 2 praticiens est nécessaire par site. Il serait souhaitable de déployer les postes de conseiller en génétique (1 à 2 par généticiens). En Lorraine, (2,3 millions d'habitants), il serait ainsi nécessaire de se doter d'une organisation comptant au moins 14 professionnels représentant 6,9 ETP ;
- La Lorraine ne dispose pas de conseiller en génétique ; une personne en formation effectue actuellement son stage dans les structures régionales ;
- En ce qui concerne les consultations d'oncogénétique, le rapport annuel de l'INCA indique que la Lorraine est l'une des régions les plus en retard avec 36,3 consultations pour 100.000 habitants en 2009 (la recommandation étant d'atteindre le seuil minimum de 40 consultations/100.000 habitants sachant que le ratio maximum constaté était de 96,9) avec peu de consultations délocalisées et un délai d'obtention du 1^{er} rendez-vous très long (médiane moyenne : 6,4 semaines ; moyenne : 15 semaines). Par ailleurs, l'étude de 2008 sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 années à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique souligne qu'on peut s'attendre à une augmentation importante des besoins en matière de consultations d'oncogénétique et de tests dans les prédispositions majeures au cancer, du sein et de l'ovaire (mutations BRCA1/2) avec une augmentation d'un facteur proche de 2, et, dans les prédispositions des cancers colorectaux, d'un facteur supérieur à 3.

La situation présentée précédemment (cf partie 3.2) illustre également la fragilité des consultations de génétique : elles reposent souvent sur un seul professionnel aussi leur pérennité est-elle menacée. Le recrutement de nouveaux professionnels formés en génétique est souhaitable afin de renforcer le dispositif existant, en particulier en oncogénétique, comme le révèlent les chiffres (nombre de consultation, délais d'attente), mais aussi pour pouvoir assurer la continuité des soins et le développement de consultations délocalisées dans les zones qui en sont actuellement dépourvues (notamment en Meuse et en Moselle-Nord).

Compte tenu de la pénurie médicale, il conviendrait dans un premier temps d'optimiser l'organisation actuelle. Le recrutement d'un conseiller en génétique pourrait être envisagé à court terme, comme cela s'est fait dans d'autres régions, afin de préparer en amont le travail du généticien. Son utilité est certaine. Ce nouveau métier, dont l'exercice est réglementé, requiert l'obtention du Master 2 de Pathologie humaine, Spécialité conseil en génétique et médecine prédictive. Ce conseiller pourrait assister plusieurs cliniciens et ce dans plusieurs domaines (DPN, post-natal, oncogénétique).

Dans le cadre de la réflexion sur l'organisation à mettre en place, il appartient en premier lieu aux cliniciens actuels de formaliser leurs modalités de fonctionnement en adoptant un document partagé, charte, cahier des charges, règles de bonnes pratiques ... sans attendre l'arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition de l'Agence de la biomédecine et de la Haute Autorité de santé, définissant les règles de bonnes pratiques applicables à la prescription et la réalisation de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales prévu par l'article L. 1131-2 CSP. Ce document pourrait s'inspirer des travaux d'instances telles que la Haute Autorité en Santé ou encore la Fédération Française de Génétique Humaine.

L'un des premiers principes de fonctionnement serait la définition de la consultation de génétique et de ses niveaux :

- niveau 1 : génétique « généraliste », 1er accès et orientation spécialisée éventuelle ;
- niveau 2 : génétique « spécialisée » (syndromologie, oncogénétique, neurogénétique, cardiogénétique ...);

Les médecins consultant en génétique spécialisés dans un domaine conserveraient, en outre, une activité « généraliste » dans les consultations régulières.

Cette organisation doit s'intégrer dans un cadre plus vaste et tenir compte de la structuration nationale laquelle se met en place depuis 5 à 7 ans sous l'impulsion des plans Maladies Rare et Cancer. Ces plans ont conduit au développement de la discipline Génétique par la reconnaissance et le soutien de plusieurs structures de référence lesquelles ont répondu en premier lieu à une volonté de maillage (ou de planification) nationale. Du fait de l'expertise détenue, ces centres apparaissent également comme centres de recours pour certaines pathologies.

La réflexion sur l'organisation régionale doit s'appuyer sur les structures reconnues et envisager une réponse adaptée aux questions du maillage territorial (une limite raisonnable de 50 kms ou de 15-20 mn pourrait être fixée) et du délai d'attente (3-4 mois maximum par exemple) pour accéder à une consultation de génétique en permettant l'accès au plus grand nombre selon des modalités correspondant aux caractéristiques régionales (consultations décentralisées par exemple). Cette organisation implique une forte coordination et des liens resserrés entre les structures.

Elle pourrait prendre la forme d'un centre génétique fédérateur au sein de la région. Ce centre de génétique doit pouvoir offrir :

- une continuité de la prise en charge avec les deux niveaux de consultation (niveau 1 – niveau 2) ;
- une offre de soins large et lisible (ciblant le fœtus jusqu'à l'adulte) ;
- la présence au minimum de deux ETP généticiens pour assurer la continuité des soins ;
- une optimisation de l'accès en distance et en temps ;
- une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux, c'est-à-dire regroupant médecins généticiens, conseillers en génétique, psychologues et travailleurs sociaux ;
- des liens organisés avec les consultations dites avancées (convention inter-établissements entre le centre et le site de la consultation avancée) ;
- Une coopération multi-sites pour des complémentarités et des collaborations efficaces afin de disposer d'une offre complète au niveau de la région ou de l'inter-région avec un maillage géographique suffisant ;
- Le centre de génétique se conçoit donc à l'échelon régional (CHU) appuyé sur les plateaux médico-techniques (cytogénétique et biologie moléculaire).

Le regroupement des compétences régionales au sein d'un centre régional multi-sites exige de formaliser cette coopération entre les structures hospitalières (CHU, CAV, Maternité régionale et CHR) et de définir les missions et les conditions de fonctionnement dans un cahier des charges précis. La démarche d'auto-évaluation des centres de référence pourra également être utilement transposée.

4.3. Objectifs :

- Regrouper au sein d'un centre de référence de génétique à vocation régionale les compétences (consultations et laboratoires) réalisées dans les 3 sites (CHU, Maternité régionale et CAV) en les articulant avec les autres compétences (consultations et laboratoires) publiques et privées existantes au sein de la région ;
- Structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique ;
- Améliorer l'accès de la population à des consultations de génétique de qualité ;
- Améliorer l'acheminement des prélèvements (du lieu de prélèvement aux laboratoires et au centre de référence régional) pour assurer une offre de proximité ;
- Améliorer l'information concernant l'offre de génétique au niveau régional pour les professionnels et les usagers ;

Annexes :

Maladies rares :

Une cinquantaine de maladies rares touchent chacune quelques milliers de personnes en France, alors que 500 autres n'en atteignent que quelques centaines, et des milliers d'autres ne touchent que quelques dizaines de personnes.

A titre d'exemple, pour les maladies rares fréquentes, on dénombre en France :

- 14.000 malades atteints de drépanocytose ;
- 8.500 malades atteints de sclérose latérale amyotrophique ;
- 6.000 malades atteints de mucoviscidose ;
- 6.000 malades atteints de myopathie de Duchenne ;
- 5.400 malades atteints d'hémophilie ;
- 400 à 500 malades atteints de leucodystrophie.

A l'opposé, on peut citer la progeria ou la dermatose bulleuse : moins de 1 malade pour 1 million d'individus.

Près de 65 % des maladies rares sont graves et invalidantes. Elles sont caractérisées par :

- un début précoce dans la vie, deux fois sur trois, avant l'âge de 2 ans ;
- des douleurs chroniques chez un malade sur cinq ;
- la survenue d'un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans la moitié des cas, à l'origine d'une incapacité réduisant l'autonomie dans un cas sur trois ;
- la mise en jeu du pronostic vital dans presque la moitié des cas.

Pour plus d'informations, cf site Orphanet.

Pharmacogénétique :

Source : bulletin de l'Académie nationale de médecine, France

Les polymorphismes génétiques expliquent une partie des accidents médicamenteux parce que certains variants alléliques de gènes codant pour des enzymes, des cibles ou des transporteurs intervenant dans le métabolisme des médicaments sont associés à des gains ou des pertes de fonction. Le métabolisme des médicaments a lieu essentiellement dans le foie et est sous le contrôle des enzymes de phase I, incluant de nombreuses isoformes du cytochrome P450, qui rendent les molécules plus polaires par hydroxylation, et des enzymes de phase II qui catalysent des réactions de conjugaison. Les cytochromes P450 assurent 80 % des réactions d'oxydation du fait de leur faible spécificité vis-à-vis de leurs substrats. Les polymorphismes les plus étudiés sont ceux des isoformes CYP2D6 et CYP2C9 parce qu'ils concernent un grand nombre de médicaments et affectent des fractions importantes de la population. A titre d'exemple, plusieurs variants du CYP2C9 réduisent l'activité de l'enzyme, ce qui entraîne chez ceux qui en sont porteurs des surdosages, comme c'est le cas pour les anti-vitamines K. La thiopurine méthyl transférase et la UDP-glucuronyl transférase sont des enzymes de phase II qui conjuguent, respectivement, les métabolites de la 6-mercaptopurine avec un radical méthyl et les métabolites d'un anti-cancéreux, l'irinotécan, avec un radical glucuronyl. Des mutations des gènes de ces enzymes produisent une inhibition et un surdosage en métabolites actifs avec risque d'aplasie médullaire. Les effets des anti-vitamines K dépendent aussi du polymorphisme de la vitamine K époxyde réductase qui est l'enzyme cible de cette vitamine. Dans le cas du méthotrexate, un antagoniste de l'acide folique, une mutation du gène de la méthylène tétrahydrofolate réductase diminue le pool de folates et accroît ainsi les effets du médicament. Dans d'autres cas, comme pour l'aspirine, on constate une résistance à la molécule parce que des polymorphismes stimulant les autres voies d'agrégation des plaquettes effacent l'effet anti-agrégant de l'aspirine.

Le génotypage doit être validé par le phénotypage qui étudie chez un malade la vitesse de transformation d'un médicament en ses métabolites et permet de vérifier si l'augmentation (métaboliseur rapide) ou la diminution (métaboliseur lent) de cette vitesse est associée à un variant allélique particulier. Il convient de mettre à part les mutations somatiques observées dans les tumeurs malignes qui modifient aussi la réponse aux médicaments. Leur analyse qui fournit une véritable carte d'identité de la tumeur, permet d'affiner les indications thérapeutiques. L'Académie nationale de médecine recommande essentiellement : - de développer les analyses du génome pour tout médicament à effets secondaires graves si les polymorphismes en cause affectent une fraction importante de la population ; - de constituer des banques d'ADN chez les sujets participant aux essais thérapeutiques afin de rapporter d'éventuels effets secondaires à un polymorphisme donné ; - de développer dans les hôpitaux les centres de ressources biologiques où sont stockés et analysés les prélèvements tissulaires.

Oncogénétique :

Le modèle de Knudson : pour un cancer sporadique les évènements amenant les mutations sont d'origine environnementale au sens large (facteurs de la reproduction, environnement) ; pour les cancers génétiquement transmis, il existe une mutation constitutionnelle et le cancer survient du fait de l'ajout de mutations environnementales. Dans le cas de prédisposition génétique, les cancers surviennent à un âge jeune.

Les cancers héréditaires les plus fréquents sont ceux du sein et/ou ovaire et du côlon. Mais d'autres cancers héréditaires sont connus (néoplasie endocrinienne multiple de type 1 (gène MEN 1) ; néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (gène RET) ; Von Hippel-Lindau (gène VHL) ; mélanome malin familial (gène CDKN2A, plus rarement CDK4) ; rétinoblastome héréditaire (gène Rb) ; neurofibromatose de type 1 (gène NF1) ; neurofibromatose de type 2 (gène NF2) ; sclérose tubéreuse de Bourneville (gènes TSC1 et TSC2), Li-Fraumeni (gène TP53) ; Tumeur de Wilms (gène WT1) ; polypose adénomateuse familiale et Syndrome de Gardner (gène APC)...)

Cancer du sein et/ou de l'ovaire : la prévalence au cours de la vie du cancer du sein chez la femme est de 1 sur 8. Si la majorité des cancers du sein sont sporadiques, 5 à 10 % sont dus à une prédisposition héréditaire. Le cancer de l'ovaire est le 4ème cancer le plus fréquent chez la femme ; 5 à 10 % des cancers de l'ovaire sont dus à des facteurs héréditaires. Pour ces 2 cancers, l'anomalie la plus fréquente est une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2, gènes suppresseurs de tumeurs. La transmission est autosomique dominante et concernent des cancers du sein, de l'ovaire et plus rarement des cancers de la prostate. La pénétrance est variable. BRCA2 est impliqué dans le cancer du sein chez l'homme et dans le cancer de la prostate.

Cancer du colon : le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent en France. Plusieurs syndromes de prédisposition au cancer du côlon ont été identifiés, dont les plus connus sont les polyposes. Une autre forme de cancer colorectal héréditaire mais non associé à une polypose a été décrite sous le nom de maladie de Lynch ou syndrome HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) qui implique les gènes MLH1 et MSH2 pour la plupart. L'anomalie touche les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs survenant lors de la duplication de l'ADN, au moment de la division cellulaire. La fréquence de la maladie de Lynch est estimée à 3 % des patients atteints de cancer colorectal de moins de 60 ans.

L'instabilité des microsatellites (MSI) se caractérise par la variation anormale du nombre de séquences répétées dans l'ADN tumoral comparé à l'ADN du même patient provenant de tissu sain. L'instabilité des microsatellites a d'abord été décrite dans un cancer héréditaire du côlon, le syndrome de Lynch où elle est présente dans 95 % des cas. Elle est aussi présente dans environ 15 % des cancers du côlon non héréditaires (ou sporadiques). La recherche de MSI est effectuée par PCR de cinq marqueurs microsatellites répartis dans le génome des cellules tumorales. Associée à des critères cliniques, la présence de MSI oriente vers le syndrome HNPCC qui sera confirmé par la caractérisation des mutations dans les gènes MMR (mismatch repair). Si le syndrome HNPCC est confirmé, un conseil génétique, une enquête familiale voire des mesures prophylactiques sont entreprises. Dans les cancers sporadiques, la présence de

MSI est liée aux modifications épigénétiques du promoteur du gène codant pour hMLH1, gène de la famille MMR. La présence de MSI est corrélée à une meilleure survie et permettrait d'adapter les traitements adjuvants.

Autres gènes : la mutation MYH (rare) peut être recherchée dans les cancers du côlon et dans la polypose Dans les formes héréditaires de Cancer Gastrique Diffus Héréditaire (CGDH), la mutation germinale recherchée est celle du gène Ecadherine (CDH1). Le syndrome de Li-Fraumeni se transmet sur un mode autosomique dominant. Les cancers impliqués sont : tissus mous, seins, os, peau, côlon, pancréas, surrénales, cerveau, leucémie. L'anomalie est la mutation de P53. La polypose adénomateuse se transmet sur un mode autosomique dominant, elle implique une mutation du gène APC. La maladie de Von Hippel-Lindau est une phacomatose ou hamartomatose dont la manifestation caractéristique est la présence d'hémangioblastome du cervelet, de la moelle épinière ou d'angiome de la rétine. Le gène impliqué est un gène suppresseur de tumeurs.

Pour plus d'informations, cf sites Internet de l'INCa ou d'Oncolor.

Consultation : information, consentement, accord des familles :

Dans tous les cas, conformément à la réglementation, il doit s'agir d'une démarche volontaire et le consentement libre et éclairé pour toute analyse de génétique doit être recueilli par écrit (article 16-10 du Code civil et article L.1131-1 du Code de la santé publique). Le fait de pratiquer de tels examens sans recueillir le consentement est un délit. L'article 16-10 du code civil, complété par la loi du 6 août 2004, précise également que le consentement écrit et préalable doit mentionner la finalité de l'examen et qu'il est révocable à tout moment.

Lorsque la personne concernée est un mineur, le consentement est donné par les titulaires de l'autorité parentale (article R.1131-4 du CSP). Cependant, l'angoisse de tels tests et l'impact familial et social qui en découle rend cette décision extrêmement difficile laquelle demande de plus un accompagnement médical et psychologique soutenu. Ainsi, les professionnels ont fréquemment été confrontés à des situations de refus.

La loi de bioéthique, dans sa révision du 7 juillet 2011, a précisé les modalités d'information des familles en posant l'obligation pour la personne, ou le médecin prescripteur « d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés ... dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent leur être proposées » (Art. L. 1131-1-2 CSP).

La remise des résultats, même s'ils sont négatifs (c'est-à-dire la personne n'a pas de mutation détectée), doit également se faire dans le cadre d'une consultation médicale individuelle : le compte-rendu des analyses commenté et signé par un praticien agréé est adressé au médecin prescripteur à qui il revient de communiquer ces résultats à la personne concernée (ou aux titulaires de l'autorité parentale ou au représentant légal du majeur sous tutelle). La personne concernée peut refuser que les résultats lui soient communiqués. Dans ce cas, le refus doit être consigné par écrit dans le dossier. Les résultats sont conservés pendant 30 ans. Cette procédure justifie les relations qui doivent exister entre le prescripteur et le laboratoire, dans l'intérêt du patient.

Historique de la structuration de l'activité de génétique, Plans Maladies rares, Cancer :

L'activité de génétique est de reconnaissance récente : le décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales a ainsi inscrit cette discipline dans le code de la santé publique en créant le titre VI intitulé : « Médecine prédictive, identification génétique et recherche génétique » et au sein de ce titre un chapitre 1er intitulé : « Examen des caractéristiques génétiques d'une personne et identification par empreintes génétiques à des fins médicales ».

Cependant les évolutions réglementaires n'ont pas ou peu concerné les conditions d'activité des consultations. Alors que pour l'activité clinico-biologique d'assistance médicale à la procréation, les activités cliniques et biologiques sont soumises toutes deux aux conditions d'autorisation visées à l'article L. 6121-1 CSP, dans le cas de l'activité de génétique, seule l'activité biologique, c'est-à-dire la réalisation des examens par les laboratoires est soumise à ce régime. Le décret de 2008 a donné à l'ARH une compétence s'agissant d'autoriser l'activité de génétique cependant cette évolution réglementaire paraît encore insuffisante puisque seule une partie de cette activité, et non la totalité, est soumise à ce régime.

En l'absence d'autorité de planification régionale, l'organisation existante a vu le jour au travers de plans, mesures et appels d'offres nationaux. La structuration actuelle résulte de son inscription dans le cadre de ces plans nationaux lesquels n'ont pas forcément tenu compte des besoins régionaux. Tout projet d'évolution de l'organisation régionale doit par conséquent s'intégrer et être en cohérence avec ce cadre national voire international.

Dans les cinq ans qui ont suivis le décret de 2000, un certain nombre de mesures ont été prises : en 2001, la création de la Plateforme maladies rares regroupant initialement Eurordis, Orphanet, Allo-Gènes et l'Alliance Maladies Rares, la publication du rapport de Bernard Barataud au Conseil économique et social « 5000 maladies rares, le choc de la génétique » ; en 2004, l'inscription des maladies rares comme une des cinq priorités pluriannuelles de santé publique dans la loi d'août 2004, le lancement du premier Plan national maladies rares ; en 2005, l'adoption de la loi du 11 février sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui prévoit des dispositions spécifiques pour les personnes concernées par des maladies ou handicaps rares et la labellisation de nouveaux centres de références maladies rares.

Un des objectifs du premier Plan Maladies Rares (2005-2008 ; axe 6) était « d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de prise en charge » des patients atteints de maladies rares. A cette fin, un dispositif a été mis en place afin de structurer l'organisation de l'offre de soin et la prise en charge pour les maladies rares et d'améliorer la lisibilité pour les patients, les différents acteurs et les structures impliqués dans cette prise en charge. Ce dispositif a donc conduit à la création de :

- Centres de référence labellisés dans un premier temps, puis de
- Centres de compétences

Les Centres de Référence sont des structures d'excellence scientifique et clinique pour les maladies rares : Implanté au niveau national (ou plus rarement interrégional), chaque centre est composé d'équipes pluridisciplinaires hospitalo-universitaires hautement spécialisées dans une ou un groupe de maladies rares donné.

Leur labellisation prévue par les circulaires du 27 mai 2004 et du 9 mars 2005 relatives à l'appel à projet auprès des centres hospitaliers universitaires en vue de l'obtention du label de « centre de référence pour la prise en charge de maladies rares » ou de « centre de référence pour une maladie ou un groupe de maladies rares » reposait sur une expertise indépendante et un cahier des charges très précis. Les centres ont fait l'objet d'une évaluation au bout de 5 ans destinée à reconduire ou non leur labellisation et aussi à redéfinir leur périmètre d'action. A ce jour, il existe 132 Centre de Référence labellisés pour les maladies rares.

Ils sont financés à hauteur de 40 Millions d'euros dans le cadre d'une Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Leurs rôles tels que définis dans ces deux circulaires sont les suivants :

- D'expertise pour une maladie ou un groupe de maladie pour lesquels ils a développé une filière de soin ou des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine
- De recours, qui lui permet, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre d'équipes spécialistes dans le domaine, d'exercer une attraction au-delà du bassin de santé de son site d'implantation.

et leurs missions :

- Assurer au malade (et ses proches) une prise en charge globale et cohérente :

- Améliorer la prise en charge de proximité en lien avec les établissements et professionnels de santé ;
- Participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares ;
- Développer les outils de la coordination entre les différentes structures et acteurs prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies ;
- Apporter aux autorités administratives les connaissances essentielles pour évaluer et piloter la politique sanitaire dans le domaine des maladies rares et être l'interlocuteur des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade (et de sa famille).

Les centres de Référence n'ont pas vocation à prendre en charge tout les malades atteints de maladies rares. A ce niveau, leur action vise à organiser un maillage progressif du territoire avec des structures déjà existantes, désignées sous le nom de Centres de Compétences.

La circulaire du 13 avril 2007 relative à la structuration de la filière de soins pour les patients atteints d'une maladie rare et créant les centres de compétences, formalise la création des Centres de Compétences. Il s'agit de la deuxième étape du maillage territorial dans la prise en charge des maladies rares. Ces centres sont identifiés par les Centres de Référence et désignés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Ils travaillent en collaboration avec les Centres de Référence auxquels ils sont rattachés. Il s'agit de filières de soins spécialisées, implantées au niveau régional voir interrégional.

Les objectifs des Centres de Compétences sont les suivants :

- Améliorer l'accès au diagnostic et la qualité de prise en charge des maladies rares ;
- Assurer la prise en charge des patients atteints de maladie rare proximité de leur domicile ;
- Participer à l'ensemble des missions des Centres de Référence ;
- Etablir les diagnostics des maladies rares, mettre en œuvre la thérapeutique quand elle existe, organiser la prise en charge du patient en lien étroit avec les Centre de Référence labellisés et les acteurs et structures médico-sociales à proximité

S'agissant de l'oncogénétique, une des mesures du premier plan cancer était le développement de l'oncogénétique. Cette activité d'oncogénétique a pris un véritable essor à partir de 2002 grâce aux soutiens financiers apportés par le biais de quatre appels à projets successifs lancés entre 2003 et 2007 pour renforcer et structurer l'activité (cf la circulaire du 23 juin 2003 relative au renforcement des consultations d'oncogénétique dans les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier et la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans le cadre de cette montée en charge, en insistant sur la nécessité d'une part de favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque (action 14.3) et d'autre part de suivre les personnes à risque génétique (action 23.3). Ainsi, il existe aujourd'hui 107 sites de consultations d'oncogénétique répartis dans 72 villes et 25 laboratoires recevant des financements DGOS/INCa. Par ailleurs, 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire réparties sur l'ensemble du territoire ont été retenues et financées après deux appels à projets nationaux.

La coordination nationale exercée par l'INCa, créé en 2005, a favorisé cette structuration et permis la réalisation d'études nationales (par exemple sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 années à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique) et surtout la diffusion de recommandations (par exemple sur la prise en charge des personnes porteuses d'une mutation génétique : BRCA1/BRCA2, du gène MMR dans le syndrome de Lynch, sur les mesures de prévention : en matière de chirurgie prophylactique des cancers avec prédispositions génétiques ...).

Nouveaux métiers – Nouvelles techniques :

Conseiller en génétique :

Le conseiller en génétique travaille en binôme avec un médecin dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive : conseil génétique, évaluation et gestion du risque, réalisation d'arbres généalogiques, contact et information des familles, approche psychologique et sociale. Le conseiller génétique est chargé « de traduire » les données complexes de la génétique médicale en informations utiles au patient pour le conseil génétique. Il aide à la décision autonome et éclairée. Il accompagne dans le parcours de soin, il est un lien entre le généticien et les autres médecins.

Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA) :

L'Analyse Chromosomique sur Puces ADN (ACPA, CGH array) est une technique validée pour laquelle il existe de très nombreuses publications internationales montrant son intérêt en particulier dans le cadre de l'exploration des patients présentant une déficience intellectuelle avec ou sans syndrome malformatif. Le nombre d'anomalies chromosomiques (CNV ou Copy Number Variant) considérées comme responsables du phénotype est d'environ 10 % et pour certains auteurs de l'ordre de 15-20 %.

L'intérêt de cette technique pour l'amélioration de la prise en charge des patients a été pris en compte dans le cadre des circulaires n° 35 du 22 janvier 2007 et circulaire n° 455 du 31 décembre 2007 lesquelles ont permis un transfert de la technique en diagnostic et la réunion des professionnels impliqués au sein d'un réseau national dénommé réseau ACPA (avec discussions autour de problèmes techniques, de validation de plateforme, rédaction d'un guide des bonnes pratiques, nombreuses publications des membres du réseau sur l'ACPA ...). En 2009, 6600 ACPA ont été réalisées au niveau national, ayant permis de mettre en évidence près de 20 % de CNV pathogènes. Le bénéfice pour les patients en terme de diagnostic, d'amélioration de la prise en charge et de conseil génétique est majeur de par l'amélioration du taux d'anomalies déséquilibrées identifiées. Il s'agit ainsi d'une avancée fondamentale en terme de diagnostic cytogénétique.

Les problèmes éthiques et d'informations aux patients ou leur famille ont été pris en compte, avec une réflexion du réseau et la création d'une plaquette d'information destinée aux patients et aux familles est en cours de validation au niveau national.

L'interprétation des CNV s'améliore grâce aux bases de données internationales. Le projet de mise en place, grâce au réseau ACPA, d'un système de partage des données anonymes au niveau national concernant ces CNV permettra un affinement progressif des corrélations génotype-phénotype et souligne l'importance accordées à cette problématique de l'interprétation des résultats. Toutefois, cette question est une situation « classique » à laquelle nombre de généticiens sont déjà confrontés et leur expérience professionnelle éprouvée est celle de la prudence avec la décision de la non utilisation de ces résultats dans le conseil génétique.

Concernant le remplacement du caryotype par l'ACPA, la question est posée. Ce point demande encore réflexion, mais dans le domaine de la déficience intellectuelle et des syndromes malformatifs, plusieurs publications montrent qu'il est médicalement plus efficace de substituer le caryotype par l'ACPA comme examen de première intention.

Le transfert de cette technique en diagnostic prénatal doit également être envisagé avec précaution et plusieurs projets de recherche clinique ont été déposés au niveau national.

La question actuelle n'est donc plus de savoir si la technique d'ACPA est validée sur un plan scientifique et médical, mais plutôt de bien définir sa place au sein des différents parcours de soins, d'organiser sa diffusion dans les laboratoires de génétique Hospitalo-Universitaires et de se donner les moyens de répondre à l'ensemble des demandes dont le nombre est 2 à 3 fois supérieur à la capacité de production actuelle.

Pour plus d'information, cf le site de l'Association des Cytogénéticiens de Langue Française.

Séquençage à haut débit et diagnostic moléculaire des maladies génétiques rares :

Le diagnostic des maladies monogéniques rares repose, à ce jour, sur l'analyse de la séquence du gène en cause (séquençage selon la technique classique de SANGER et la recherche de réarrangements exoniques par des techniques moléculaires quantitatives). Il existe toutefois des écueils. Ainsi, pour une même affection génétique, plusieurs gènes différents sont responsables : à titre d'exemples, pour les prédispositions génétiques au cancer du sein au moins 2 gènes majeurs, BRCA1 et BRCA2, et pour les causes de déficiences intellectuelles, plus de 100 gènes... Les attitudes diagnostiques nécessitent alors une approche dite « en cascade » pour l'analyse des gènes, et parfois le nombre de gènes étant trop important, l'étude exhaustive ne peut être entreprise (exemple des déficiences intellectuelles).

Pourtant un diagnostic moléculaire précis est primordial pour une prise en charge adaptée : il évite des errances diagnostiques longues, toujours très coûteuses ; il conduit vers une meilleure appréciation du profil évolutif de la maladie, et un conseil génétique adapté en terme de risque pour les apparentés. Il autorise, selon les affections et le vécu familial, la mise en place d'un choix dans le contexte d'un projet parental avec la proposition d'un diagnostic prénatal (DPN), d'un diagnostic préimplantatoire (DPI), et les propositions alternatives de don de gamètes ou d'adoption.

Les techniques de séquençage à haut débit (NGS ou Next Generation Sequencing) ont fait des avancées telles qu'il est envisageable de les appliquer au diagnostic des maladies génétiques. A l'opposé des techniques conventionnelles pour lesquelles environ 100.000 nucléotides peuvent être analysés en un séquençage, la technique NGS peut explorer 900 millions de nucléotides en une analyse soit 9.000 fois plus. Ce gain technologique autorise maintenant le séquençage très rapide d'une partie importante du génome (analyse ciblée sur tous les gènes responsables d'une même maladie), voire de tous les gènes d'un individu dans leurs régions codantes. Ces approches ont fait la preuve de leur efficacité dans le domaine de la recherche et les résultats obtenus favorisent dès lors le transfert technologique dans le domaine diagnostic hospitalier.

Les enjeux portent sur :

- Le coût du diagnostic moléculaire par patient et par pathologie en soulignant que si le séquençage conventionnel est peu coûteux en termes de réactif en revanche il l'est particulièrement en terme de temps technicien. La technologie NGS offre une capacité très importante d'analyse en un temps réduit. Compte tenu de l'évolution de l'offre le coût des réactifs va décroître progressivement ;
- Le délai de rendu des résultats : certaines analyses génétiques conduisent à des délais de rendu d'une année. Par ailleurs la stratégie d'analyse « en cascade » (compréhensible avec les moyens actuels) contribue aussi à rallonger le délai de rendu ;
- l'efficacité du diagnostic s'agissant de l'identification des mutations ;
- l'utilisation de cette approche innovante au diagnostic prénatal non invasif : il a été démontré que l'analyse de fragments courts reproduite un grand nombre de fois, contribue au séquençage de fragments d'ADN fœtal circulant dans le sang maternel des femmes enceintes (diagnostic non invasif de la trisomie 21) ;
- et bien évidemment la réflexion sur les aspects éthiques pouvant découler de l'approche séquençage génome entier.

Les séquenceurs de nouvelles générations sont encore peu ou pas implantés dans les CHU. Une telle acquisition doit être favorisée au sein des plateformes de biologie des CHU, tout particulièrement dans le contexte de Centres de référence et du plan Maladies Rares 2. Dans de tels sites hospitalo-universitaires peuvent être réunis les personnels médicaux, scientifiques et bioinformatiques indispensables à la réalisation et à l'interprétation des données issues de ce séquençage haut débit. Ces sites travaillant déjà en réseau peuvent ainsi partager leurs expériences et les données génomiques enrichissant les corrélations génotype-phénotype. Les laboratoires étrangers (Europe et USA) prennent d'ores et déjà ce cap de l'analyse exhaustive des gènes compte tenu des enjeux majeurs en terme de développement et de pistes thérapeutiques, et de façon plus actuelle de l'attente des patients pour une prise en charge optimale et adaptée de leur affection et du conseil génétique à donner pour leur famille.

PERINATALITE

Cf. annexes Thématiques Transversales « Périnatalité – santé de l'enfant et de l'adolescent.

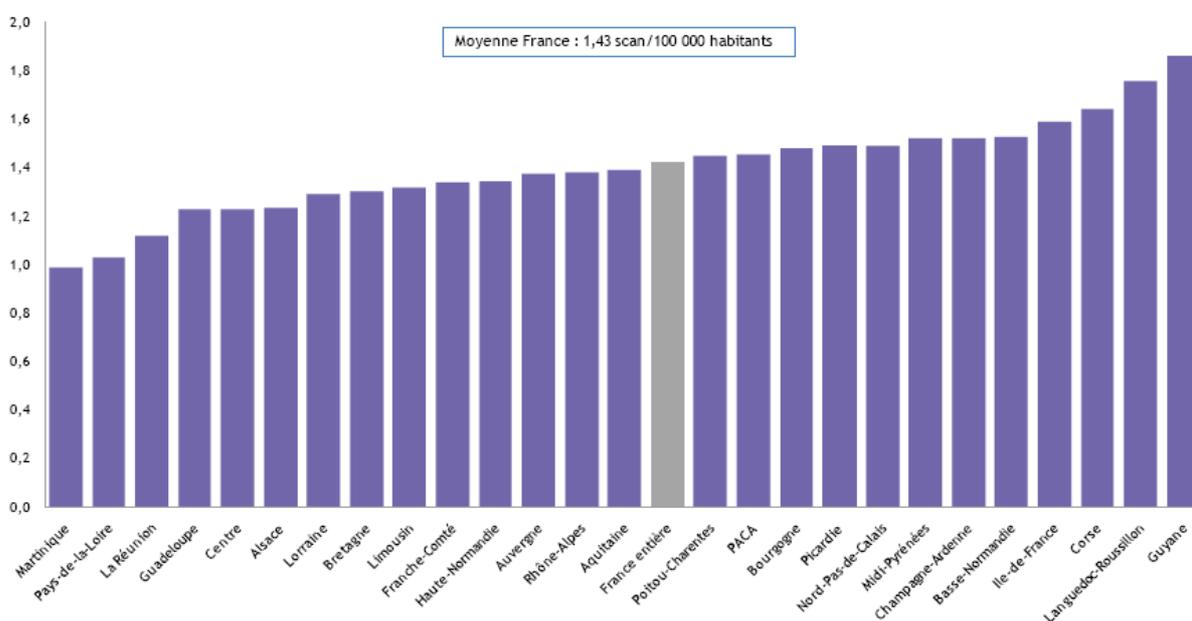
Une solution régionale de transfert d'images dénommée T Lor, a été retenue dès 2009 par les professionnels lorrains, et permet un maillage complet au niveau de tous les établissements du territoire. Testée pendant plus d'un an, elle est utilisée dans le cadre d'astreintes mutualisées et de renfort d'astreintes sur plusieurs établissements depuis avril 2010.

Près de 1800 actes de téléradiologie en permanence des soins ont été réalisés depuis avril 2010 et près de 250 actes sont réalisés par mois depuis avril 2011.

Taux d'équipements lorrains en scanner, IRM et TEP scan (données 2009)

Scanner : moyenne nationale : 1,43/100 000 ha

Figure 71 Nombre de scanners pour 100 000 habitants en 2009 par région

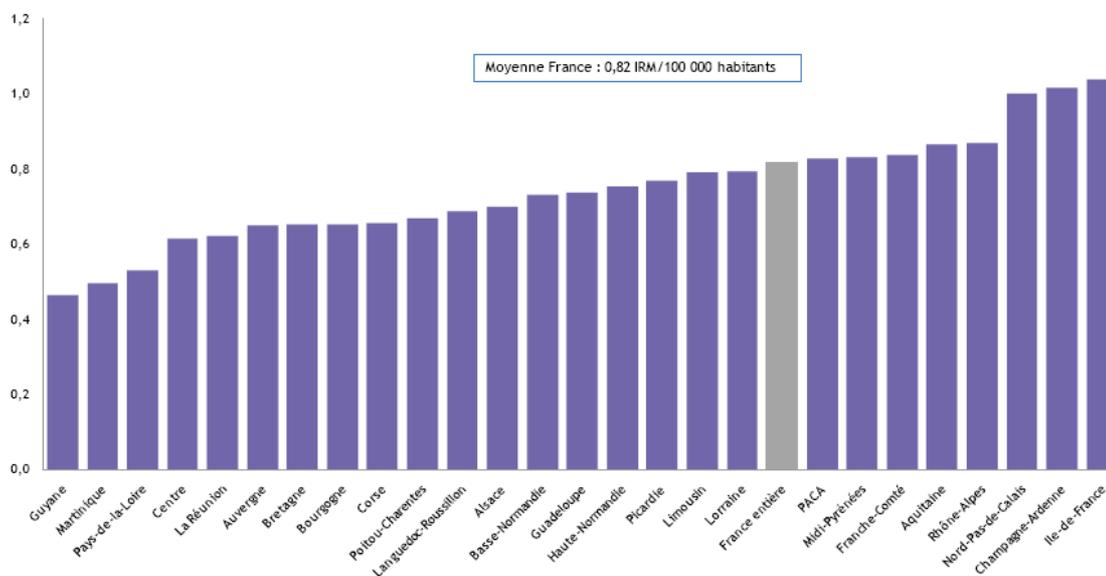


Source : DGOS / INSEE

Traitement : INCa 2010

IRM : moyenne nationale : 0,82/100 000ha

Figure 70 Nombre d'appareils d'IRM pour 100 000 habitants en 2009 par région



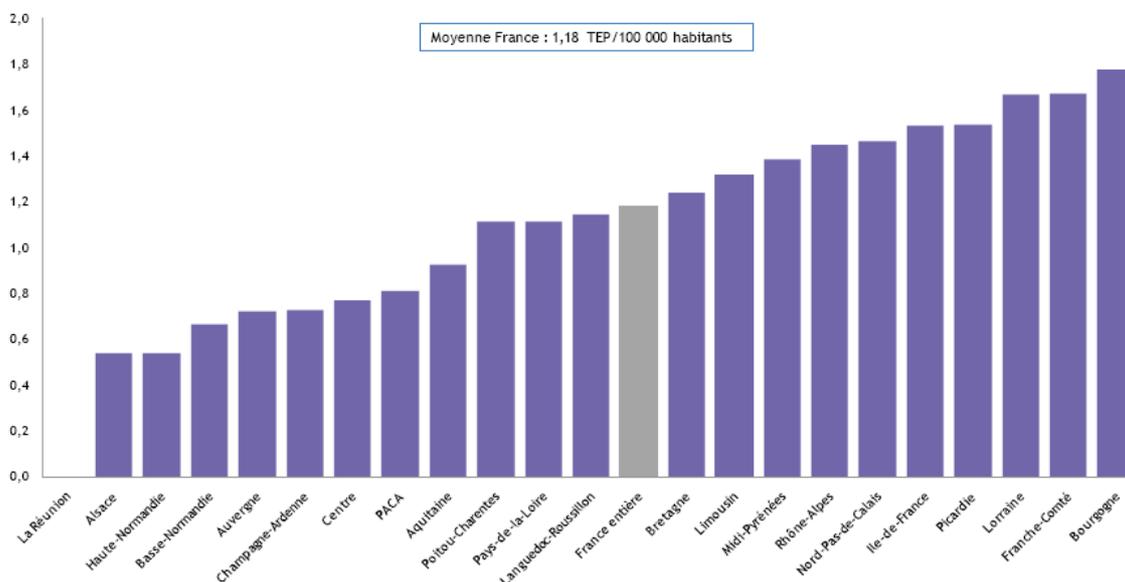
IRM : Imagerie par résonance magnétique

Source : DGOS /INSEE

Traitement : INCa 2010

TEP scan : moyenne nationale 1,18/100 000 ha

Figure 73 Nombre d'appareils de TEP pour 1 000 000 habitants en 2009 par région



Source : DGOS /INSEE. Remarque : la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane n'ont pas d'autorisation.

Traitement : INCa 2010

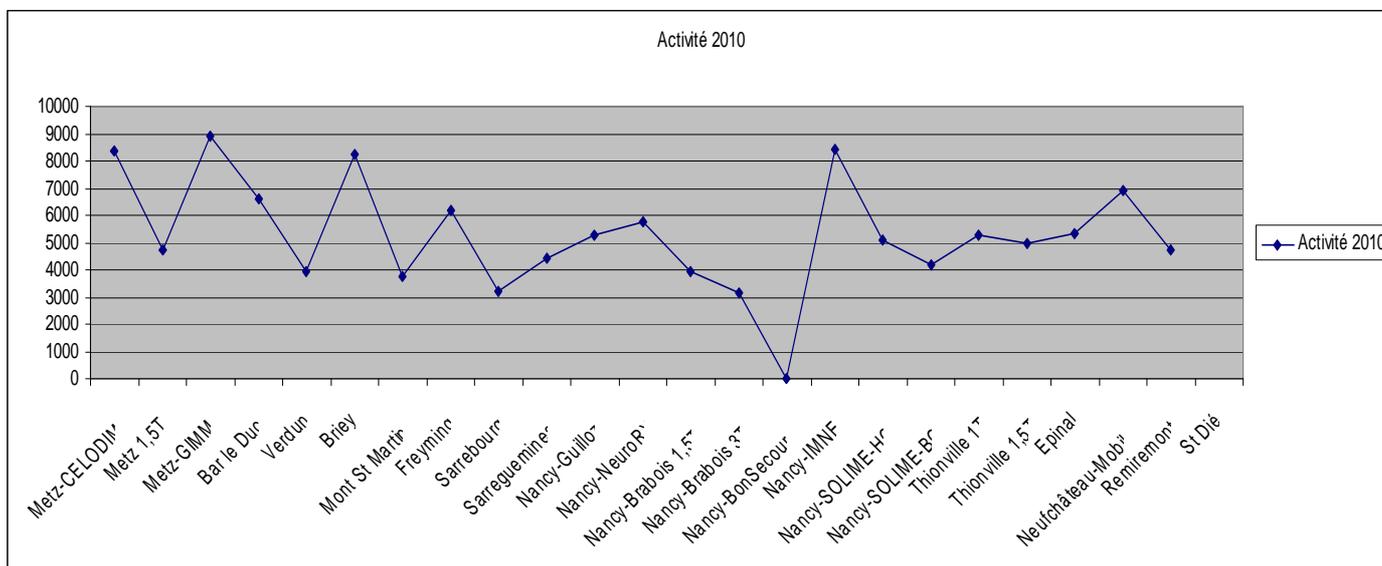
Principales orientations identifiées :

- Mieux connaître les délais d'examens et assurer la diminution de ces délais pour les priorités régionales (cancers et maladies neuro-cardio-vasculaires)
- Conforter le dépistage du cancer du sein
- Assurer la diminution de l'irradiation de la population
- Conforter l'offre de soins

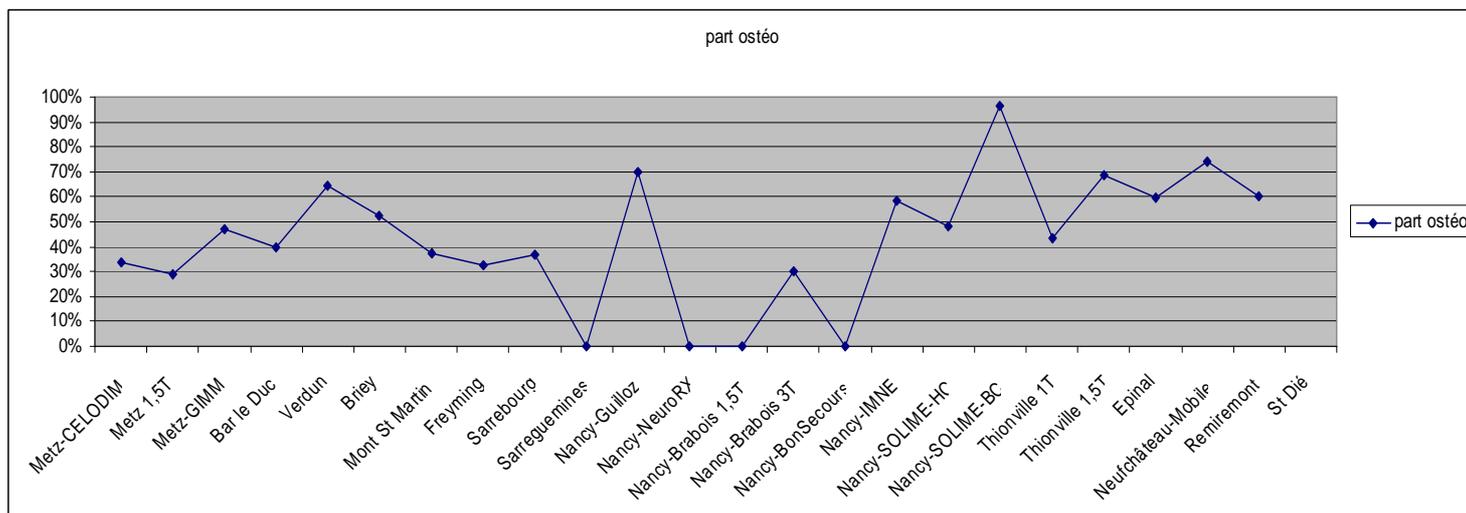
Afin d'établir un diagnostic sur l'évolution des implantations en IRM, un questionnaire a été envoyé par l'ARS de Lorraine à chaque plateau technique disposant d'une IRM.

Différents éléments ont été recueillis : les données d'activité 2010, la part ostéoarticulaire des examens réalisés, le temps de travail par semaine, le nombre de patients par semaine, le nombre de radiologues PH, le nombre total de radiologues, les délais de réalisation d'examens en externe, pour les patients hospitalisés, dans les structures libérales, et enfin la file active des patients.

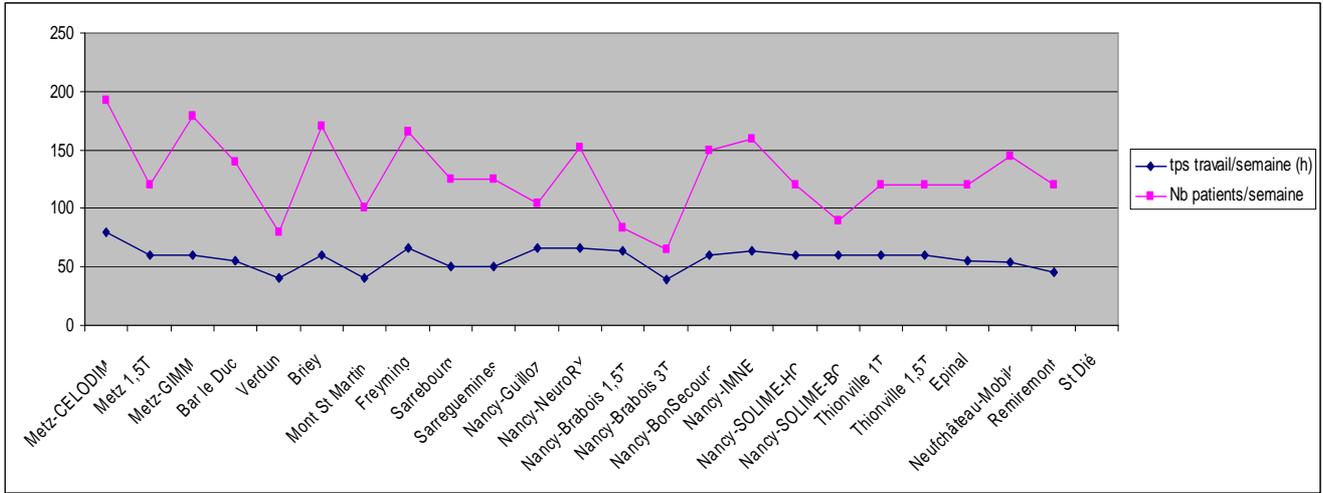
Données d'activité 2010 des plateaux d'IRM en Lorraine (en nombre d'actes)



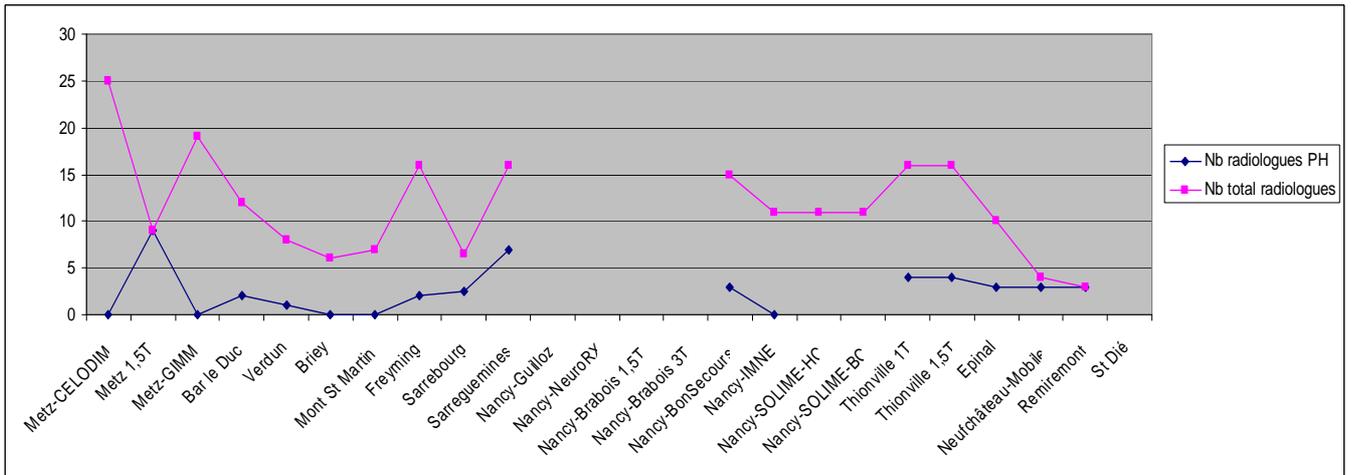
Données d'activité 2010 des plateaux d'IRM en Lorraine sur les pathologies ostéoarticulaires (part des actes osteo articulaires sur l'activité totale)



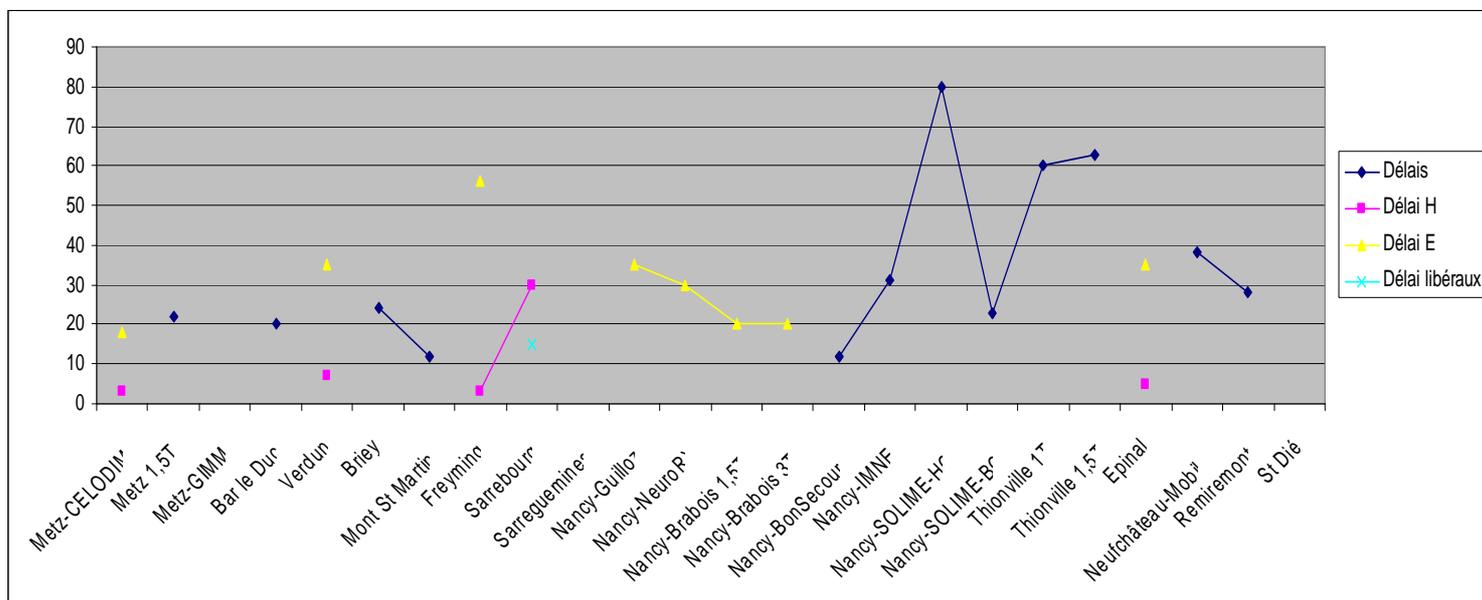
Temps cumulé hebdomadaire d'ouverture des IRM et nombre de patients pris en charge sur une IRM par semaine



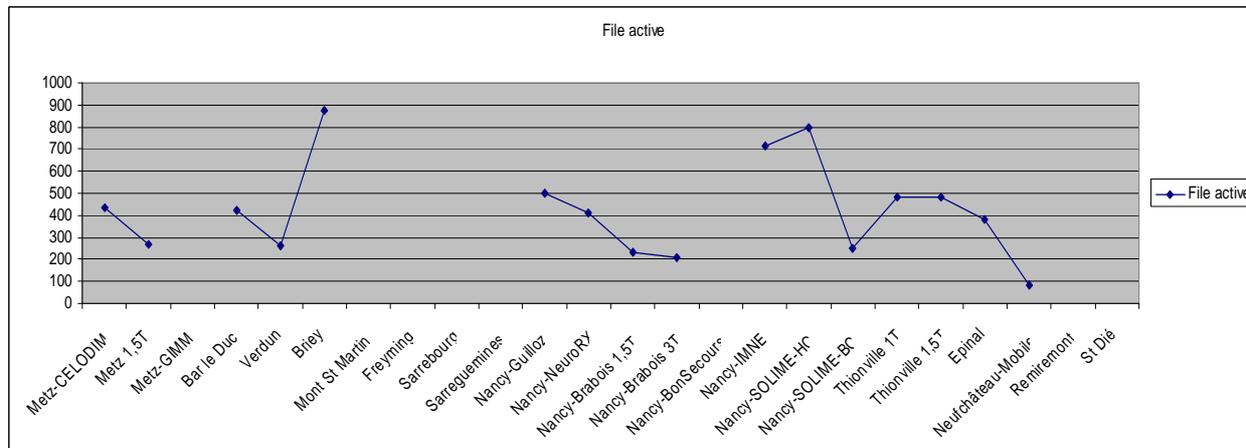
Nombre d'ETP de radiologue dédié à l'IRM et nombre ETP de radiologue PH dédié à IRM



Délai d'obtention d'une IRM en Lorraine (Délais en hospitalier, en externe, Délai dans les structures libérales) en 2010



File active des patients en Lorraine à un temps donné



De cette enquête il ressort :

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

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

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

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

Il est nécessaire de préciser que la solution de transfert d'images T Lor est la solution préconisée en Lorraine pour tout transfert d'images inter établissements.

Ainsi les solutions actuelles de transfert d'images existant entre les établissements ont vocation à disparaître au profit de T Lor.

Au vu des éléments sus cités et afin d'évaluer le besoin en implantations supplémentaires, le diagnostic régional et territorial nécessite d'être complété en 2012 pour l'ensemble des équipements matériels lourds. La réflexion sera menée en lien avec le groupe expert élargi aux médecins nucléaires.

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE**I. CONTEXTE**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une altération de la fonction des reins définie par une diminution du débit de filtration glomérulaire. C'est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, voire stoppée par un traitement médical. Entre 1,5 et 3 millions de personnes présentent une IRC non terminale en France.

L'hypertension et le diabète sont les principales causes d'IRC à son stade terminal (IRCT). Au stade terminal, l'IRC nécessite la mise en œuvre d'un traitement de suppléance pour assurer la survie du patient. La suppléance de la fonction rénale peut se faire soit par greffe rénale soit par traitement d'épuration extra-rénale dont les principales techniques sont l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. La greffe peut également être envisagée avant le passage au stade terminal de l'IRC, il s'agit de greffe préemptive.

En France, 68 000 personnes sont au stade de l'IRCT dont 55% en dialyse et 45% porteurs d'un greffon rénal. Le coût de la prise en charge de l'IRCT (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

L'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra rénale est une activité de soins soumise à autorisation. Elle est exercée selon 4 modalités :

- ⇒ hémodialyse en centre
- ⇒ hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
- ⇒ hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée
- ⇒ dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

II. DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL**II.1 Offre de soins en Lorraine****a. Les structures de soins**

En région Lorraine, l'activité d'hémodialyse en centre est pratiquée par 9 établissements de santé.

54 : Meurthe et Moselle	55 : Meuse	57 : Moselle	88 : Vosges
CHU de Nancy Brabois enfants Brabois adultes	Centre hospitalier Verdun	CHR de Metz-Thionville - Hôpital Bonsecours, Metz - Hôpital Bel Air, Thionville	Polyclinique Ligne Bleue, Epinal
Polyclinique de Gentilly -, Nancy		Hôpitaux privés de Metz (hôpital Saint-André)	
Polyclinique Pasteur – Essey les Nancy		Hôpital de Freyming Merlebach	
Alpha Santé, Mont-Saint- Martin			

Le transfert de l'activité de dialyse de Vittel vers Epinal prévue au schéma a été réalisé fin 2009 afin de répondre à un besoin de proximité et de garantir la sécurité des prises en charge par un environnement plus adapté à l'activité. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) de néphrologie dialyse a été créé entre le centre hospitalier d'Epinal et la SOGECLER.

Les activités alternatives à la dialyse en centre sont assurées par 2 associations (ALTIR et ASA) avec des unités autorisées détaillées dans le tableau suivant.

		Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse
54	Essey les Nancy	ALTIR	ALTIR
	Maxéville	ALTIR	ALTIR
	Mont-Saint-Martin	ALTIR	ALTIR
	Vandoeuvre les Nancy	ALTIR	
55	Bar le Duc	ALTIR	ALTIR
	Verdun	ALTIR	ALTIR
57	Freyming-Merlebach	ASA	ASA
	Metz	ALTIR et ASA	ALTIR et ASA
	Moulins les Metz	ASA	ASA
	Sarrebourog		ALTIR
	Thionville	ALTIR	ALTIR
88	Epinal	ALTIR	ALTIR
	Gérardmer		ALTIR
	Saint-Dié		ALTIR
	Vittel		ALTIR

Au regard des objectifs d'implantation du volet « prise en charge de l'IRC » du SROS 3, une autorisation d'unité d'auto-dialyse est encore possible sur le territoire de Sarreguemines qui ne dispose d'aucune offre de dialyse. Des installations autorisées ne sont toujours pas mises en œuvre (unités de dialyse médicalisée d'Essey les Nancy et de Mont-Saint-Martin, unités d'autodialyse de Mont-Saint-Martin et Thionville).

Un besoin exceptionnel pour une unité de dialyse médicalisée télésurveillée à Bar le Duc répondant aux recommandations de la HAS a également été autorisé. Celle-ci devrait être prochainement installée.

Les deux associations assurent l'offre de prise en charge de dialyse à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale).

L'activité de prélèvement d'organe est autorisée dans 5 établissements :

CHU de Nancy, CHR Metz-Thionville, Epinal, Sarreguemines et Verdun. Ces établissements se sont réunis au sein du réseau PRÉLOR pour améliorer le recensement des donneurs potentiels et dynamiser la réactivité face aux receveurs en attente.

Le CHU de Nancy est autorisé pour les activités de greffe rénale adulte et enfant.

b. Réseau NÉPHROLOR

La région lorraine compte un réseau créé en 2002, le réseau NÉPHROLOR.

Initialement réseau inter-hospitalier auquel adhèrent toutes les structures de dialyse de la région, NÉPHROLOR a pour objectif de structurer un système régional de recueil des données sur l'IRC terminale, faciliter l'enseignement et la formation continue et favoriser la recherche clinique et le développement de technologies nouvelles. NÉPHROLOR est le support du registre REIN.

Afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des patients porteurs d'un greffon rénal, Néphrolor a mis en place un outil de coordination entre les spécialistes transplantateurs, néphrologues, les médecins et le malade. Ce système de télé-médecine (Transplantelic) est opérationnel en Lorraine depuis fin 2006.

Le réseau a également développé deux programmes d'éducation thérapeutique du patient :

l'un à destination du patient transplanté (éduGreffe),

l'autre à destination du patient insuffisant rénal chronique (E'dire).

Ce dernier programme mis en place sur l'agglomération nancéenne devrait permettre de ralentir la progression de la maladie rénale chronique, de diminuer ses conséquences en termes de morbi-mortalité en particulier cardiovasculaire et de diminuer le nombre de patients arrivant à la dialyse en urgence. Il a vocation à être développé sur l'ensemble de la Lorraine.

c. Professionnels

La région Lorraine comptait fin 2010, 41 néphrologues compétents ou qualifiés exerçant dans des services de néphrologie dialyse ou des associations de dialyse contre 42 en 2005. 22% d'entre eux ont plus de 55 ans. Il est fait le constat d'un nombre de places faible pour la formation d'interne au DES de néphrologie en comparaison des régions avoisinantes.

La densité en néphrologue (18 par million d'habitant) est inférieure à la moyenne française (22 par million d'habitant) avec une disparité selon les départements.

Néphrologues en Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Nombre	19	3	17	2	41
Densité	26,2	15,4	16,4	5,3	17,5

Pour le département de la Meurthe et Moselle, l'indicateur de densité est à relativiser compte tenu :

- de la spécificité du CHU en particulier pour ses activités de néphrologie pédiatrique et de greffe rénale
- de l'ALTIR dont le siège est sur le département mais qui déploie une activité sur l'ensemble de la région.

La région connaît également des difficultés à fixer des néphrologues en Lorraine à l'issue de leur formation et sur le recrutement et la fidélisation d'infirmières sur le nord de la région en raison de l'attractivité transfrontalière (Mont Saint-Martin en particulier).

II.2 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont extraites des rapports de l'Agence de Biomédecine (rapports REIN et rapports d'activité de prélèvement et greffe) ainsi que des rapports régionaux issus du Registre REIN, Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie. Son objectif général est de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, les caractéristiques de la population traitée, la mortalité et les modalités de traitement au moyen d'un enregistrement exhaustif et continu d'informations sur les patients. Le registre a été créé en 2002 dans 4 régions pilotes dont la Lorraine et a concerné 20 régions en 2009.

a. Données d'incidence

En 2009, 407 lorrains ont débuté un traitement de suppléance par dialyse ou greffe. La majorité d'entre eux était traitée en Lorraine. L'augmentation du nombre de nouveaux patients est régulière depuis 2005, avec un taux standardisé de 173,9 par million d'habitants (pmh), La région fait partie des régions ayant un taux significativement supérieur à la moyenne nationale (taux d'incidence national 150 pmh) et ce taux varie suivant les départements lorrains (de 159,8 pmh en Meuse contre 186,8 pmh dans les Vosges).

Evolution du nombre de nouveaux patients résidant en Lorraine en IRCT traitée

2005	2006	2007	2008	2009
330	349	382	382	407

Il existe une nette prédominance masculine et l'âge moyen des patients au début de leur traitement était en 2009 de 68 ans avec un âge médian de 71 ans en augmentation régulière. L'hypertension artérielle et le diabète représentent 35% des causes de néphropathies.

Parmi les patients débutant leur traitement de suppléance en lorraine

- 48% sont diabétiques (moyenne nationale 41%) alors que le taux de prévalence du diabète traité dans la population générale est de 4,1% en Lorraine pour une moyenne de 3,6 en France. La proportion de patients diabétiques est toujours plus élevée d'année en année,
- 65% ont au moins une maladie cardio-vasculaire associée à leur IRCT (France = 57%),
- 32% ont une obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) (France 20%)
- La lorraine se caractérise par une fréquence plus importante des patients présentant une insuffisance respiratoire (17,8% vs 11,1%).

La greffe préemptive et la dialyse péritonéale représentaient respectivement 4 % et 11 % des premiers traitements de l'insuffisance rénale terminale chez l'ensemble des patients incidents en Lorraine (3% et 10% au niveau national). Il est à noter une très forte disparité de la dialyse péritonéale en 1^{ère} intention en fonction des régions (5% en Midi Pyrénées, 28% en Alsace).

Modalités de premier traitement des patients incidents

Modalité	Centre	UDM	Entraînement	Dialyse Péritonéale
%	83,6	5	1,3	10

A noter que certaines régions, telles que le Limousin ou la Bourgogne utilisaient plus souvent la dialyse péritonéale pour les patients de plus de 75 ans, à l'inverse, d'autres régions, telles que Rhône-Alpes ou l'Auvergne utilisaient plus souvent la dialyse péritonéale chez les patients de moins de 60 ans.

Pour la deuxième année consécutive, il est observé une baisse de la part de premières dialyses en urgence (19%) alors que les taux observés depuis 2001 étaient proches voire supérieurs à 50% et qu'au niveau national le taux est à 44%. Cette baisse peut être expliquée pour partie par une définition plus précise de l'item.

b. Données de prévalence

Au 31 décembre 2009, 2586 lorrains étaient recensés en IRCT. Il est à souligner les difficultés pour recenser les patients suivis à l'étranger (Allemagne, Belgique, Luxembourg).

Il n'existe pas de différence significative du taux de prévalence brute entre la région Lorraine (1104 pmh) et l'ensemble de la France (1094 pmh).

Le nombre de patients suivis en Lorraine augmente de façon significative avec une part équivalente de patients dialysés et greffés.

Evolution du nombre de patients pris en charge en Lorraine

	2005	2006	2007	2008	2009
Dialyse	1 090	1 116	1 150	1 181	1 235
Greffe	1 011	1 051	1 194	1 338	1 233
Total	2 101	2 167	2 344	2 519	2 468

Dialyse

1 358 lorrains étaient dialysés au 31 décembre 2009, dont 150 traités hors lorraine principalement en Alsace, Allemagne et Luxembourg. Le taux de fuite de la région vers d'autres régions est important (11%). Les fuites à l'étranger ne sont probablement pas toutes identifiées. Par contre 27 patients non lorrains sont pris en charge dans la région.

Au total 1 235 patients étaient dialysés en Lorraine alors qu'ils étaient 1 023 en 2001. L'augmentation est régulière pour la classe d'âge 85-95 ans et en 2009 il est relevé une augmentation du nombre de patients dans les classes 55-65 ans et 65-75 ans qui jusqu'alors étaient relativement stables.

L'âge moyen des patients dialysés est de 60,2 ans en 2009, âge supérieur de 15 ans à celui des greffés. Il existe une nette prédominance masculine. Les patients pris en charge sont souvent porteurs de plusieurs pathologies et il est noté l'augmentation de la proportion de patients diabétiques et / ou porteurs d'au moins une maladie cardio-vasculaire. Cependant depuis 2 ans la proportion de patients ayant 4 comorbidités ou plus semble diminuer, phénomène méritant d'être étudié avant de conclure à un éventuel changement de pratique.

Caractéristiques socio- démographiques et cliniques des patients traités en Lorraine

Modalité	Effectif	Sex ratio	Age moyen	diabétiques	Maladies cardio-vasculaires
Dialyse	1 235	1,46	67,9	40,1%	58,9%
Greffe	1 233	1,66	52,5	7,3%	29,1%

Depuis 2005 la part de patients dialysés en centre reste stable autour de 60%, alors que l'on observe une augmentation importante de la part d'activité de dialyse en unité de dialyse médicalisée et une diminution de la dialyse péritonéale. Après une diminution jusqu'en 2007, le nombre de patients auto-dialysés augmente à nouveau, cette évolution est peut être à rattacher à la possibilité de prise en charge en auto-dialyse assistée pour des personnes n'étant pas complètement autonomes pour la dialyse.

Modalités de traitement par dialysés des patients pris en charge en Lorraine

Modalité	Centre	UDM	entraînement	autodialyse	HD à domicile	DP
%	60,2	19,2	2,2	9,5	0,9	8,0

La part de la dialyse péritonéale n'est que de 8% en 2009 alors que le SROS 3 prévoyait son développement. Au niveau national cette part est en moyenne de 7,2% avec des variations selon les régions de 2% à 18,8%.

Différentes causes dont la tarification à l'activité qui a pu inciter les établissements à privilégier la dialyse en centre, un manque d'information de la part de certaines équipes et les difficultés de certains établissements à proposer l'éducation à la dialyse péritonéale pour répondre à un besoin de proximité ont contribué à la diminution constatée en Lorraine à partir de 2008. Par ailleurs, il ne semble pas exister une même possibilité d'accès à dialyse péritonéale pour les patients pris en charge à l'étranger en particulier en Allemagne.

Prélèvements et greffes

L'activité de prélèvement et de greffe a augmenté régulièrement en région Lorraine comme dans toute la France jusqu'en 2008.

En 2009 est observé un recul du nombre de recensement de sujets en état de mort encéphalique et du nombre de prélèvement.

Il est constaté un âge moyen de donneurs plus faible en région lorraine qu'au niveau national (46 ans en Lorraine vs 53 ans en France). Alors que la région dispose d'équipes de coordination de prélèvement autorisées en nombre suffisant et travaillant en réseau avec les établissements de proximité, il est souligné l'insuffisance de signalement des donneurs potentiels auprès de ces équipes compte tenu de l'évolution de leur typologie dont l'origine était par le passé principalement liée à l'accidentologie alors qu'actuellement il s'agit plus de patients porteurs de maladies neuro-vasculaires et donc d'une population plus âgée. Il est également constaté un pourcentage plus important que pour l'ensemble de la France de sujets non prélevés (57,1% vs 51.6%) avec pour principale cause l'opposition au prélèvement. Il est relevé également une part importante en Lorraine de non prélèvement par obstacle médical, principalement des problèmes de maintien des fonctions hémodynamiques du sujet (14,3% vs 7,1%).

L'activité de prélèvement d'organes est très faible en périphérie (4 sites autorisés hors CHU).

Après une baisse relative en 2008 et 2009, le nombre de greffes réalisées a nettement baissé en 2010 avec 68 greffes, alors que 106 greffes avaient été réalisées en 2007, baisse due :

- à une diminution des prélèvements
- à un refus de greffons par la région en raison du manque de disponibilité de l'équipe de greffe. Pour inverser cette tendance, l'équipe urologique du CHU a été renforcée en 2010 et depuis novembre 2010 un seul refus de greffon a été relevé. L'équipe reste encore fragile et doit encore être renforcée.

Cependant la région Lorraine est une des régions où le taux de greffe de rein à partir de donneur vivant est le plus important. L'activité de prélèvement à partir de donneur à cœur arrêté est marginale dans la région où seul le CHU est autorisé.

Les délais d'attente ont tendance à s'allonger car les greffons disponibles (offre) sont inférieurs à la demande (nouveaux malades en attente). En France le délai moyen entre la date d'inscription sur la liste d'attente et la réalisation de la greffe est de 18,9 mois. A ce délai s'ajoute un délai de l'ordre de 15 mois avant l'inscription sur la liste. En Lorraine, en 2010, l'attente était de 16,1 mois chez les adultes et 5,9 mois chez les enfants.

Activité de prélèvement et greffe de rein

	2007	2008	2009	2010
Sujets en attente de greffe au 1 ^{er} janvier	183	171	220	258
Donneurs potentiels recensés	132	113	104	98
Donneurs prélevés	59	38	41	42
Nombre de greffe	106	88	88	68

III. Conclusion

L'analyse des causes d'insuffisance rénale chronique terminale démontre l'enjeu en termes de prévention et des actions à mener vers les professionnels de santé et les patients en ce qui concerne particulièrement le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Les écarts constatés en termes d'incidence selon les départements peuvent évoquer des disparités dans l'accès au soin et le recours aux consultations de néphrologie.

Alors que le nombre de patients suivis en IRCT augmente de façon régulière, il est fait le constat d'une densité de néphrologues plus faible qu'au niveau national et une répartition inégale sur la région des professionnels entraînant des difficultés de fonctionnement des structures et augmentant les délais pour les consultations de néphrologie.

La comparaison avec les autres régions françaises de la répartition des modes de prise en charge indique un bon positionnement global de la Lorraine pour la dialyse médicalisée, modalité qui pourrait encore pouvoir se développer avec la télémédecine permettant l'installation d'unités télé-surveillées. Il existe un net potentiel de développement de la dialyse péritonéale en première modalité de traitement de dialyse partant d'un constat de similarité de profils des malades (âge comorbidités) en dialyse péritonéale et en hémodialyse en centre.

Il existe au sein de la région une accessibilité inégale à toutes les modalités de traitement par dialyse en particulier sur le nord de la région et des interrogations sur le devenir des patients suivis à l'étranger et en particulier sur leur possibilité d'accès à toutes modalités de traitement y compris la greffe.

L'accessibilité repose également sur une information pré dialyse de qualité permettant un choix éclairé du mode de traitement par le patient. La région doit pouvoir s'appuyer sur le réseau NÉPHROLOR pour développer l'éducation thérapeutique en lien avec les programmes de prévention du diabète et des maladies cardio-vasculaires.

Pour offrir aux patients plus de chance d'être greffés, la greffe étant le traitement le plus favorable en quantité et qualité de vie et le plus coût-efficace, des actions doivent être entreprises pour redynamiser l'activité de prélèvement en région et conforter l'équipe régionale de greffe..

MEDECINE**CONTEXTE**

- * Projet de décret médecine en attente de parution
- * T2A en médecine dans les ex HL annoncée en 2013
- * Méthodologie : 3 réunions avec 1 groupe expert :
 - les 6 mai, 27 mai, 17 juin
 - composition du groupe experts (tous départements confondus), représentants de :
 - Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
 - Médecins : gastro entérologue, gériatre, médecine interne
 - Directeur des soins
 - Cadre infirmier
 - Directeur établissement de santé privé
 - Union Régionale des Professionnels de Santé
 - Infirmière d'une délégation territoriale lorraine
 - Service social
 - Fédération de l'Hospitalisation Privée
 - Fédération Hospitalière de France
 - Directeur structure médico sociale
 - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
 - Conseil Départemental Ordre des Infirmiers

1. AUTORISATIONS

(Source : STATISS 2010)

	Nombre autorisation HC	Nombre autorisation HDJ	Capacité déclarée HC En lits	Capacité déclarée HDJ En places	Part de l'HDJ en % (Places/ lits+places)
Dp54	18	12	1750	238	11.97
Dp55	5	2	407	18	4.24
Dp57	29	19	2386	197	7.6
Dp88	16	4	790	35	4.24
Région	68	37	5333	488	8.4

2. TAUX D'EQUIPEMENT (TE)

(Source STATISS 2010)

National : (avec HAD) : 2,15

Départemental (avec HAD)

	TE Global	TE Lits	TE Places
Dp54	2,74	2,41	0,33
Dp55	2,19	2,10	0,09
Dp57	2,49	2,30	0,19
Dp88	2,17	2,08	0,09
Région	2,49	2,28	0,21

Le TE global pour la région et par département est supérieur au TE national.

TE en lits le plus faible : département 88

le plus fort : département 54

TE en places le plus faible : 55 et 88

le plus fort : 54

3. DMS (PMSI 2010)

DMS en jour par ES

DMS par ES : de 2 j à 27.4 j

Cette donnée est à interpréter selon :

- le statut de l'établissement
- le mode de prise en charge des patients
- la typologie de la population accueillie.

Pour les ES avec des DMS longues, travailler sur l'anticipation des sorties des services de médecine.

DMS par territoire de santé

	DMS 2009	DMS 2010
Dptt 54	6,1 j	6 j
Dptt 55	7.4 j	7.7 j
Dptt 57	6.8 j	7j
Dptt 88	7.1 j	7.3j
Région	6.7 j	6.8j

DMS par Groupements d'Activités (GA)

De **1 jour** (endoscopie digestives M02 et génito urinaires M18) à **29.6j** (greffe de moëlle, auto greffes de cellules souches M19)

4. HDJ HC

PMSI 2010 Séjours > 18 ans	Dp54	Dp55	Dp57	Dp88	Région
Nb séjours en HDJ	51 090	8 375	42 654	12 989	115 108
Nb séjours en HC	67 799	14 410	85 681	31 430	199 320
Nb séjours HC + HDJ	118 889	22 785	128 335	44 419	314 428
Part des séjours en HDJ sur le nombre total régional de séjours en HDJ	44.4 %	7.3%	37%	11.3%	100%
Part des séjours en HDJ sur le nombre de séjours (HC +HDJ) par territoire	43%	36.8%	33.2%	29.2%	36.6%

Le département Vosgien peut développer l'HDJ en médecine.

5. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

Séjours effectués en médecine ou chirurgie.

	Région	Dp54	Dp55	Dp57	Dp88
Séjours GHM K en 2009	83 413	34 479	4 879	34 855	9 200
Séjours en GHM K en 2010	86 293	34 837	4 989	37 221	9 246

Nécessité d'approfondir le diagnostic afin d'aboutir à une organisation efficiente de la réalisation des endoscopies en médecine et en chirurgie (mutualisation des plateaux techniques)

6. SERVICES DE MEDECINE DE FAIBLE CAPACITE

Des réflexions sont à mener sur les services de médecine de faible capacité (dont les services de médecine des ex HL) dans un cadre médico économique tout en respectant l'accès aux soins des patients.

7. TAUX DE RECOURS

Code groupe d'activité	Libellé groupe d'activité	Taux de recours 2009 standardisés pour 10000 hab.				
		Régional	TS Meurthe-et-Moselle	TS Meuse	TS Moselle	TS Vosges
M01	Hépto-Gastro-Entérologie	162,2	150,7	193,8	161,3	170,6
M02	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	173,1	202,9	201,1	155,5	150,0
M04	Rhumatologie	73,0	109,9	61,7	51,0	68,3
M06	Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	69,6	78,2	65,2	70,9	51,9
M07	Cardiologie	126,3	121,8	154,3	120,3	136,8
M09	Pneumologie	147,3	136,8	141,1	159,1	138,2
M11	ORL et Stomato médical	35,9	31,6	48,1	34,0	43,5
M16	Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)	70,6	69,3	85,3	69,2	69,3
M24	Diabète, maladies métaboliques, Endocrinologie complications (hors)	78,6	76,1	135,1	67,5	84,8
M26	Psychiatrie	46,9	33,7	30,3	58,7	48,8
M29	Douleur et soins palliatifs	26,2	23,2	21,5	34,1	12,6
M32	Suivi thérap.d'affections connues	37,4	32,6	48,7	34,6	48,7
M33	Rééducation Convalescence	18,5	22,9	7,4	23,1	3,1
M34	Autres symptômes ou motifs médicaux	77,0	66,1	108,5	79,4	74,8
Total Médecine		1 477,0	1 482,2	1 675,7	1 445,0	1 453,1

 Tx recours significativement supérieur au Tx national

 Tx recours significativement inférieur au Tx national

Un travail doit s'effectuer afin d'expliquer ces écarts au taux national en lien avec l'instance opérationnelle de dialogue.

Ces écarts doivent être interprétés dans le cadre d'une analyse globale :

- données épidémiologiques,
- offre libérale et hospitalière,
- codage PMSI
- ...

8. DEMOGRAPHIE MEDICALE

Certaines spécialités connaissent un déficit démographique important, c'est le cas notamment des neurologues, HGE, dermatologues. La répartition des spécialités médicales est également très hétérogène d'un territoire à un autre (en lien avec l'offre). Les départements de Meuse et des Vosges étant les plus déficitaires.

MEDECINE INTERNE

Source : Drees Adeli au 01.01.2011

Régions	Libéral		Salarié hospitalier		Salarié non hospitalier		Total	Population au 1er janvier 2008	Densité pour 100 000 hab
	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus			
Île-de-France	68	73	385	117	28	17	688	11 659 260	5,9
Alsace	5	3	61	16	2		87	1 837 087	4,7
Auvergne	4	1	29	15	1		50	1 341 863	3,7
Rhône-Alpes	14	26	121	56	3	6	226	6 117 229	3,7
Languedoc-Roussillon	4	11	57	18	1	2	93	2 581 718	3,6
France Métropolitaine	171	177	1329	471	39	34	2221	62 134 866	3,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	16	92	43	1	2	173	4 882 913	3,5
Bourgogne	3	4	35	13	1	1	57	1 638 588	3,5
Lorraine	3	5	50	20	1	1	79	2 346 361	3,4
Aquitaine	7	11	61	19		1	99	3 177 625	3,1
Poitou-Charentes			40	14			54	1 752 708	3,1
Limousin	3		12	6		1	22	740 743	3,0
Picardie	2	6	36	11			55	1 906 601	2,9
Centre	4	4	43	22			73	2 531 588	2,9
Bretagne	6	4	62	15		1	88	3 149 701	2,8
Pays de la Loire	9	3	67	13	1		93	3 510 170	2,6
Midi-Pyrénées	4	2	48	18	1	1	74	2 838 228	2,6
Haute-Normandie	1	6	28	12			47	1 825 667	2,6
Franche-Comté	1		18	6		1	26	1 163 931	2,2
Champagne-Ardenne			18	9			27	1 338 004	2,0
Nord-Pas-de-Calais	12	2	49	18			81	4 024 490	2,0
Corse	2		2	2			6	302 966	2,0
Basse-Normandie			15	8			23	1 467 425	1,6

MEDECINE GENERALE (hors MEP)

Source : Drees Adeli au 01.01.2011

Régions	Libéral		Salarié hospitalier		Salarié non hospitalier		Total	Population au 1er janvier 2008	Densité pour 100 000 hab
	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 493	1 242	923	150	652	242	7 702	4 882 913	157,7
Languedoc-Roussillon	2 261	656	359	70	315	99	3 760	2 581 718	145,6
Île-de-France	7 828	2 489	3 003	424	2 579	642	16 965	11 659 260	145,5
Midi-Pyrénées	2 255	680	474	50	341	117	3 917	2 838 228	138,0
Aquitaine	2 681	721	444	53	364	94	4 357	3 177 625	137,1
Franche-Comté	845	207	299	24	155	37	1 567	1 163 931	134,6
Nord-Pas-de-Calais	3 291	673	715	56	519	155	5 409	4 024 490	134,4
Corse	224	78	53	9	31	11	406	302 966	134,0
France Métropolitaine	45 528	11 811	11 114	1 328	9 019	2 375	81 175	62 134 866	130,6
Limousin	596	104	127	11	102	23	963	740 743	130,0
Rhône-Alpes	4 466	960	1 099	115	951	235	7 826	6 117 229	127,9
Alsace	1 386	301	289	39	242	53	2 310	1 837 087	125,7
Champagne-Ardenne	932	239	256	24	178	39	1 668	1 338 004	124,7
Poitou-Charentes	1 273	312	272	27	205	46	2 135	1 752 708	121,8
Auvergne	918	228	230	37	158	61	1 632	1 341 863	121,6
Bretagne	2 246	558	461	45	395	95	3 800	3 149 701	120,6
Lorraine	1 645	391	307	34	315	73	2 765	2 346 361	117,8
Bourgogne	1 046	265	260	18	192	59	1 840	1 638 588	112,3
Pays de la Loire	2 365	508	441	32	454	92	3 892	3 510 170	110,9
Picardie	1 187	304	292	36	215	65	2 099	1 906 601	110,1
Haute-Normandie	1 195	263	261	26	213	43	2 001	1 825 667	109,6
Basse-Normandie	914	208	245	17	181	26	1 591	1 467 425	108,4
Centre	1 481	424	304	31	262	68	2 570	2 531 588	101,5

NEUROLOGIE

Source : Drees Adeli au
01.01.2011

Régions	Libéral		Salarié hospitalier		Salarié non hospitalier		Total	Population au 1er janvier 2008	Densité pour 100 000 hab
	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus	moins de 60 ans	60 ans et plus			
Île-de-France	128	31	294	29	16	5	503	11 659 260	4,3
Midi-Pyrénées	34	5	58	7		1	105	2 838 228	3,7
Rhône-Alpes	70	12	125	17			224	6 117 229	3,7
Limousin	6	2	18	1			27	740 743	3,6
Nord-Pas-de-Calais	38	3	96	8			145	4 024 490	3,6
Languedoc-Roussillon	28	7	47	7			89	2 581 718	3,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	74	15	64	12	2	1	168	4 882 913	3,4
Alsace	23	2	34	3	1		63	1 837 087	3,4
France Métropolitaine	638	108	1 115	130	25	8	2 024	62 134 866	3,3
Aquitaine	42	5	44	7	1		99	3 177 625	3,1
Franche-Comté	11		24	1			36	1 163 931	3,1
Poitou-Charentes	17	4	27	3			51	1 752 708	2,9
Haute-Normandie	16	1	25	7			49	1 825 667	2,7
Pays de la Loire	35	6	46	6		1	94	3 510 170	2,7
Bretagne	23	2	54	2	3		84	3 149 701	2,7
Corse	4	2	1	1			8	302 966	2,6
Bourgogne	17	4	19	3			43	1 638 588	2,6
Auvergne	11		20	2			33	1 341 863	2,5
Picardie	11		32	1			44	1 906 601	2,3
Basse-Normandie	10	1	16	4	1		32	1 467 425	2,2
Centre	16	3	29	5	1		54	2 531 588	2,1
Lorraine	16	2	27	4			49	2 346 361	2,1
Champagne-Ardenne	8	1	15				24	1 338 004	1,8

DERMATOLOGIE

Source : Drees Adeli au
01.01.2011

Régions	Libéral		Salarié hospitalier		Salarié non hospitalier		Total	Population au 1er janvier 2008	Densité pour 100 000 hab
	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Moins de 60 ans	60 ans et plus			
Île-de-France	692	275	126	25	40	35	1 193	11 659 260	10,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	285	100	33	9	13	8	448	4 882 913	9,2
Aquitaine	162	42	16	5	1	1	227	3 177 625	7,1
Midi-Pyrénées	135	39	16	4	4	3	201	2 838 228	7,1
Languedoc-Roussillon	123	36	16	1	2	2	180	2 581 718	7,0
Alsace	85	24	13	3		0	125	1 837 087	6,8
France Métropolitaine	2 670	803	421	81	78	60	4 113	62 134 866	6,6
Rhône-Alpes	250	74	42	12	4	4	386	6 117 229	6,3
Franche-Comté	35	14	14	1		1	65	1 163 931	5,6
Bretagne	125	25	14	1		0	165	3 149 701	5,2
Lorraine	73	23	17	1	4	0	118	2 346 361	5,0
Champagne-Ardenne	46	5	11	2	2	1	67	1 338 004	5,0
Bourgogne	49	18	10	1		2	80	1 638 588	4,9
Nord-Pas-de-Calais	127	27	23	7	4	3	191	4 024 490	4,7
Centre	89	16	11	0	2	0	118	2 531 588	4,7
Corse	9	5		0		0	14	302 966	4,6
Auvergne	40	11	10	1		0	62	1 341 863	4,6
Haute-Normandie	52	17	13	1		0	83	1 825 667	4,5
Pays de la Loire	116	20	17	4		0	157	3 510 170	4,5
Basse-Normandie	54	6	2	1	2	0	65	1 467 425	4,4
Poitou-Charentes	58	14	4	1		0	77	1 752 708	4,4
Limousin	20	2	6	1		0	29	740 743	3,9
Picardie	45	10	7	0		0	62	1 906 601	3,3

La part des dermatologues libéraux est importante par rapport aux hospitaliers.

HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGUE

Source : Drees Adeli au
01.01.2011

Régions	Libéral		Salarié hospitalier		Salarié non hospitalier		Total	Population au 1er janvier 2008	Densité pour 100 000 hab
	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Moins de 60 ans	60 ans et plus			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	168	66	93	15	3	1	346	4 882 913	7,1
Île-de-France	352	113	284	42	16	13	820	11 659 260	7,0
Corse	11	4	4	0	1	0	20	302 966	6,6
Languedoc-Roussillon	80	27	43	9	2	1	162	2 581 718	6,3
France Métropolitaine	1 523	464	1 241	170	43	25	3 466	62 134 866	5,6
Bretagne	68	22	73	7	2	3	175	3 149 701	5,6
Aquitaine	75	24	63	7	3	1	173	3 177 625	5,4
Alsace	53	11	29	6	1	0	100	1 837 087	5,4
Franche-Comté	19	12	21	7	2	0	61	1 163 931	5,2
Champagne-Ardenne	35	7	26	1		1	70	1 338 004	5,2
Midi-Pyrénées	79	23	39	7		0	148	2 838 228	5,2
Basse-Normandie	26	9	36	3	1	0	75	1 467 425	5,1
Picardie	33	9	45	9		0	96	1 906 601	5,0
Rhône-Alpes	148	32	103	16	7	0	306	6 117 229	5,0
Haute-Normandie	32	12	42	4		0	90	1 825 667	4,9
Nord-Pas-de-Calais	82	21	78	8	1	1	191	4 024 490	4,7
Poitou-Charentes	31	12	36	3		1	83	1 752 708	4,7
Limousin	12	3	20	0		0	35	740 743	4,7
Centre	52	11	52	4		0	119	2 531 588	4,7
Bourgogne	25	13	30	3	2	2	75	1 638 588	4,6
Pays de la Loire	74	16	63	5	1	0	159	3 510 170	4,5
Auvergne	28	6	19	6		0	59	1 341 863	4,4
Lorraine	40	11	42	8	1	1	103	2 346 361	4,4

9. GRADATION DES SOINS

Afin d'optimiser le fonctionnement des services de médecine, leur organisation doit se faire dans le cadre de la gradation de soins en identifiant des services de recours (services de spécialités médicales telles que cardiologie, neurologie, diabétologie...). Le diagnostic sur l'identification de ces spécialités n'a pas été effectué sur le temps imparti à l'élaboration du volet.

Le groupe expert a amorcé des travaux sur la définition de la médecine polyvalente.

Après avoir réalisé un diagnostic précis des offres de médecine polyvalente et médecine spécialisée, le travail de gradation des soins sera effectué avec l'identification de structures de recours par thématiques et l'organisation de filière de soins.

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

1 : Coopérations sanitaires transfrontalières

La coopération sanitaire transfrontalière implique des accords entre pays, puis « arrangement administratif » qui définit :

- Les autorités compétentes pour signer des conventions de coopération (avant avril 2010 : ARH, DRASS, URCAM, actuellement : ARS)
- Les conditions et modalités d'intervention des professionnels de santé
- Les modalités de prise en charge par un régime de prestations sociales

Le cadre juridique national

A ce jour, le cadre juridique de la coopération transfrontalière entre la Lorraine et les pays de la grande région est le suivant :

Avec la Belgique :

Un accord a été signé entre le gouvernement de la République Française d'une part, et le gouvernement du Royaume de Belgique, le gouvernement de la Communauté Française, le Gouvernement de la Région Wallonne et le Gouvernement Flamand, d'autre part, sur la coopération transfrontalière entre les collectivités territoriales et organismes publics locaux, à Bruxelles le 16 septembre 2002.

Cet accord a été complété, dans le domaine de la santé, par un arrangement administratif général relatif à la coopération sanitaire transfrontalière, le 30 septembre 2005.

Un arrangement administratif (qui désigne le contenu des éventuelles conventions de coopération bilatérale ainsi que les autorités compétentes pour leur contrôle) a été arrêté par les autorités des deux pays.

Avec l'Allemagne :

Un accord cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de république fédérale d'Allemagne relatif à la coopération sanitaire. (Signature le 2 juillet 2005, publication au JO par décret n°2007-1039 du 15/06/07 ; prise d'effet au 1^{er} avril 2007) Il concerne les länder du Bade Wurtemberg, de Rhénanie Palatinat et de la Sarre et l'Alsace et la Lorraine.

Un arrangement administratif a été signé par les autorités des deux pays le 9 mars 2006 (prise d'effet au 1^{er} mai 2007)

Une circulaire interne française a été prise en application le 18 juillet 2007

Avec le Luxembourg

Pas d'accord cadre avec le Luxembourg mais possibilité de conclure des conventions internationales > ratifiées par le Parlement

Les déclinaisons en conventions

Les conventions dans le domaine des urgences pré hospitalières sont les suivant :

Avec la Belgique

Signature des annexes d'application de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente entre la Lorraine et la Wallonie signée le 19 mars 2008 à Mont Saint Martin. Dans la zone frontalière concernée qui englobe la Province du Sud Luxembourg en Belgique et le nord de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle, trois SMUR sont implantés : l'un à Arlon, le deuxième à Verdun et le troisième à Mont-Saint-Martin.

Le principe retenu est celui de faire intervenir le SMUR voisin, quand le SMUR local est indisponible et à condition que le SMUR étranger permette de gagner au moins dix minutes par rapport au SMUR local mobilisable en 2ème intention.

Cette convention permet, à travers la coordination du centre 15 à Nancy ou à Verdun et du Centre 100 à Arlon, de décider de l'intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation frontalier lorsque le SMUR local est indisponible. Ainsi pour le patient, les pompiers et les professionnels de santé libéraux cette organisation est transparente.

Une convention complémentaire a été signée le 30 avril 2009 entre le DGARH et la Wallonie pour permettre la couverture en première intention par le smur de Longwy du territoire belge d'Aubange (environ 200 interventions par an)

Avec l'Allemagne

Une convention a été signée entre la Lorraine (DARH) et la Sarre le 11 juin 2008, sur la coopération entre le centre 15 de Moselle et son équivalent sarrois pour permettre l'intervention d'un SMUR sur le territoire étranger s'il est plus proche ou en renfort.

Cependant, cette convention n'est que rarement activée, sauf intervention ponctuelle d'un SMUR sarrois sur le territoire mosellan à la demande des ressortissants sarrois résidant en France.

Barrière de la langue et absence de rencontres régulières entre équipes françaises et allemandes ne favorise pas l'application pleine de cette convention.

2 : Organisation interne des structures des urgences

La prise en charge des urgences engage tout l'établissement et non la seule structure des urgences. Il est donc du ressort de ce dernier d'assurer en amont de la structure des urgences un accueil et un tri débouchant sur une orientation d'aval adaptée.

L'ensemble des mesures suivantes est de nature à recentrer l'activité des urgentistes et d'éviter les problèmes d'afflux et d'engorgement des urgences.

Améliorer l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients se présentant aux urgences, par la mise en place d'un IAO infirmier de l'accueil et de l'orientation

La mise en place d'un tri rapide, d'une gestion des flux de patients fondée sur le niveau de gravité des pathologies et d'une liaison plus étroite avec l'ensemble du réseau, est nécessaire.

Lorsque le niveau d'activité est important il convient d'envisager la présence d'un professionnel dédié à l'orientation des patients qui hiérarchisera les prises en charge, ré-adressera le cas échéant les patients vers la médecine générale, éventuellement une MMG, ou vers les consultations externes hospitalières de spécialité, sur la base de protocoles clairs et partagés, de façon à sécuriser ces « ré adressages ».

Identifier une fonction de « coordinateur de l'aval »

Aux urgences, la recherche de lits doit être faite précocement, lors de la prise en charge des patients. Elle doit faire l'objet d'une organisation à l'intérieur même de la SU. Une fonction de « coordinateur de l'aval » doit au mieux être identifiée au sein de la SU ; elle peut être assurée par une IDE.

Les patients reprogrammables vers une consultation après leur sortie de la SU doivent être identifiés précocement à partir de protocoles pré-établis et actualisés.

Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences

Dans les établissements publics de santé, les modalités d'intervention des médecins seniors des services de spécialités, ou des internes qu'ils délèguent sous leur responsabilité, doivent, en tant que de besoin, être systématiquement et préalablement organisées. La formalisation du partenariat est essentielle : c'est pourquoi des protocoles devraient au mieux être établis et référencés entre le service des urgences et tous les services de médecine polyvalente ou de spécialités. Ainsi par exemple, le service de l'urgence dispose chaque jour du nom du référent senior identifié par le service de spécialité.

Identifier une zone d'UHCD dans chaque SU

Chaque structure des urgences doit comporter une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'un minimum de 2 lits, dont la capacité est définie en fonction de l'activité de la structure.

Ces lits n'ont pas vocation à servir de « zone tampon » pour les autres services cliniques ni à prendre en charge des patients pour lesquels une hospitalisation complète est indiquée. Elle n'a pas vocation en particulier à accueillir des patients relevant d'une unité de surveillance continue. Cette zone doit être placée sous la responsabilité du chef du service des urgences

Organiser l'aval des urgences

Une réflexion devra être menée par les professionnels pour organiser des réseaux de prise en charge des urgences à partir des structures des urgences reconnues.

Ils veilleront à identifier, conforter et réguler les filières de soins en aval des urgences en vue d'assurer la fluidité des prises en charge.

Par ailleurs, une attention particulière sera portée aux populations vulnérables.

Assurer une organisation territoriale adaptée aux besoins : Médecins correspondant du SAMU

Ce dispositif est à privilégier dans les zones dans lesquelles les SMUR ne peuvent intervenir, dans le cadre des urgences vitales, auprès de la victime dans un délai tendant vers 20 minutes, plus particulièrement dans les zones blanches de Meuse.

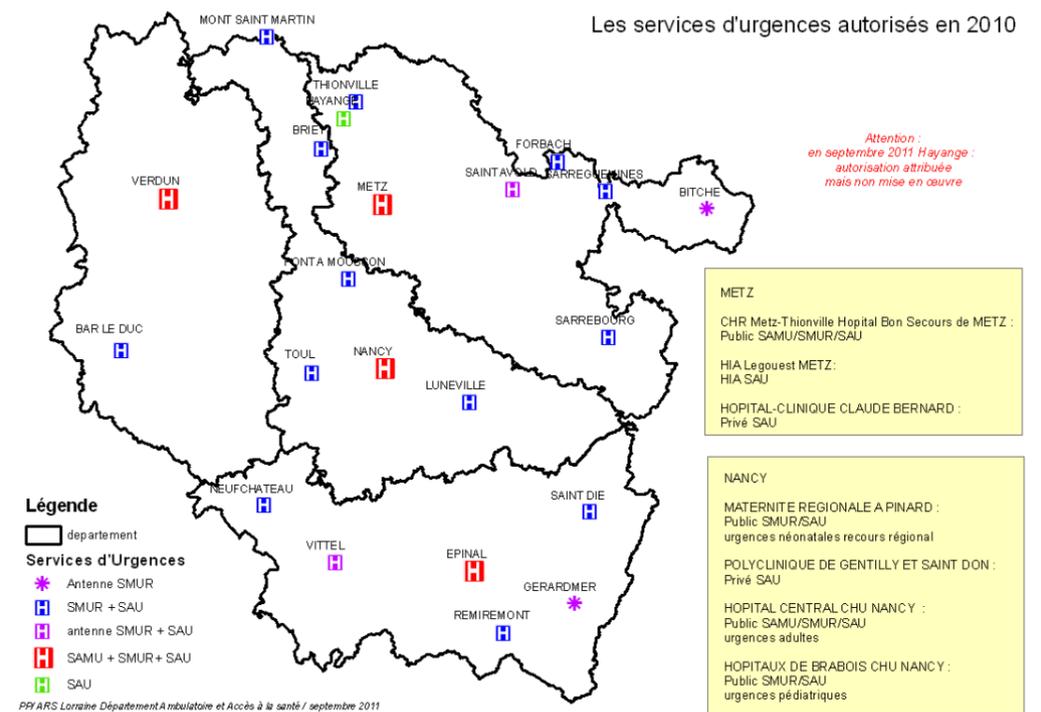
Les médecins correspondants du SAMU (MCS) font partie du réseau des urgences

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin formé à l'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les structures des urgences et les SMUR.

Il permet de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence vitale par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR. Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au SMUR, le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du médecin correspondant du SAMU et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), chargée de prendre en charge le patient. Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.

Evaluer le dispositif des médecins correspondants du SAMU rénové en application des textes réglementaires (notamment en Meuse).

3 : Les implantations des services d'urgences

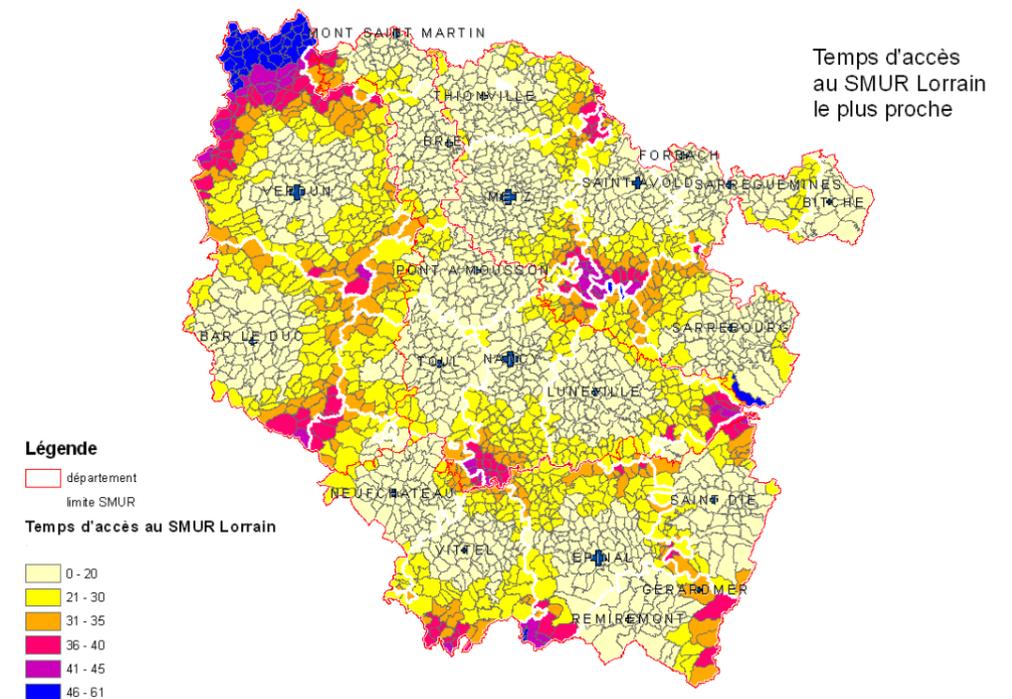


Remarques :

Hayange : autorisation attribuée, non mise en œuvre en septembre 2011.
HIA Legouest METZ : ne relève pas du régime des autorisations.

4 : Les temps d'accès, délais d'intervention des services d'urgences

Cartes zonage et temps d'accès des SMUR terrestres



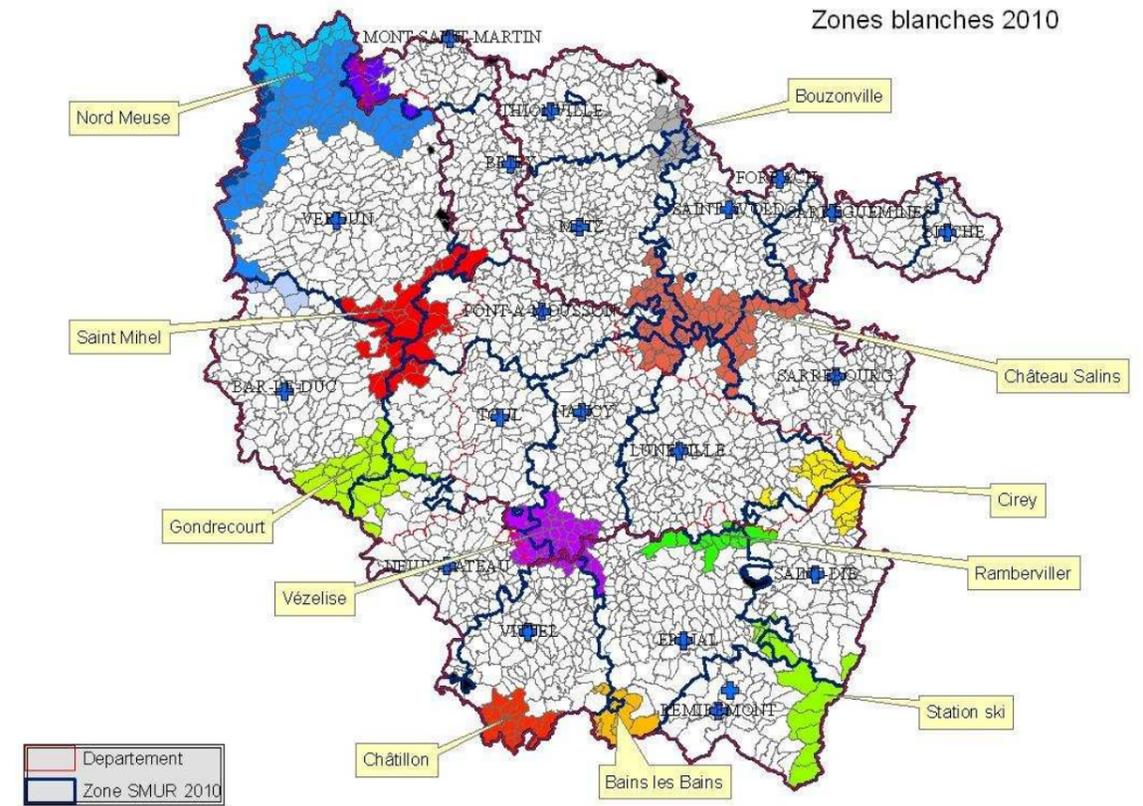
Zones blanches :

Ont été considérées comme communes en zones blanches, les communes éloignées de plus de 30 mn (strictement) d'une commune SMUR lorraine.

Le temps d'accès à certaines de ces zones blanches peut être réduit par l'intervention de SMUR des régions limitrophe.

L'intervention de SMUR transfrontalier ne permet pas une meilleure couverture de ses zones sauf peut être pour la zone de Bouzonville (à étudier)

Zones blanche	Nombre de commune	Superficie (km ²)	Nombre d'habitants	Densité (hab/km ²)	SMUR Lorrains					SMUR Lorrain + SMUR autres régions françaises limitrophes				
					Temps Min	Temps Max	Temps Moyen	Temps Moyen Stand. Par hab	SMUR	Temps Min	Temps Max	Temps Moyen	Temps Moyen Stand. Par hab	SMUR
Bouzonville	23	147	12323	83,74	31	45	35,2	36,6	Metz, St Avold, Thionville					
Château-Salins	92	648	27365	42,19	31	54	35,7	34,1	Lunéville, Nancy, PAM, Metz, St Avold, Sarrebourg, Sarreguemines					
Châtillon-sur-Saône	17	177	2111	11,89	32	43	36,5	36,5	Vittel					
Bains les Bains	11	152	4259	27,98	34	47	40,9	38,9	Epinal, Vittel	24	40	32	30,1	Luxeuil les Bains
Cirey	23	245	4500	18,30	31	47	37,0	36,3	Lunéville, St-Dié, Sarrebourg					
Gondrecourt-Commercy	28	414	5337	12,87	29	44	34,8	34,7	Toul, Neufchâteau, BLD					
nord Meuse 0	68	766	15327	19,99	31	54	38,0	39,4	Verdun					
nord Meuse1	4	71	698	9,81	31	33	32,5	32,1	BLD					
nord Meuse2	14	122	3083	25,23	31	42	35,4	34,4	Mt St Martin					
nord Meuse3	22	216	6697	30,88	46	61	54,7	52,1	Verdun	24	47	37,4	37,4	Sedan
nord Meuse4	11	96	1118	11,58	40	52	44,0	45,1	Verdun	29	38	33	33,9	Vouziers
Rambervillers	14	150	2879	19,08	31	37	33,9	33,7	Epinal, St Dié					
saint mihel - vignelles	38	491	14845	30,22	31	41	33,4	34,7	Verdun, BLD, PAM, Toul, Briey					
Stations ski-Granges	16	330	27594	83,58	31	38	34,1	33,9	Epinal, St Dié, Remiremont					
Vézelize	57	334	7604	22,70	31	44	34,7	34,1	Nancy, Toul, Epinal, Neufchâteau, Vittel					
Lorraine	438	4366,86	135740	31,08412	29	61	35,5	35,1						



5 : Les volumes d'activités des services d'urgences

Nombre passage aux urgences

Nom	Activité des structures d'urgences				Evolution de l'activité		
	2007	2008	2009**	2010**	2007/2008	2008/2009	2009/2010
MATERNITE REGIONALE A PINARD*	250	210			-16,0%		
CH St Charles de TOUL	15 226	15 925	16 729	16 701	4,6%	5,0%	-0,2%
CH de LUNEVILLE	16 207	17 151	16 014	16 346	5,8%	-6,6%	2,1%
CH de PONT A MOUSSON	10 135	11 442	11 426	10 751	12,9%	-0,1%	-5,9%
POLYCLINIQUE DE GENTILLY ET SAINT DON	15 000	16 197	NR	NR	8,0%	NR	NR
CH Maillot de BRIEY	20 621	25 421	22 121	22 712	23,3%	-13,0%	2,7%
CH de MT ST MARTIN (ALPHA SANTE)	19 869	21 527	22 000	20 336	8,3%	2,2%	-7,6%
HOPITAL CENTRAL CHU NANCY	42 000	40 923	41 554	41 476	-2,6%	1,5%	-0,2%
HOPITAUX DE BRABOIS CHU NANCY	24 500	23 517	24 547	NR	-4,0%	4,4%	#VALEUR!
CH St Nicolas de VERDUN	21 183	25 518	25 714	25 355	20,5%	0,8%	-1,4%
CH de BAR LE DUC	16 800	17 081	16 240	18 153	1,7%	-4,9%	11,8%
CH Marie Madeleine de FORBACH	30 000	31 017	32 609	32 155	3,4%	5,1%	-1,4%
CH St Nicolas de SARREBOURG	20 481	22 587	21 927	19 772	10,3%	-2,9%	-9,8%
HOSPITALOR HOPITAL DE ST AVOLD	28 253	28 025	23 566	28 502	-0,8%	-15,9%	20,9%
CH d'HAYANGE (ALPHA SANTE)			14 790				
CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE	40 000	49 311	50 659	48 150	23,3%	2,7%	-5,0%
CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ	50 000	51 004	51 097	46 868	2,0%	0,2%	-8,3%
HIA Legouest METZ			19 919	21 198			6,4%
HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD	15 148	14 385	14 035	14 305	-5,0%	-2,4%	1,9%
CH Robert Pax de SARREGUEMINES	23 567	30 978	31 897	NR	31,4%	3,0%	#VALEUR!
CH Jean Monnet EPINAL	27 901	30 825	32 223	30 392	10,5%	4,5%	-5,7%
CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES	22 782	22 557	23 550	21 775	-1,0%	4,4%	-7,5%
CH de NEUFCHATEAU	13 733	21 849	14 731	14 696	59,1%	-32,6%	-0,2%
CH de REMIREMONT	16 872	20 800	17 076	17 049	23,3%	-17,9%	-0,2%
CH de VITTEL			8 087	8 080			-0,1%

Source : Enquêtes 2008 et 2009 sur l'informatisation des structures d'urgences

*Source : pour la Maternité Régionale Adolphe Pinard : données fournies par l'établissement lors de la visite de conformité du 20 avril 2009.

** Source : Enquêtes 2010 et 2011 sur l'activité 2009 et 2010 des structures d'urgences

Activité SMUR (en 2010) :

SMUR		Interventions primaires		Interventions secondaires		Non réponses		Nombre d'interventions total *
Nom	Département	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
CH St Charles de TOUL	54	491	93,5%	34	6,5%	0	0,0%	525
CH de LUNEVILLE	54	579	92,3%	48	7,7%	0	0,0%	627
CH de PONT A MOUSSON	54	433	91,7%	39	8,3%	0	0,0%	472
CH Maillot de BRIEY	54	576	96,3%	22	3,7%	0	0,0%	598
CH de MT ST MARTIN (ALPHA SANTE)	54	890	83,5%	176	16,5%	0	0,0%	1 066
HOPITAL CENTRAL CHU NANCY	54	2 651	58,7%	1 869	41,3%	0	0,0%	4 520
CHU NANCY - SMUR Pédiatrique	54							
CH St Nicolas de VERDUN	55	956	95,6%	44	4,4%	0	0,0%	1 000
CH de BAR LE DUC	55					677	100,0%	677
CH Marie Madeleine de FORBACH	57	1 132	74,3%	391	25,7%	0	0,0%	1 523
SMUR de SAINT AVOLD (HOSPITALOR)	57	antenne de Forbach						
CH St Nicolas de SARREBOURG	57	430	73,3%	157	26,7%	0	0,0%	587
CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE	57	1 626	71,3%	656	28,7%	0	0,0%	2 282
CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ	57	1 763	85,9%	290	14,1%	0	0,0%	2 053
CH Robert Pax de SARREGUEMINES	57	675	80,1%	168	19,9%	0	0,0%	843
SMUR ST JOSEPH de BITCHE	57	antenne de Sarreguemines						
CH Jean Monnet EPINAL	88	921	71,4%	369	28,6%	0	0,0%	1 290
CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES	88	516	79,5%	133	20,5%	0	0,0%	649
CH de NEUFCHATEAU	88	279	74,6%	95	25,4%	0	0,0%	374
CH de VITTEL	88	291	80,8%	69	19,2%	0	0,0%	360
CH de REMIREMONT	88	492	75,0%	164	25,0%	0	0,0%	656
CH de GERARDMER	88	119	93,7%	8	6,3%	0	0,0%	127
		14 820	73,3%	4 732	23,4%	677	3,3%	20 229

6 : EHPAD

Dossier de liaison d'urgence en EHPAD		Services d'urgence en 2010 : avez-vous participé à l'élaboration de dossier de liaison d'urgence avec des EHPAD (ou en avez-vous connaissance) ?		Nombre d'Ehpad	Ehpad où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence	Ehpad où le DLU est mis en place
		oui/non	Précisez lesquels			
Département	Services d'urgences	données ARS septembre 2010 : déclaratif Urgences		données ARS juin 2010 : déclaratif EHPAD		
54	CH St Charles de TOUL	non		60	82%	52%
	CH de LUNEVILLE	non				
	CH de PONT A MOUSSON	non				
	POLYCLINIQUE DE GENTILLY ET SAINT DON	NR				
	CH Maillot de BRIEY	NR				
	CH de MT ST MARTIN (ALPHA SANTE)	non				
	HOPITAL CENTRAL CHU NANCY	oui	agglomération Nancy			
55	CH St Nicolas de VERDUN	non		20	100%	100%
	CH de BAR LE DUC	non				
57	CH Marie Madeleine de FORBACH	oui	EHPAD d'Hospitalor	112	71%	71%
	CH St Nicolas de SARREBOURG	non				
	HOSPITALOR HOPITAL DE ST AVOLD	non				
	CH d'HAYANGE (ALPHA SANTE)	NR				
	CHR Metz-Thionville Hopital Bel Air de THIONVILLE	oui				
	CHR Metz-Thionville Hopital Bon Secours de METZ	oui	mise en place DLU			
	HIA Legouest METZ	NR				
	HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD	non				
	CH Robert Pax de SARREGUEMINES	non				
88	CH Jean Monnet EPINAL	En cours	Ensemble des EHPAD rattachés au CHJM centre hospitalier de proximité	67	100%	91%
	CH de GERARDMER	non				
	CH de SAINT-DIE-DES-VOSGES	non				
	CH de NEUFCHATEAU	non				
	CH de REMIREMONT	oui	Dossier informatisé d'urgence			
	CH de VITTEL	NR	NR			

7 : Les indicateurs

Passage aux urgences en moins de 4h

Source : ORULOR 2010

Département	Etablissement*	Nb passages	Nb < 4h	% < 4h
Meurthe-et-Moselle	CH Briey	2 663	2 442	91,7%
	CH Lunéville	9 736	7 809	80,2%
	CH Pont à Mousson	1 490	1 289	86,5%
	CHU Nancy	39 465	21 280	53,9%
	Polyclinique de Gentilly	14 912	10 502	70,4%
Meuse	CH Verdun	24 389	19 653	80,6%
Moselle	CH Forbach	23 879	19 416	81,3%
	CHR Metz	46 514	32 461	69,8%
	CHR Thionville	48 309	30 465	63,1%
	CH Sarrebourg	12 008	10 932	91,0%
	Clinique Claude Bernard	571	513	89,8%
Vosges	CH Epinal	30 075	20 324	67,6%
	CH Neufchâteau	7 867	7 421	94,3%
	CH Remiremont	9 050	6 528	72,1%
Total		270 928	191 035	70,5%

* Etablissements connectés à ORULOR en 2010 (connections en cours d'année comprises)

CCMU1 dans les passages aux urgences

Source : ORULOR 2010

Répartition par niveaux de gravité (CCMU)

	Nombre de passage *	% de passage
NR	7 835	2,9%
CCMU1	25 067	9,2%
CCMU2	214 944	79,3%
CCMU3	19 468	7,2%
CCMU4	2 430	0,9%
CCMU5	724	0,3%
CCMUP	123	0,0%
CCMUD	566	0,2%
total	271 157	100,0%

Nombre de passage des établissements connectés à ORULOR en 2010 (connections en cours d'année comprises).

CCMU1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par

le Service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ou un service d'urgences.

CCMU2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le

Smur ou un service d'urgences.

CCMU3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention Smur, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMUP : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.

CCMUD : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences

8 : Glossaire

ASIP : Agence des systèmes d'Information Partagés de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

MMG : Maison Médicale de Garde

ORDIGARDE :

ORU : Observatoire Régional des Urgences

ORULOR : ORU de Lorraine

PARM : Permanencier(e)s Auxiliaires de Régulation Médicale de SAMU

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RPPS :

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAMU : Structures d'Aide Médicale Urgente

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : les Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SMUR : les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SROS III. : SROS de troisième génération

SU : structure des urgences

SUP : structure des urgences pédiatriques

TIIH : Transport infirmier inter hospitalier

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé libéraux

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

1. Composition groupe expert :

Le groupe expert est composé :

- ↳ de présidents de COPS ou de CME à partir d'un panel d'établissements choisis.
- ↳ de représentants des fédérations des établissements publics, privés et ESPIC, de l'ordre des médecins, de l'URPS médecins et pharmaciens, du CLCC, du réseau Lorraine des urgences, de la conférence régionale des présidents de CME et du Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU.

2. **Etat des lieux** : une enquête régionale sur les lignes et coûts a été lancée en février 2011 pour des données 2010.
3. **Partage de la méthodologie de définition du schéma cible avec les professionnels** : 3 réunions de concertation ont été organisées (31 mars 2011, 27 avril 2011, 1er juin 2011). Une réunion spécifique sur la définition du contenu du cahier des charges dans le cadre des appels à candidature a été organisée (14 septembre 2011).
4. **Une consultation individuelle** auprès de chaque établissement potentiellement concerné par la PDSSES a été réalisée (du 01 août au 15 septembre 2011). L'objectif étant de recenser les remarques et observations argumentées de chaque établissement sur leurs lignes et d'apporter à partir des arguments développés par chaque établissement les ajustements au projet de schéma cible de PDSSES.
5. A l'issue de cette consultation, une réunion du groupe expert a été organisée (26 octobre 2011) pour présenter une nouvelle version du projet de schéma cible. Les objectifs étaient de repérer les lignes à mutualiser et la pertinence ou non d'intégration de certaines spécialités en PDSSES (ex : dermatologie, rhumatologie), de déterminer les lignes dont la couverture est régionale et l'opérationnalité des lignes déclarées par les établissements.

CONTEXTE

1. Orientations nationales / régionales :

La loi HPST qualifie la PDS de mission de service public à laquelle tout établissement peut contribuer (article L. 6112-1 du CSP). Elle donne compétence au DG de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le SROS PRS est le cadre opérationnel dans lequel il convient d'opérer la réorganisation de la PDSSES.

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

Il est utile de rappeler la définition de la permanence des soins en établissement de santé :

- ↳ La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et **la prise en charge de nouveaux patients** dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, **la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.**

↪ **La permanence des soins en établissement de santé concerne le seul champ MCO** et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence, à l'exception des lignes de permanence financées par le Forfait Annuel Urgence (ES ex-DG).

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDES.

Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Le guide méthodologique de la DGOS souligne la différence entre permanence des soins en établissement de santé (PDES) et obligation de présence médicale (continuité des soins). En effet, la présence médicale est organisée au titre de la continuité des prises en charge, et elle est rémunérée (y compris les forfaits de garde et d'astreinte des médecins « salariés ») par les recettes d'activité (GHS et honoraires pour les médecins libéraux).

2. Les enjeux :

↪ **Améliorer l'accès aux soins** : Permanence d'accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés avec à l'échelon territorial le plus adapté selon les disciplines concernées,

↪ **Accessibilité financière** : cela implique des **tarifs de secteur 1**,

↪ **Améliorer la qualité de la prise en charge** : permettre la réduction des délais d'attente et orientation en aval des urgences et la sécurisation des parcours de soins non programmés,

↪ **Améliorer l'efficacité** : Optimisation du recours aux ressources médicales disponibles (mutualisations entre établissements, participation des praticiens libéraux) et suppression des doublons et des dépenses inutiles.

3. Le dispositif de financement :

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

Ce dispositif est harmonisé, commun aux secteurs public et privé avec une inclusion des établissements Ex-OQN et des médecins libéraux dans le dispositif de financement sur les crédits MIG. Initialement prévu à **compter du 1er juillet 2011**, cette échéance est reportée et les ARS sont en attente de directives nationales.

L'effort d'optimisation du dispositif de PDES est à réaliser dès 2011, à hauteur de **60M€ soit 7,21%** d'effort d'économie par région.

Pour la région Lorraine, l'enveloppe MIG PDES 2011 s'élève en année pleine à 32 201 534 €.

L'effort en année pleine s'élève à - 2 501 267 €.

4. Les modalités d'attribution de la mission PDES :

Une fois le SROS-PRS arrêté, trois procédures sont à mobiliser successivement :

- ↪ Etablissements exerçant déjà la mission : reconnaissance prioritaire (en fonction des besoins identifiés),
- ↪ Besoin non couvert ou partiellement couvert : appel à candidatures,
- ↪ Echec de l'appel à candidature : désignation unilatérale (à titre exceptionnel).

Dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et l'établissement seront précisées dans le CPOM les spécialités concernées et les modalités de réalisation de la MSP (y compris les modalités d'indemnisation).

5. La méthodologie retenue :

A partir du guide méthodologique DGOS, les éléments méthodologiques sont les suivants :

↪ **Périmètre :**

- × La PDES concerne le seul champ MCO,
- × Elle englobe l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex OQN,
- × Les exclusions :

- Continuité de soins,
- Structures non liées au réseau des urgences,
- Ex HL, SSR, USLD et Psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence),
- Lignes des structures de médecine d'urgence des établissements ex DG,
- Activité de greffe,
- HAD.

- × Sont également exclues les spécialités relevant des activités réglementées non concernées par les obligations de permanence des soins :

- Traitement du cancer,
- Rééducation et réadaptation fonctionnelles,
- Activités cliniques et biologiques d'AMP et ADP,
- Examen des caractéristiques génétiques,
- Centre anti poison (autre financement).

↪ **Définition de 4 enveloppes :**

- × **Enveloppe 1 dite « Obligation de permanence »** : concerne les activités **réglementées** avec une obligation de permanence médicale. Le principe retenu est une « obligation minimale » : une seule ligne de garde/astreinte est retenue sauf précision réglementaire explicite. **Les gardes/astreintes des internes sont exclues de cette enveloppe.**

Les activités concernées sont les suivantes :

- Urgences psychiatriques,
- Réanimation adultes,
- Obstétrique +1500 naissances,
- Néonatalogie,
- Chirurgie cardiaque,
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie,
- USI en cardiologie,
- Neurochirurgie,
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Traitement des grands brûlés,
- SAU pour les établissements privés.

× **Enveloppe 2 dite « Possibilités de permanence médicale »** : cible les activités potentiellement concernées **avec intégration des lignes d'interne**.

- Obstétrique -1500 naissances,
- Hémodialyse, dialyse, autodialyse,
- Chirurgie/anesthésie (vasculaire, thoracique, viscérale et digestive, ortho et traumatologie, ophtalmo, urologie, chirurgie infantile, gyneco),
- Cardiologie horsUSIC,
- ORL,
- Chirurgie de la Main,
- Pédiatrie,
- Neurologie,
- Gastroentérologie,
- Pneumologie,
- Hématologie,
- Médecine,
- UCSA

× **Enveloppe 3 dite « Spécialités médico-techniques »** : les plateaux techniques sont nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie) et « ne relèvent pas à ce titre directement du schéma cible PDES ». Mais ils peuvent s'inscrire dans une logique de rationalisation et mutualisation. De fait, les lignes pourront être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional.

A ce titre, l'ARS de Lorraine a décidé de réserver une enveloppe à concurrence de 1.5 M€ sur la MIG PDES pour couvrir la PDES en radiologie dans le cadre du dispositif régionale de PDES en téléradiologie.

× **Enveloppe 4 dite « Exclusions »** : se référer au paragraphe périmètre.

↪ **Enquête régionale** : une **enquête régionale** « gardes et astreintes au titre de l'activité MCO » a été lancée en février 2011. Cette enquête est une réactualisation de l'enquête réalisée en 2009.

Quatre types d'informations étaient demandés : coût de la PDSSES et de la continuité médicale des soins, le détail des lignes par spécialités et le détail pour l'imagerie.

A noter que sur 45 établissements, un seul établissement¹¹ n'a pas transmis les éléments demandés dans l'enquête régionale 2011.

En parallèle, **une enquête nationale** a été adressée à l'ensemble des établissements de santé de la région pour évaluer les besoins en couverture de PDSSES. **Faute d'un retour de données exhaustives, les données d'activité n'ont pas pu être exploitées.**

DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et concertation)

Le schéma établi à l'issue de la concertation est la version initiale et applicable pour l'année 2012.

1. **Critères suite à l'analyse par territoire, aux consultations individuelles et du groupe experts :**
2. Au regard de la réglementation pour la périnatalité, des principes de base sont définis. Sont retenues par spécialités, les lignes suivantes :
 - Gynécologie-obstétrique -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle**
 - Gynécologie-obstétrique +1500 naissances : **1 Garde**
 - Anesthésie -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle mutualisée avec d'autres spécialités chirurgicales**
 - Anesthésie +1500 naissances : **1 Garde**
 - Pédiatre -1500 naissances : **1 Astreinte opérationnelle**
 - Pédiatre Niv2A : **1 Astreinte opérationnelle**
 - Pédiatre Niv2B et 3 : **1 Garde**
3. D'autres principes de base sont définis :
 - Réanimation adultes : **1 Garde ou 1 Astreinte opérationnelle**
 - USIC : **1 Garde**
 - Médecine : **Au minimum 1 astreinte opérationnelle ou 1 astreinte de sécurité par établissement assurant l'accueil des urgences**
4. Certaines lignes estimées ne pas relever de la PDSSES, telles que la dermatologie, la rhumatologie, ne sont pas intégrées dans le schéma cible.
5. Les lignes d'astreintes et gardes sont retenues prioritairement pour couvrir l'ensemble des structures d'urgence du territoire pour toutes les spécialités.
6. Repérage de l'opérationnalité des lignes déclarées par les établissements en mettant en regard le nombre effectif de praticiens qui les réalisent (estimation de 4 à 5 praticiens au minimum pour une garde et de 3 à 4 pour une astreinte opérationnelle). **Les lignes dont le nombre de praticiens est connu et inférieur à ces seuils, n'ont pas été, sauf exceptions, retenues dans la première version du schéma (cas des lignes fonctionnant avec un seul praticien).**
7. Suppression des doublons, propositions de mutualisation et définition de lignes qui seront soumises à appel à candidature (lignes sur le secteur de Nancy¹² et lignes sur le secteur de Metz¹³)

¹¹ Clinique Ambroise Paré à Thionville

¹² Anesthésie, chirurgie vasculaire, ophtalmologie, ORL, cardiologie interventionnelle

¹³ Ophtalmologie, urologie (2), endoscopie digestive (2)

8. Certaines lignes font l'objet d'une mutualisation soit au niveau du territoire de santé, soit au niveau de la région Lorraine :
 - Ophtalmologie : 1 ligne par territoire de santé
 - Chirurgie de la main : 2 lignes pour le secteur de Nancy et 2 lignes pour le secteur de Metz
 - Chirurgie infantile dont MAIN : lignes pour le secteur de Nancy et lignes pour le secteur de Metz
 - Chirurgie cardiaque (hors obligation), chirurgie thoracique, Neurochirurgie, Neurologie (EEG) : couverture régionale.
 - Cardiologie interventionnelle défibrillateur : devant la faible activité des 2 lignes réalisant actuellement cette astreinte (2 mobilisations annuelles sur une ligne), une ligne régionale est retenue.
 - Deux lignes d'endoscopies digestives font l'objet d'un appel à candidature sur le secteur de METZ.

9. Les lignes endocrinologie/diabétologie dont les lignes « pompes à insuline » relèvent de la continuité des soins.

A noter que l'inscription actuelle des lignes de néphrologie feront l'objet d'un point spécifique de l'évaluation en 2012 sur la prise en charge PDSES de la dialyse aigüe et sur la part de ce qui relève de la continuité des soins et de la permanence des soins. Seront également soumises à évaluation les lignes de Pneumologie, Endoscopie digestives.

10. Repérage de la couverture du territoire avec identification des zones d'éloignement géographique,
11. Repérage des **doublons** / triplets ou **absence** de lignes,
12. Exclusion secondaire des « astreintes de sécurité »,
13. Figure l'offre de l'hôpital militaire de Legouest afin d'avoir une vision exhaustive des lignes PDSES au sein du territoire. Cela n'impactera pas l'enveloppe MIG PDSES.
14. L'intégration de lignes « internes » a été effectuée sur la base des déclarations des établissements et sera un point à objectiver lors de l'évaluation. A noter que ces lignes sont la variable d'ajustement du schéma de PDSES. Les lignes d'internes du CHRU sont à privilégier du fait de sa vocation universitaire.

15. Listes des établissements et des activités exclus :
 - 10 établissements sont exclus¹⁴ (non liés au réseau des urgences),
 - Traitement du cancer. Les lignes de cette activité sont exclues pour plusieurs établissements et le CLCC est exclu de part son activité principale et de sa non intégration dans le réseau des urgences.

¹⁴ MH Baccarat, MH St Charles Nancy, AH Joeuf, CH St Mihiel, H Sarralbe, H Boulay, H Château Salins, H Creutzwald, H Marrange-Silvange, H Moyeuve Grande

Estimation financière du schéma cible de PDSES

1. Estimation des coûts chargés de lignes Publics-Espic / Privé (hors rémunération temps de travail) :

- ↪ Garde : 150 000 € / 97 646 €
- ↪ Astreinte opérationnelle : 90 000 € / 64 050 €
- ↪ ½ G et ½ AO : 120 000 €
- ↪ Interne garde : 80 000 €
- ↪ Interne astreinte : 50 000 €
- ↪ Interne ½ G – ½ A : 65 000 €
- ↪ Astreinte sécurité : 30 000 €

2. Coût du projet schéma cible de PDSES :

Le coût total chargé déclaré par les établissements de santé pour la PDSES s'élève à **35 027 K €** (hors rémunération temps de travail). A noter que l'écart entre le coût total déclaré par les établissements et l'enveloppe MIG 2010 + CPP est de **+ 1 762 K €**.

L'analyse des lignes à partir des critères définis précédemment et par territoire de santé amène à la cible régionale suivante :

- ↪ Enveloppe régionale 2011 = **32 202 K€**
- ↪ Coût des obligations réglementaires de permanence médicale = **7 304 K € (66 lignes) soit 22%**
- ↪ Réserve Imagerie : **1 500 K €**
- ↪ Coût des possibilités de permanence : **24 105 K € (dont internes 3 747 K€ soit 15.5%)**
- ↪ Coût total du schéma cible : **32 909 K €**
- ↪ Solde : **- 707 K € soit 2.19% de l'enveloppe MIG**

ORIENTATIONS DETAILLEES DE TRAVAIL

Les orientations de travail sont déclinées à partir des priorités définies dans le Plan Stratégique Régional de Santé de Lorraine et notamment pour les priorités suivantes :

• Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente :

↪ **Disposer d'un cahier des charges** qui précise les obligations pour assurer la PDSES y compris pour les établissements exerçant déjà la mission et qui sont en situation de reconnaissance prioritaire. L'ensemble des lignes retenues le seront effectivement sous couvert du respect d'un cahier des charges **générique** (fonctionnement 365j/an, tarification secteur 1, ...) et **éventuellement spécifique à une ligne** (couverture territoriale, réponse téléphonique, recours régional, ...).

↪ **Evaluer annuellement** le schéma cible de PDSES (volume d'activité des différentes lignes, les inadéquations, les transferts inappropriés ...) et l'adapter en conséquence.

Le schéma sera soumis à une évaluation au cours de l'année 2012 afin de l'optimiser en vérifiant l'opérationnalité des lignes retenues et les manques sur certains territoires. Dès à présent et au vu des discussions avec le groupe expert, certaines disciplines posent questionnement quand à l'opérationnalité de l'ensemble des lignes retenues ou de l'organisation territoriale proposée et feront l'objet lors de cette évaluation d'une attention toute particulière (ex. : urologie, ophtalmologie, néphrologie pour dialyse aigue, ...).

L'évolution du schéma prendra aussi en compte l'évolution des organisations par filières de prise en charge (ex. : filière AVC, ...).

⇒ Renforcer la nécessaire mutualisation territoriale des équipes lorsqu'elles sont trop petites ou dispersées.

Annexe : liste du groupe expert

Nom	Prénom	Fonction	Etablissement
SIEWE	Georges	COPS	CH Bar le Duc
JABOUR	Michel	COPS	CH Verdun
ADMANT	Philippe	COPS	CH Epinal
		COPS	CH St Die
GETTE	Sébastien	COPS	CHR
POUSSEL	JF		CHR
LEGAGNEUR	Michel	COPS	CH Forbach
NACE	Lionel	COPS	CHRU
Dr ROSA		COPS	CH Lunéville
PLUVINAGE	Charles	CME	Polyclinique du Parc BAR LE DUC
BIEDERMANN	José	CME	Alpha Santé
HUEBER	Arnaud	CME	Clinique Claude Bernard
MOREAU	Jean Luc	CME	Polyclinique Gentilly
BOYER	Bruno	Représentant FNCLCC	CLCC
SI ABDALLAH	Mohamed	Ordre des Médecins	54
GIRARD	Noël	Représentant FEHAP	
PLAGES		Représentant FHP	Clinique claud Bernard
MUNIER		Représentant FHP	
VIRTE	Michel	URPS médecins	
WILCKE	Christophe	URPS pharmaciens	
BEAUDOUIN	Benoit	URPS pharmaciens	
SCHWARZENBART	Maria	Représentante FHF	
GARRIC	Jean	Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU	CHRU Nancy
MAIRE	Bruno	Représentant RLU	
BRETON	Christian	Représentant conférence régionale des présidents de CME	
BOULANGER	Anne Lucie	FHF	CHRU (directeur adjoint affaires médicales)
CARL	Norbert	FHF	CHR (directeur adjoint affaires médicales)

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

➤ **Composition groupe expert :**

Le groupe expert est composé :

- ↳ de responsables d'unité de réanimation, d'unité de soins intensifs et de soins continus à partir d'un panel d'établissements choisis.
- ↳ de représentants des fédérations des établissements publics, privés et ESPIC, de l'ordre des médecins, URPS médecins, CNLCC, conseil départemental de l'ordre des infirmiers, syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU.
- ↳ d'un représentant de la Direction Régionale du Service Médical.

➤ **Etat des lieux :** une enquête a été réalisée en 2008/2009. Certaines données ont été réactualisées.

➤ **Partage du diagnostic avec les professionnels :** 3 réunions de concertation ont été organisées (23 mars 2011, 20 avril 2011, 25 mai 2011).

CONTEXTE

➤ **Orientations nationales / régionales :**

Le Volet a été révisé par arrêté du 3 mars 2010.

A partir du Guide méthodologique de la DGOS, les orientations sont les suivantes :

- ↳ Améliorer la qualité et la sécurité des soins (lutte contre les infections nosocomiales),
- ↳ Améliorer l'accès aux soins pour les adultes (organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins) et les enfants,
- ↳ Améliorer l'efficacité (recomposition territoriale),
- ↳ Sont exclus du champ : unités de soins intensifs neurologiques et réanimation néonatale,
- ↳ Trouver les points nécessaires d'articulation avec les volets : SRR / EVP, Urgences (transports secondaires SMUR), AVC, Néonatalogie, Soins palliatifs.

DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL (état des lieux et étude de besoins)

De façon générale, la recomposition hospitalière consécutive au SROS 3 a conduit à une meilleure orientation des patients les plus graves que ce soit pour les patients relevant de la Réanimation que pour la pathologie coronaire aigue admise enUSIC.

La capacité de la Lorraine, toute structure confondue (Réanimation/ Unités de Soins Intensifs / Unités de Soins Continus Adultes et Enfants) est de 705 lits (non compris les lits d'UNV-SI ni de Néonatalogie) répartis en 205 lits de Réanimation (dont 7.8% pédiatriques), 166 lits SI (dont 16% pédiatriques) et 334 lits d'USC (dont 3 % pédiatriques).

Un peu moins de 45 000 patients ont bénéficié de ces structures (45 749 passages dont 96,2% avec un seul passage).

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

Le taux d'équipement régional pour la réanimation adultes est de 1.03 lits pour 10 000 habitants. Celui de la réanimation enfant est également de 1.03 lits.

Les données d'activité (PMSI 2010) le confirment :

- **8 928 passages adultes pour 189 lits avec un TO de 87% et une DMS de 6,7j**
- **675 passages pédiatriques pour 16 lits avec un TO de 72% et une DMS de 6.2j**

Les chiffres constatés sont dans la cible de fonctionnement.

Le taux global de facturation des suppléments de "réanimation" pour les séjours de Réanimations est de 66% des séjours adultes (38% des séjours pédiatriques) avec des extrêmes de 32 et 78%.

Les capacités de Réanimation comportent en sus les 10 lits de l'hôpital militaire Legouest (*pas de données PMSI*) et l'offre transfrontalière.

Cette offre transfrontalière est plus ou moins précise selon les données disponibles. Elle s'établit de la manière suivante :

- Sud Belgique : Hôpital à ARLON (groupe VIVALIA) : lits de réanimation médicales et chirurgicales,
- Luxembourg : Centre Hospitalier Emile MAYRISCH – Site Esch Sur Alzette 18 lits de réanimation – Site de Niedercorn 9 lits de réanimation,
- Allemagne : Clinique WINTENBERG à Sarrebruck lits de réanimation.

Le taux d'hospitalisation en réanimation pour adultes en région lorraine s'élève à 0.44% :

- Meurthe et Moselle => 0,49%
- Meuse => 0,44%
- Moselle => 0,43%
- Vosges => 0,36%

sachant que les différences entre chaque département sont statistiquement significatives.

Le taux d'attractivité régional en réanimation adultes est de 5.37%.

Le taux de fuite régional vers les régions limitrophes pour la réanimation adultes (Alsace, Franche Comté et Champagne Ardenne) est de 0.03% dont 0.05 % pour la Moselle (384 séjours en Alsace), 0.05% pour la Meuse (69 séjours en Champagne Ardenne), 0.03% pour les Vosges (70 séjours en Alsace) et 0.01% pour la Meurthe et Moselle.

Ainsi le « taux d'hospitalisation corrigé » des lorrains adultes est de 0,47% (0,44+0,03) :

- Meurthe et Moselle => 0,50% (0,49+0,01)
- Meuse => 0,49% (0,44+0,05)
- Moselle => 0,48% (0,43+0,05)
- Vosges => 0,39% (0,36+0,03)

La capacité globale des USI (toutes unités confondues) **n'est pas en adéquation avec les besoins**. Les données d'activité (PMSI 2010) montrent un TO global de 72% (140 lits, 10 374 passages avec une DMS de 3.6 j).

Ce TO est très variable d'une unité à l'autre (23% à 99%).

Les chiffres constatés sont en dessous de la cible de fonctionnement.

Le TO des USIC est par contre élevé (plus de 90%) avec des DMS courtes.

Le taux d'équipement régional pour les Adultes est de 0.76 lits pour 10 000 habitants et 1.67 lits pour les enfants.

A ces capacités régionales de lits de SI, 10 lits d'USIC/UNV sont à rajouter pour l'offre transfrontalière (Luxembourg – site Esch Sur Alzette).

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

Les USC polyvalentes comme les unités de Réanimation peuvent accueillir des patients « hors filières » (exemple de filière : le SCA) porteurs de pathologies cardiaques instables qui le nécessitent.

Le volet révisé du SROS III préconisait la transformation des USIR en USC ou en REA dans le cadre d'un problème de valorisation des soins. A ce jour, seule une USIR a répondu à cette préconisation. Les 2 USIR restantes (CHU et HPM) doivent également s'engager dans cette démarche.

Une enquête prospective concernant la filière de prise en charge du SCA permettra de préciser la place des USIC existantes dans cette filière. Les résultats seront tout aussi utiles pour le schéma cible régional de PDES que pour le volet Réa/Usic/USC du SROS-PRS.

La capacité et le fonctionnement des USC doit être réexaminés :

- Le dimensionnement (soit 50%) par rapport à la Réanimation contigüe doit correspondre au décret,
- Il n'est pas souhaitable de spécialiser les USC hors les USC pédiatriques, même si certaines USC peuvent avoir un type de recrutement prédominant,
- Les critères d'admission doivent être explicites à l'intérieur des établissements,
- La responsabilité médicale doit être unique. Ce responsable anesthésiste réanimateur organise la coordination et la permanence des soins et l'intervention des différents spécialistes d'organe ou d'autres spécialistes,
- Quand elle est associée à une réanimation, le responsable fait partie de l'équipe de Réanimation,
- Toutes les unités isolées (non contigües à une Réanimation) doivent être liée par une convention avec une Réanimation (une seule unité est dans ce cas en Lorraine)
- Ces conventions doivent être évaluées annuellement.

Toute USC doit répondre au cahier des charges élaboré en région lorraine d'après les recommandations d'un collège régional d'experts et celles de la SFAR. Ce cahier des charges doit être réactualisé.

Les données globales d'activité (PMSI 2010) sont les suivantes : 24 945 passages dans 324 lits (adultes) avec un TO de 72% (auxquels il faut ajouter 4 lits de l'hôpital militaire Legouest et 4 lits pour l'offre transfrontalière au Luxembourg sur le site d'Esch sur Alzette) et une DMS de 3,4j.

Ce TO global doit être interprété avec prudence : grande hétérogénéité des TO (de 6% à 166%), des tailles de structures (4 à 61 lits par établissement), de type d'activité (ex : USC de la Maternité régionale).

Le taux d'équipement régional pour les adultes est de 1.77% pour 10 000 habitants et de 0.064% pour les enfants.

Le taux global de facturation des suppléments de "soins continus" pour les USC est faible : 49% des séjours adultes (74% pour les séjours pédiatriques) avec de grandes disparités (de 11% à 85% des séjours).

De façon générale, ces capacités de Réanimation, Soins intensifs et Soins continus seraient d'autant plus opérationnelles qu'une articulation optimale avec les structures d'aval (court séjour, SSR, médico-social) était assurée.

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

Ces raisons sont :

- assurer une équité dans l'accès aux soins de Réanimation,
- connaître précisément les périodes de tension,
- connaître les motifs de la « non admission »,
- s'assurer que dans le cas d'une « non admission », l'éventualité d'un prélèvement d'organe a été évoquée si le contexte s'y prête.

Ce processus de non admission doit être vu de façon simple mais complet : niveau de responsabilité de celui qui prend la décision, traçabilité, motif selon une nomenclature limitée (absence de place avec ou sans possibilité de place « libérable », refus technique, refus éthique). Sans préjuger d'un outil, un « registre régional des refus » est un objectif de ce SROS-PRS.

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

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

Cette adaptation est aussi fonctionnelle (priorité donnée aux sorties de Réanimation à l'intérieur du court séjour de l'établissement).

L'ARS a une place dans le pilotage régional :

- le projet de ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) permettra dans sa configuration lorraine de connaître en temps réel la disponibilité des lits dans les « unités critiques » (REA/SI/USC/UNV/Neurochirurgie).
- ces périodes de tension nécessitent encore plus une bonne articulation avec les filières d'aval : court séjour, SSR, secteur médico-social.

Lors des périodes de tension, la fermeture de lits de Réanimation, quels qu'en soient les motifs, est un acte dont le bénéfice potentiel doit être mis en balance avec le risque immédiat pour les patients (risque vital ou fonctionnel grave).

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

Une enquête en cours de la SRLF doit pouvoir améliorer la connaissance de ces difficultés et avoir une meilleure prospective des besoins.

ORIENTATIONS DETAILLEES DE TRAVAIL

Les orientations de travail sont déclinées à partir des priorités définies dans le Plan Stratégique Régional de Santé de Lorraine et notamment pour les priorités suivantes :

- Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente.

↪ Disposer de procédures d 'HST (« hôpital sous tension ») avec un volet spécifique pour les Réa/USC/USI :

- ✓ établissement
- ✓ région
- ✓ Inter régional et transfrontalier (« ressource francophone » au Kirchberg-Luxembourg et CHL Luxembourg)

↪ Connaître la disponibilité des lits, en temps réel, dans les unités « critiques ». Le projet ROR (répertoire opérationnel des ressources) intégrera dans des développements futurs cette fonctionnalité.

↪ Améliorer les filières d'aval :

- ✓ en situation habituelle : EVP et de façon générale « cérébro-lésés »
- ✓ en situation de tension ou de crise (priorisation)

↪ Améliorer les filières d'amont :

- ✓ Réduire les délais d'acheminement en réanimation
- ✓ Renforcer l'articulation entre les réanimations ou les unités soins continus avec les services d'urgence.

↪ Améliorer le fonctionnement des USC :

- ✓ dimensionnement, responsabilité médicale, critères d'admission, conventions, facturation...

↪ Evaluer annuellement les conventions de transfert.

↪ Evaluer régulièrement les « non admissions » (« registre des refus »).

↪ S'assurer de l'existence de revues de morbidité/ mortalité pour toutes les réanimations.

↪ Intégrer les préoccupations concernant le prélèvement d'organe.

↪ Fédérer les professionnels: « mutualisation » avec le Réseau Lorraine des Urgences.

• Réduire les inégalités d'accès à la santé :

- ↪ Créer une USC pédiatrique en Moselle
 - Améliorer la connaissance prospective des besoins en professionnels pour les unités de Réanimation/USC

Trois groupes de travail ad' hoc peuvent être envisagés et porteront sur les thématiques :

- ↪ Hôpital sous tension
- ↪ Suivi des conventions de transferts
- ↪ Organisation et fonctionnement des unités de soins continus.

Annexe : liste du groupe expert

Nom	Prénom	Fonction	Représentation	Service
GARRIC	JEAN	Anesthésiste-réanimateur	Syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs de CHU	CHU de Nancy - Hôpital central
MEISTELMAN	CLAUDE	Professeur d'anesthésie-réanimation	Coordonnateur régional du DES d'anesthésie-réanimation	CHU de Nancy - Hôpital de Brabois
NEIMANN	JEAN-LOUIS	Cardiologue et Président conférence médicale d'établissement privé (Clinique privée)	Conférences médicales d'établissements privés (cliniques privées)	Clinique Claude Bernard
BEMER	MICHEL	Anesthésiste-réanimateur hospitalier public	Responsable d'unité de réanimation	CHR de Metz-Thionville - Hôpital Bel air
VAUTHEROT	JACQUES	Anesthésiste-réanimateur hospitalier public	Responsable d'unité de surveillance continue	Centre Hospitalier de Remiremont
BOLLAERT	PIERRE-EDOUARD	Professeur de réanimation médicale	Réanimation médicale	CHU de Nancy - Hôpital central
HENNEQUIN	ROLAND	Anesthésiste-réanimateur libéral	Responsable d'unité de réanimation	Clinique Claude Bernard
LALOT	JEAN-MARC	Anesthésiste-réanimateur hospitalier public	Responsable d'unité de réanimation	Centre Hospitalier d'Epinal
LELARGE	PHILIPPE	Anesthésiste-réanimateur libéral	Responsable d'unité de réanimation	Polyclinique Pasteur ESSEY
MARIOT	JACQUES	Anesthésiste-réanimateur hospitalier privé	Responsable d'unité de réanimation	Hôpitaux privés de Metz - Hôpital Saint-André
ROSANT	ALAIN	Anesthésiste-réanimateur hospitalier privé	Responsable d'unité de surveillance continue	Alpha Santé
ZINGRAFF	Nathalie	Anesthésiste-réanimateur ESPIC	Responsable d'USC	HOSPITALOR St A void
PLUVINAGE	Charles		Responsable USC	Polyclinique du Parc BAR LE DUC et CH BAR LE DUC
MONIN	Pierre		Responsable unité de réanimation pédiatrique	HÔPITAL BRABOIS
MOULIN	Frédéric	Cardiologue	USC	C.H.U BRABOIS - CARDIOLOGIE
BAILLE	Noël		USC	HPM ste Blandine
KIRTZ	Daniel	Anesthésiste-réanimateur hospitalier public	Responsable d'unité de réanimation	CH Verdun
LANG	Dominique	Conseil départemental de l'ordre ds infirmiers		
TOURRAND	Philippe	FHP		
PARANT	Jean Marc	DRSM		
RIONDE	Jacques	FEHAP		
SALM		CNLCC		
JACQUES	Thierry	FHP		
POTTI	Charles	URPS médecins		
LAPREVOTE	Marie Claude	Ordre des médecins (54)		
LALOT	Jean Marc	FHF		CH Epinal

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Méthodologie d'élaboration du volet :

La mise en place d'un groupe expert s'est effectuée dans la continuité de celui mis en place dans le cadre de la révision du volet SSR du SROS III. Des représentants des fédérations, des ordres, des URPS, des usagers et des professionnels de santé composent ce groupe qui s'est réuni à 2 reprises.

Le 31 mars 2011, le groupe s'est réuni avec présentation de l'état des lieux, approche des besoins (taux de recours), bilan du SROS III et axes de travail.

Les axes de travail ont alimenté les réflexions lors de la 2^{ème} réunion du groupe expert le 25 mai 2011, qui a validé le diagnostic et les orientations / objectifs du schéma.

Eléments de contexte :

- Textes réglementaires :
 - Décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 re latif aux conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR
 - Circulaire DHOS du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité SSR :
- Une modalité unique d'autorisation : SSR adulte non spécialisé.
- Possibilité de mentions complémentaires :
 - Mention transversale pour la prise en charge des enfants et/ou adolescents
 - Mentions spécialisées pour 9 catégories d'affection :
 - De l'appareil locomoteur
 - Du système nerveux
 - Cardio vasculaires
 - Respiratoires
 - Des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 - Onco hématologiques
 - Des brûlés
 - Liées aux conduites addictives
 - Des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.
- Principe de gradation des soins :

Courrier de Mme Podeur du 27 avril 2009 faisant un point sur la réforme de l'activité SSR :

« Ne pas calquer les mentions de prise en charge spécialisée sur les disciplines médicales développées en SSR. »

« C'est le niveau de prise en charge qui justifie la mention spécialisée et non la discipline médicale. »



« Le tronc commun de l'autorisation SSR s'applique aux structures qui se verront reconnaître une ou plusieurs mentions spécialisées. Cette construction de l'activité de soins a pour objet de garantir la mission d'accessibilité et de proximité des structures SSR sur le territoire, même si leur niveau de spécialisation en fait aussi des structures de recours. »

- Tarification à l'activité :
 - Modèle IVA depuis 2009 (modulation du financement de l'activité à 5% en 2011)
 - En 2012 : Introduction des compartiments des MIG / MERRI et des molécules onéreuses à la tarification des SSR
 - En 2013 : Le compartiment des plateaux techniques hautement spécialisés sera ajouté et enfin la tarification à l'activité proprement dite.

- Orientations nationales :
 - Améliorer l'accès aux soins
 - Améliorer la qualité et la sécurité des soins
 - Améliorer l'efficience
 - Points d'articulation avec la prévention et le médico-social :

Diagnostic régional et territorial (état des lieux, étude de besoins) :

- Taux d'équipement et de couverture :
 - Evolution des capacités entre 2008 et 2011-Taux équipement

	Lorraine 2008	Lorraine 2011	France 2008	Evolution Lorraine en %
Nombre de lits et places	3 615	3 679	114 497	+ 1,8 %
Nombre de lits et places pour 100000 habitants	156	157	170	

Source ARS Lorraine 2011

- Taux d'équipement régional et territorial en HC pour les adultes

HOSPITALISATION COMPLETE	Nb lits 2011	Population 2011	Tx Equipement
MTHE MOSELLE	1 012	579 641	1,75
MEUSE	189	152 697	1,24
MOSELLE	1 255	827 698	1,52
VOSGES	641	299 216	2,14
CAPACITES SSR ADULTES	3 097	1 859 252	1,67

Source ARS Lorraine 2011

En HOSPITALISATION COMPLETE, des écarts entre territoires de santé sont importants (1.24 pour la Meuse contre 2,14 pour les Vosges) avec un taux moyen de 1,67 pour la Lorraine.

- Taux d'équipement régional et territorial en HDJ pour les adultes

HOSPITALISATION DE JOUR	Nb places 2011	Population 2011	Tx Equipement
MTHE MOSELLE	118	579 641	0,20
MEUSE	34	152 697	0,22
MOSELLE	217	827 698	0,26
VOSGES	22	299 216	0,07
CAPACITES SSR ADULTES	391	1 859 252	0,21

Source ARS Lorraine 2011

En HOSPITALISATION DE JOUR, les VOSGES se démarquent à nouveau, mais par l'insuffisance de développement de places (0,07), au regard des 3 autres départements et du taux moyen régional (0,21).

- Taux d'équipement régional et territorial en HC ET HDJ pour les enfants

LORRAINE	Nb lits 2011	Nb places 2011	Capacités totales 2011	Population 2011	Tx Equipement
CAPACITES SSR ENF-ADOS GLOBALES	152	39	191	490 338	0,39
CAPACITES SSR ENF-ADOS en LITS	152			490 338	0,31
CAPACITES SSR ENF-ADOS EN PLACES		39		490 338	0,08

Source ARS Lorraine 2011

Les 5 SSR prenant en charge les enfants en HC se localisent dans le sud de la région, des relais par des alternatives à l'HC se développent dans le Nord de la Lorraine.

- Taux de couverture

Taux de couverture = rapport volume d'activité totale / population générale.

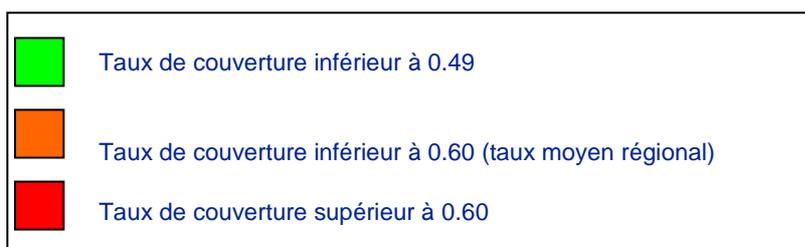
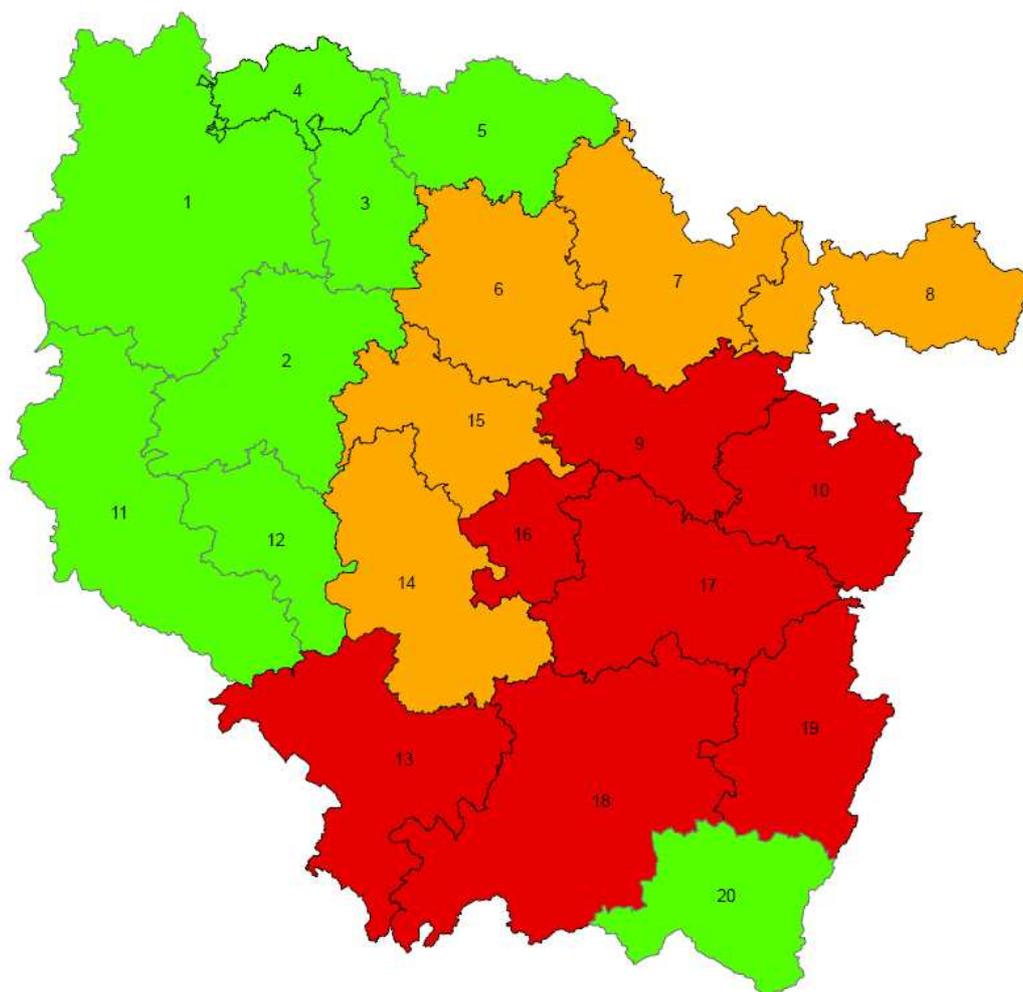
Taux de couverture régional global 2011	0,49
Taux de couverture régional adulte	0,60
Taux de couverture régional enfant	0,10

Source ARS Lorraine 2011

Les tendances notées sur le TE HC et HJ adultes se confirment :

- Retard important dans la Meuse en HC (0.38 pour 0.52 au niveau régional)
- Retard important dans les Vosges en HDJ (0.03 pour 0.07 au niveau régional)

LORRAINE	Taux couverture
Taux de couverture / TSP	
SSR ADULTES (HC + HJ)	
TSP 4 LONGWY	0,17
TSP 3 PAYS de BRIEY	0,33
TSP 1 et 2 VERDUN / St Mihiel	0,39
TSP 20 REMIREMONT	0,40
TSP 5 THIONVILLE	0,46
TSP 11 et 12 BARROIS / Val Meuse	0,49
TSP 7 BASSIN HOULLER	0,51
TSP 14 SUD OUEST MTHE MOSELLE	0,51
TSP 6 METZ	0,55
TSP 8 PAYS de SARREGUEMINES	0,56
TSP 15 VAL de LORRAINE	0,58
Taux moyen régional	0,60
TSP 17 LUNEVILLOIS	0,67
TSP 18 VOSGES CENTRALES	0,78
TSP 19 DEODATIE	0,79
TSP 16 NANCY	0,82
TSP 9 et 10 SAULNOIS et SARREBOURG	0,97
TSP 13 OUEST VOSGIEN	1,14



- Taux de recours :

Ils rendent compte du recours en SSR de la population, quelque soit le lieu d'hospitalisation (dans la région ou hors région).

- Taux de recours bruts : $10\ 000 \times \text{nombre de séjours} / \text{nombre d'habitants}$
- Taux de recours standardisés sur l'âge et le sexe (comparaison avec les taux de recours nationaux)

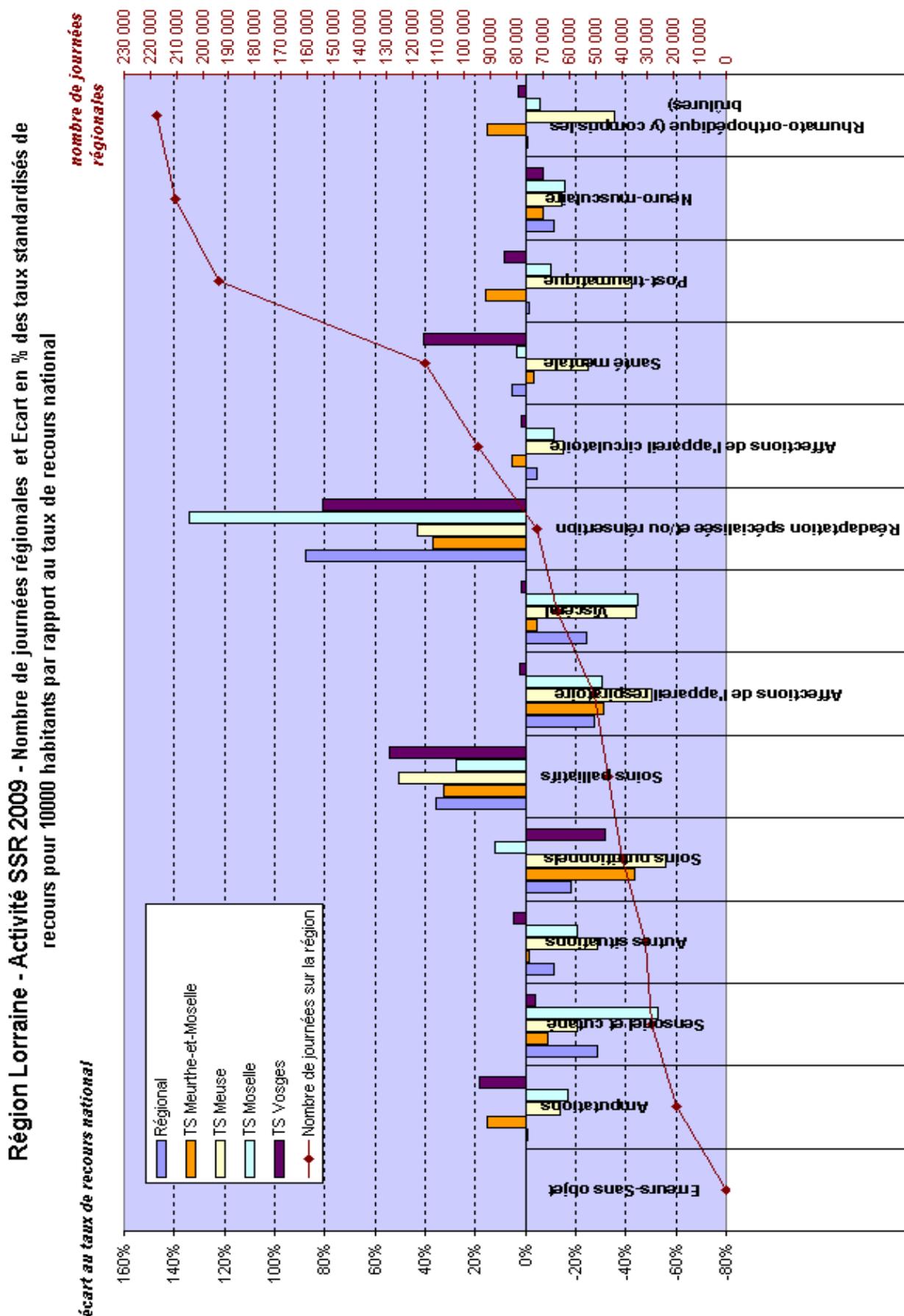
Taux de recours 2009 standardisés pour 10000 hab.					Statistiques nationales : taux de recours France Métropolitaine					
Régional	TS Meurthe-et-Moselle	TS Meuse	TS Moselle	TS Vosges	Taux de recours national	10ème centile des TS	25ème centile des TS	médiane des TS	75ème centile des TS	90ème centile de TS
5 065,5	5 383,5	3 886,1	4 842,1	5 670,4	5 278,9	4 141,1	4 472,8	5 002,8	5 725,8	6 531,0

Taux de recours régional inférieur au taux de recours national.

Taux de recours dans le département de la Meuse nettement inférieur au taux régional.

- Taux de recours par CMC :

Les taux de recours sont pour la plupart inférieurs au taux de recours national, exceptés pour les soins palliatifs, la réadaptation spécialisée et/ou réinsertion.



- Durée moyenne de séjour en SSR :

LORRAINE	2008	2009	2010 (M9)	Evolution
DMS SSR ADULTES (HC)				
MTHE et MOSELLE	30,7	31,1	30,3	-1,3%
MEUSE	29,8	29,5	26,3	-11,7%
MOSELLE	27,9	27,3	28,7	2,9%
VOSGES	30,9	30,4	29,6	-4,2%
LORRAINE	29,8	29,6	28,7	-3,7%

- Implantations (au 1er mars 2011) :
 - SSR non spécialisés :

		TN	TS
Nombre d'implantations SSR non spécialisés	QOS SROS III	36 à 39	44 à 47
	Autorisations	38	44

- Mentions spécialisées :

Nombre de mentions spécialisées adultes		Territoire Nord	Territoire Sud
Appareil locomoteur	OQOS	7 à 8	5
	Autorisations	8	5
Système nerveux	OQOS	6 à 7	5
	Autorisations	7	5
Cardiovasculaires	OQOS	2	1
	Autorisations	2	1
PA polyopathologiques	OQOS	8	6
	Autorisations	7	6
Respiratoires	OQOS	1	1
	Autorisations	1	1
Système métabolique et endocrinien	OQOS	1 à 2	1 à 2
	Autorisations	1	2
Système digestif métabolique et digestif	OQOS	1 à 2	
	Autorisations	Cf au	dessus
Onco hématologiques	OQOS	1	
	Autorisations	1	
Brûlés	OQOS	1	
	Autorisations	1	
Conduites addictives	OQOS	1	1
	Autorisations	1	1 (en cours de mise en œuvre)

- Mention prise en charge des enfants/adolescents :

Filière infantile		TN	TS
Hospitalisation complète et alternatives	OQOS		5
	Autorisation		5
Alternatives exclusives	OQOS	6 à 7	1
	Autorisation	4	0

Mention spécialisées des SSR de la filière infantile		TN	TS
Appareil locomoteur	OQOS		1
	Autorisations		1
Système nerveux	OQOS		1
	Autorisations		1
Système métabolique et endocrinien	OQOS		1
	Autorisations		1
Brûlés	OQOS		1
	Autorisations		1

- Coupe un jour donné en SSR :

Les SSR font face à des difficultés d'aval qui provoquent un engorgement important de leurs services : une photographie un jour donné (réalisée entre décembre 2008 et janvier 2009) en Lorraine dans les SSR montre que 22 % des patients présents en SSR dans le territoire Nord étaient médicalement sortants (= en attente d'une solution d'aval) et 17 % dans le territoire Sud.

La majorité des patients médicalement sortants étaient en attente d'une place en :

	TERRITOIRE NORD	TERRITOIRE SUD
EHPAD	39 %	36,4 %
ULSD	23,3 %	13,6 %
Mise en place d'aides/aménagement du domicile	14,4 %	20,5 %
SSIAD	9 %	4 %

- Prise en charge des patients en état végétatif chronique ou état pauci relationnel
En Lorraine, 46 lits (au sein de 6 unités) sont dédiés à la prise en charge de ces patients :

Vosges : 14 lits (1 unité de 6 lits et 1 unité de 8 lits)

Meuse : 8 lits

Meurthe et Moselle : 12 lits

Moselle : 12 lits (2 unités de 6 lits)

- Taille critique

Problématique des tailles critiques dans le cadre de la T2A :

13 entités juridiques autorisées en SSR (dont 5 ex HL) de moins de 20 lits sur 66 entités juridiques autorisées en SSR.

- Les effectifs médicaux et paramédicaux :

En SSR, la problématique des effectifs concerne en particulier

- les masseurs kinésithérapeutes qui sont en majorité en libéral
- les médecins de médecine physique et de réadaptation dont 57% ont plus de 55 ans (ADELI au 1^{er} mai 2011).

- Bilan des objectifs du volet SSR du SROS III :

- Objectifs : Lisibilité et coordination territoriale :

<i>Action du SROS III</i>	<i>Réalisation</i>
Annuaire régional	ROR (opérationnalité courant 1 ^{er} semestre 2011)- Interface avec plateforme régionale prévue
Fiche d'admission commune	Outil plateforme régionale (expérimentation en cours, déploiement régional en 2012)

- Objectifs : Coordination au sein des SSR :

<i>Action du SROS III</i>	<i>Réalisation</i>
Informatisation dossier patient	? (pas d'indicateur de suivi)
Réunion de synthèse	? (pas d'indicateur de suivi)
Fiche de poste médecin coordonnateur	? (pas d'indicateur de suivi)

- Objectifs : Coordination entre SSR, entre SSR et court séjour, entre SSR et l'aval :

<i>Action du SROS III</i>	<i>Réalisation</i>
Binômes référents en court séjour	Lien avec le volet médecine et chirurgie
Temps Assistante sociale dans chaque SSR	Financé dans chaque SSR
Partenariat avec les conseils généraux	Réunions en cours avec les conseils généraux
Convention avec SSR proposant de la réadaptation professionnelle	? (pas d'indicateur de suivi)
Visite à domicile avec équipe pluridisciplinaire	? (pas d'indicateur de suivi)

- Objectifs : Fluidité

<i>Action du SROS III</i>	<i>Réalisation</i>
Développement des alternatives à l'HC	En cours.
Pertinence des indications d'admission	? (pas d'indicateur de suivi)
Entrée en SSR tous les jours de la semaine	Facilitée par l'outil régional
Recours à l'HAD dans les cas lourds et complexes type paraplégie	? (pas d'indicateur de suivi)

Orientations de travail

1. Problème de fluidité :
 - De l'amont vers les SSR
 - Difficultés d'aval des SSR (coupe effectuée en 2009)
 - Coordination entre SSR au sein d'un territoire, entre SSR spécialisé et non spécialisé
 - Développer les alternatives à HC en priorité par redéploiement des activités en HC.
2. Accès aux SSR :
 - sur certains territoires : la Meuse notamment
 - sur des populations ciblées telles que les patients nécessitant des traitements lourds et/ou des transports itératifs posant des problématiques de financement dans le cadre de la tarification globale.
3. Problème de lisibilité de l'offre de soins :
4. Améliorer la qualité de PEC des patients au sein des SSR en travaillant notamment sur le projet individuel.
5. Services de taille critique : anticiper l'arrivée de la tarification à l'activité en SSR pour ces services de taille critique.

Composition du groupe expert :

Chefs de projet :

Mr Gauer, ARS Lorraine

Dr Gamel, ARS Lorraine

Dr Poupon Lemarquis – médecin conseil

Dr Guyot – Chef de projet SROS médico social

Dr Guillaume – MPR SIREV Golbey

Dr Régent – gériatre SSR Bainville sur Madon

Dr Malo – Gériatre SSR CH Verdun

Pr Paysant – MPR SSR Centre Louis Pierquin- UGECAM

Dr Valance – Médecin généraliste – SSR CH Boulay

Dr George – Présidente réseau Cuny (54)

Dr Carayon – Directrice Réseau Autrement

Mme Bury - CISS

Mme Guillaume – Directrice Hôpital local Châtel sur Moselle

Dr Goloubtsoff – MPR Hospitalor Forbach

Mme Pineiro – Cadre de santé kinésithérapeute Hospitalor Forbach

Dr Dumay – Chef de pôle gériatrie du CHR Metz Thionville

Mr Raymond - Ordre des MK

Mme Billat – Ordre des MK

Mr Noltet – URPS Pharmacien

Dr Jonveaux- représentant FHF

Mr Puvilland – représentant FEHAP

Mr Pressager – représentant FHP

Mme Staub – représentant FHP

Mme LARGERON – représentant CLCC

Dr Guillaume Marie – Anne, représentante ordre des médecins 54

Mme Polo Laure, chef de projet HAD

Mr Bello, Représentant FEHAP

Mr Vianney Noël, directeur technique GCS télésanté

TRAITEMENT DU CANCER

A) Le contexte réglementaire

Les activités relatives au traitement du cancer sont encadrées, au niveau national, par les directives de l'INCa et bénéficient de la régulation mise en œuvre dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013. Dans le cadre de cette régulation, une attention particulière est portée sur :

- l'atteinte de seuils d'activité comme étant l'un des éléments de conformité exigés
- l'organisation en réseau régional (ONCOLOR en Lorraine)
- l'installation et l'évolution de centres de coordination en cancérologie (3C)
- la généralisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- l'existence d'un dossier communicant en cancérologie
- la généralisation de projets personnalisés de soins.

L'INCa par l'intermédiaire d'appels d'offres, accompagnés de financements permet l'implantation d'équipements ou de services innovants pouvant favoriser les objectifs du Plan Cancer.

Textes réglementaires

- Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Dans ce cadre, **les visites de conformité** de tous les sites autorisés ont été effectuées en Lorraine durant l'été 2011, ce qui a permis d'établir un état des lieux complet des activités de traitement du cancer.

Les principaux motifs de non conformité qui ont été répertoriés, lors des visites, sont :

- le non respect des seuils,
- l'absence d'autorisation de l'ASN,
- le non respect des critères spécifiques de l'Inca,
- l'absence de la qualification médicale requise.

B) La répartition des autorisations

La répartition par départements des autorisations de traitement du cancer était la suivante :

	<i>Chirurgie</i>	<i>Chimiothérapie</i>	<i>Radiothérapie</i>	<i>Curiethérapie</i>	<i>Autres</i>
Départ 54 :	29	8	2	1	1
Départ 55 :	7	2	0	0	0
Départ 57 :	39	12	3	1	2
Départ 88 :	13	3	1	0	0
Région Lorr :	88	25	6	2	3

Des recompositions de services et des transferts ayant été réalisés ou étant en cours de réalisation,

La répartition par type d'autorisation des sites autorisés est la suivante :

Radiothérapie : 5 sites dont un mixte enfants-adultes	(6 pour le SROS III)
Curiethérapie : 2 sites	(2 pour le SROS III)
Radioéléments en sources non scellées : 2 sites	(6 pour le SROS III)
Chimiothérapie enfants : 1 site	(1 pour le SROS III)
Chimiothérapie adultes : 16 à 22 sites	(20 à 25 pour le SROS III)
Chirurgie enfants : 1 site	(1 pour le SROS III)
Chirurgie adultes : 66 à 79 autorisations	(74 à 98 pour le SROS III)

Répartis sur :

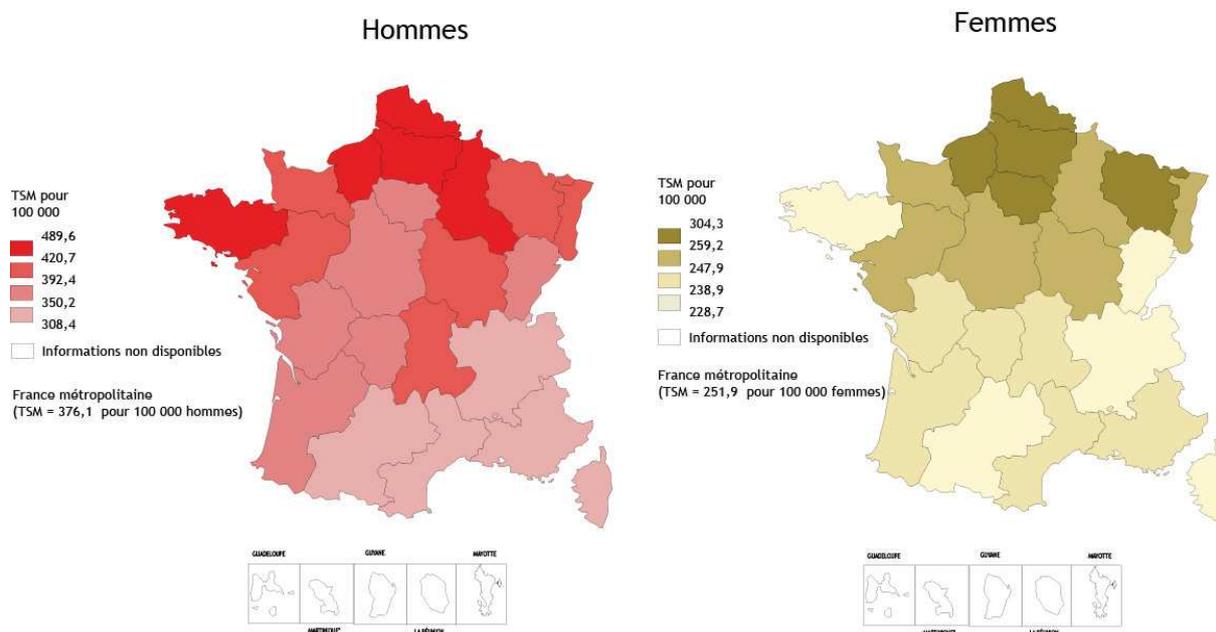
11 sites en Meurthe et Moselle, 2 sites en Meuse, 12 en Moselle, 5 à 6 dans les Vosges.

C) L'épidémiologie

1) L'incidence du cancer en région Lorraine.

En France, en matière d'incidence des cancers il existe un gradient Nord-Sud, les régions du Nord de la France présentant en 2005 les taux d'incidence les plus élevés ; ceci est observé aussi bien chez l'homme que chez la femme. Par contre, chez les femmes, la Lorraine fait partie des régions les plus touchées, après le Nord Pas de Calais, la Picardie, la Haute- Normandie et l'Île de France.

Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence tous cancers à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM* en 2005



* Pour les DOM, seules des données d'incidence observée, sur la période 1998-2002, sont disponibles et uniquement pour la Martinique.

Source : HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm

Infographie : INCa 2011

En Lorraine, les écarts les plus importants avec les moyennes nationales sont présentés par le taux d'incidence standardisés à la population mondiale (TSM) en 2005 :

- du **cancer du côlon-rectum chez l'homme** qui est le troisième le plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace, avec un taux de **13% supérieur à la moyenne française**,
- des **cancers du poumon chez l'homme** qui est le deuxième le plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais, avec un taux de **26% supérieur à la moyenne française**,
- des **cancers du poumon chez la femme** qui est le plus élevé en France, avec un taux de **33% supérieur à la moyenne française**

2) La mortalité par cancer observée en région Lorraine.

En Lorraine, le cancer constitue la première cause de mortalité en Lorraine, soit 30% des décès et le taux comparatif de mortalité observé est significativement supérieur au taux de la France métropolitaine .

Chez l'homme, le cancer broncho-pulmonaire est la première cause de décès par cancer, suivi par le cancer colo-rectal, le cancer de la prostate et les cancers des voies aérodigestives supérieures, ces 4 localisations représentant 55% des décès par cancer. Chez la femme, le cancer du sein vient en tête, suivi par le cancer bronchopulmonaire et le cancer colorectal.

A) Pour les cancers dont l'incidence est élevée en Lorraine :

→ Chez *les hommes*, la mortalité par **cancer du côlon-rectum** en Lorraine est conforme à l'incidence relevée et place la région en troisième position. Le constat est plus étonnant chez *les femmes*, pour lesquelles la mortalité est élevée avec une incidence moyenne.

→ Pour **les cancers du poumon**, le taux de mortalité est conforme à l'incidence calculée, à savoir : chez *les hommes*, 2^{ème} plus mauvais taux avec un écart de 22% à la moyenne et chez *les femmes* 1^{er} plus mauvais taux avec un écart de 24% à la moyenne.

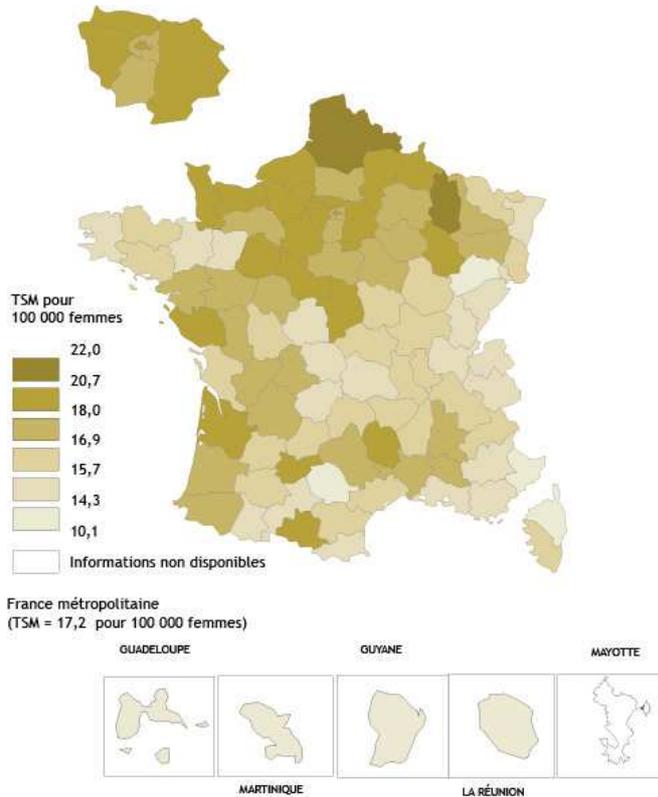
B) Pour les cancers dont l'incidence est moyenne en Lorraine :

→. Pour **les cancers de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx**, la Lorraine est en 7^{ème} position avec un taux de 13% supérieur à la moyenne chez *les hommes* et en 2^{ème} position avec un écart de 33% à la moyenne chez *les femmes*.

→ Pour **les cancers du col de l'utérus**, le taux de mortalité est le 4^{ème} plus mauvais en France.

→ Pour **le cancer du sein**, la Lorraine connaît une incidence et une mortalité moyenne, avec cependant une exception notable : le département de la Meuse qui figure parmi les quatre premiers départements français connaissant la plus forte mortalité.

Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer du sein chez les femmes à l'échelle départementale en France métropolitaine et dans les DOM (2004-2008)



Source : InVS, CépiDc Inserm Infographie : INCa 2011

3) Une grande disparité au sein des territoires de santé et suivant les sexes.

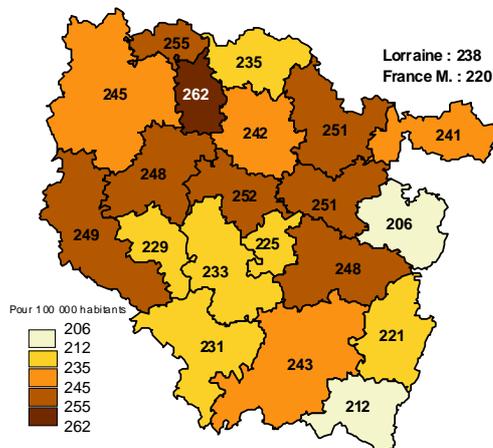
L'écart maximum de mortalité par tumeurs entre deux territoires de santé de proximité lorrains en 2007 atteint 30 % du taux pour 100 000 habitants : de 206 à 262. Les baisses de mortalité les plus importantes dans la décennie 1997-2007 concernent des secteurs dont les taux étaient déjà inférieurs à la moyenne :

Ensemble des cancers

Taux comparatifs de mortalité par tumeurs 2005-2007

- * Cancer = 1^{ère} cause de mortalité en Lorraine
femmes 24%,
hommes 33%

- * disparités de santé : autour de 20% entre les territoires de santé de proximité !

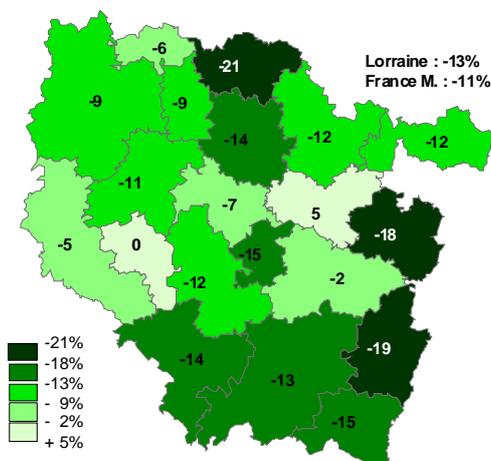


Source : INSERM (CépiDc), Exploitation : ORSAS – Lorraine



Ensemble des cancers

Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs entre 1995-1997 et 2005-2007



En dix ans, la mortalité par cancer a baissé en Lorraine - tout en restant supérieure de 10% à la moyenne française.



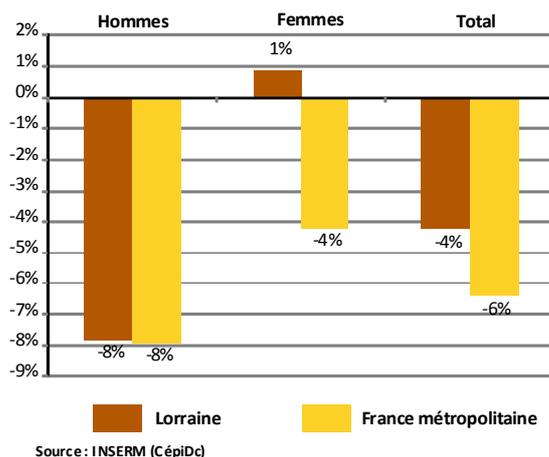
ARS Lorraine – préparation du SROS Cancer, 3 mai 2011

13

Si la baisse des taux de mortalité par tumeurs entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007 est sensiblement la même en Lorraine et en France métropolitaine (-8%) pour les hommes, chez les femmes on note un accroissement de 1% en Lorraine, quand le taux pour la France métropolitaine baisse de 4%.

Ensemble des cancers

Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007



cette baisse bénéficie surtout aux hommes, les femmes accusant un différentiel de 5% avec la moyenne nationale.



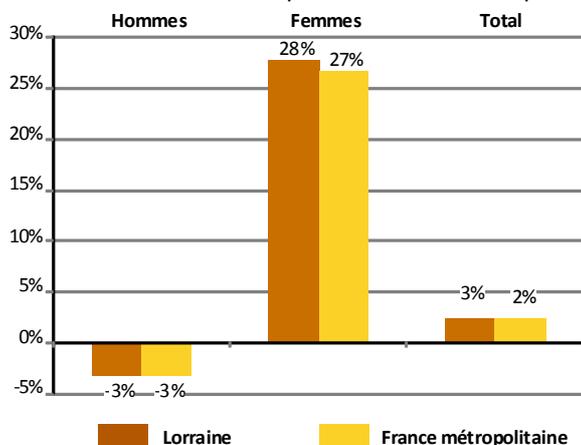
ARS Lorraine – préparation du SROS Cancer, 3 mai 2011

14

L'un des facteurs explicatifs de cette tendance réside dans la très forte augmentation du taux de mortalité des Lorraines par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon. Le phénomène est d'ampleur nationale, mais plus accentué encore en Lorraine.

Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon :

Évolution des taux comparatifs de mortalité entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007



Comme attendu, les tumeurs des voies aériennes sont en forte augmentation dans le sexe féminin.



Source : INSERM (Cépid q), Exploitation : FNORS, ORSAS – Lorraine

ARS Lorraine – préparation du SROS Cancer, 3 mai 2011

17

D) La démographie médicale

La situation des oncologues médicaux en Lorraine est préoccupante, en effet on ne dénombre qu'un effectif de 17,7 ETP pour 2 350 000 habitants soit 1 oncologue pour 129 000 habitants quand la moyenne nationale s'élève à 1 oncologue pour 100 000 habitants.

Une situation semblable affecte **les oncologues radiothérapeutes** avec une proportion de 0,75 E.T.P. pour 100 000 habitants en Lorraine à comparer avec la moyenne de 1,15 E.T.P. pour 100 000 habitants au plan national.

Le nombre moyen **des pathologistes** peut être évalué en Lorraine entre 1,78 et 2,31 E.T.P. pour 100 000 habitants, à mettre en regard des 2,36 E .T.P. de la moyenne nationale.

Des tendances nouvelles apparaissent en région Lorraine, comme le désir :

- d'attirer de nouvelles vocations, entre autres par l'ouverture de postes d'internat,
- d'utiliser différemment les personnels existants en explorant les possibilités de transferts de tâches, tout en maintenant un haut niveau de formation.

Répartition des oncologues médicaux en Lorraine au 15 septembre 2011



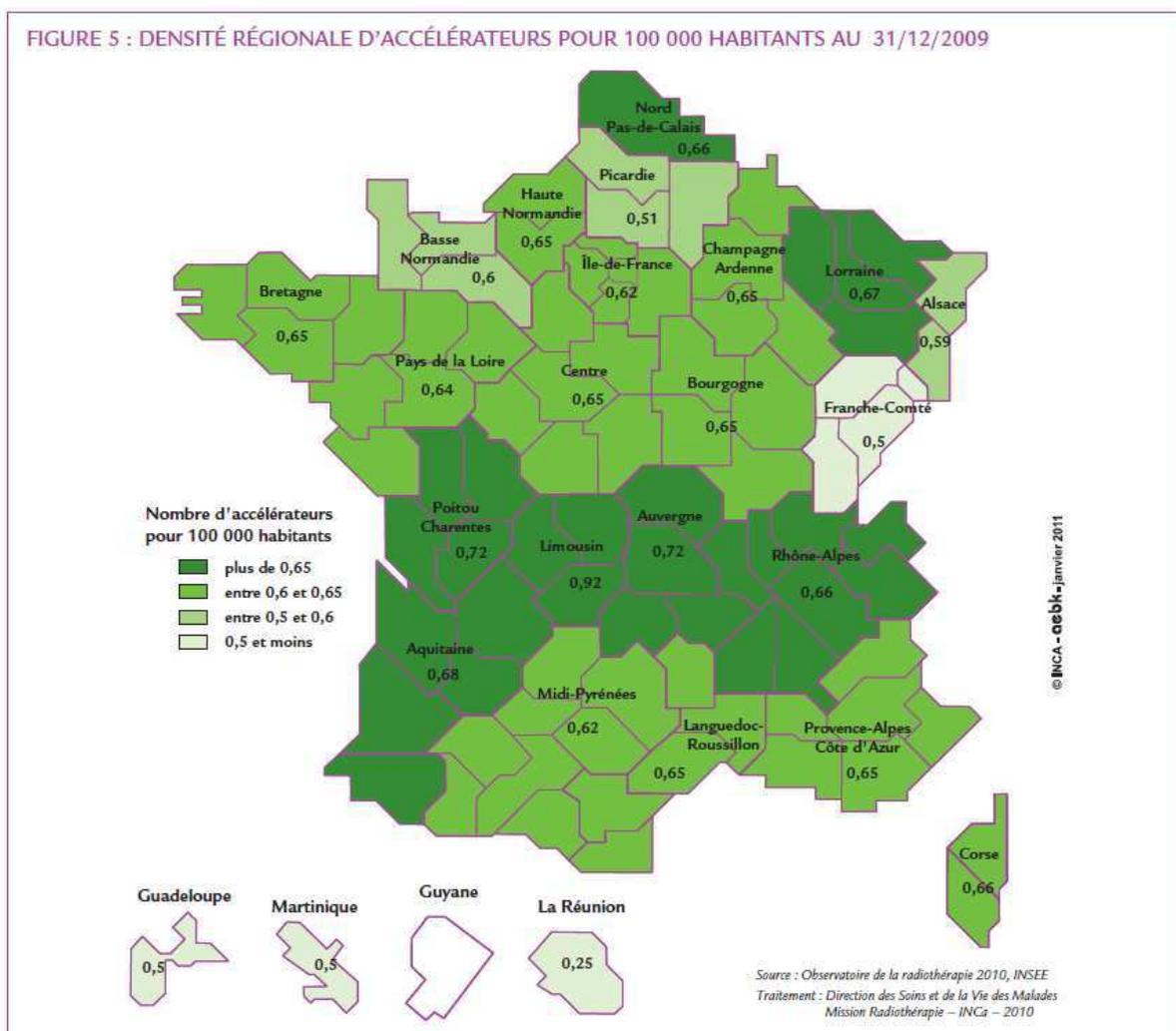
Post-internat : un poste d'ASM au CAV obtenu en 2005 (plan Cancer) un poste d'assistant spécialiste (CAV-CHR de Metz) obtenu en novembre 2009 ;

Oncologues médicaux en poste : 17,7 ETP pour 2.348.384 habitants (recensement 2009), soit un oncologue pour 129.000 habitants.

E) La radiothérapie

La région Lorraine est encore impactée par l'accident de radiothérapie du centre hospitalier d'Epinal. Les conséquences les plus visibles en sont une nouvelle répartition des patients entre secteurs public et privé et un accroissement de la vigilance dans l'application des procédures.

La densité d'accélérateurs pour 100 000 habitants varie dans les régions françaises entre 0,50 et 0,72, la densité moyenne s'élève à 0,64 en France et à 0,67 en Lorraine.



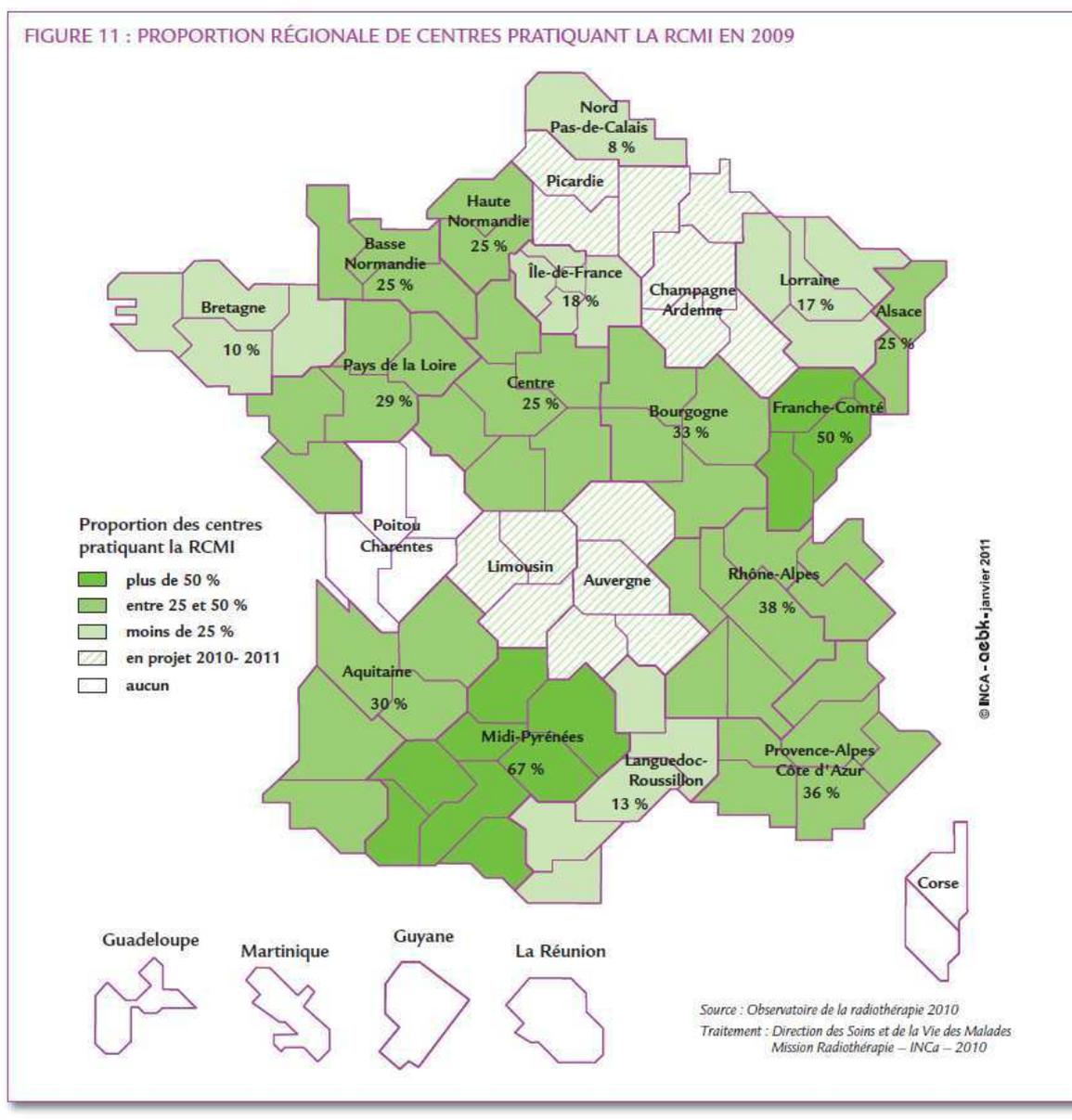
Actuellement 15 accélérateurs sont installés en Lorraine et bénéficient d'une autorisation :

Dans le secteur public ou les ESPIC : 3 au CHR Metz Bon Secours, 5 au Centre Alexis Vautrin de Vandoeuvre, 2 au Centre Hospitalier d'Epinal.

Dans le secteur privé : 3 à la Clinique Claude Bernard à Metz et 2 à la Clinique de Gentilly à Nancy.

Il faut cependant également noter la proximité d'installations limitrophes à la région : à Esch-sur-Alzette au Luxembourg, à Strasbourg et Colmar en Alsace, à Chaumont en Champagne-Ardenne.

La région Lorraine bénéficie également de l'accès aux nouvelles techniques de radiothérapie telles la modulation d'intensité (RCMI) et la stéréotaxie (SBRT).



Le niveau d'équipement en Lorraine ainsi que l'accès aux techniques innovantes sont donc satisfaisants.

Les professionnels continuent à pouvoir être recrutés en région Lorraine en raison d'un haut niveau de formation des D.E.S. et des radiophysiciens, ce qui maintient l'attractivité de ces disciplines.

F) Les atouts, les pistes d'amélioration et les perspectives de la région

1) Les atouts de la région Lorraine :

- Un réseau régional en cancérologie « ONCOLOR » identifié par l'INCa (coordination, bonnes pratiques et référentiels, RCP, formation, expertise et audits...), créé en 1998 parmi les trois premiers en France (avec la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon),
- Un équipement satisfaisant des centres de radiothérapie,
- Une couverture du territoire par l'ensemble des modalités de traitement,
- Une organisation du dispositif d'annonce.

2) Les pistes d'amélioration :

- La démographie des professionnels de santé, notamment des oncologues et des spécialistes avec compétence ordinale (difficultés de primo-prescription des traitements spécifiques), des chirurgiens thoraciques...
- Le P.R.C.
- La structuration des R.C.P. de recours,
- La recherche clinique régionale,
- La mise à niveau des unités centralisées de préparation des chimiothérapies anticancéreuses (U.C.P.C.) : audit qualité ONCOLOR,
- La coordination des soins et l'interface ville-hôpital.

3) Les perspectives :

- La mise en adéquation de l'offre de traitement du cancer avec les résultats des visites de conformité et les besoins de la population,
- La généralisation de l'ensemble des mesures du plan cancer 2,
- L'installation et l'évaluation des 3C,
- Le renforcement du dépistage et de la recherche,
- La mise en place du P.P.S. dans les sites autorisés,
- La mise en place de la phase pilote du dossier commun de cancérologie,
- L'ouverture d'une banque de sang placentaire au C.H.U. pour le traitement des hémopathies malignes ou non malignes.

G) Les principales orientations identifiées

Il est retenu 3 objectifs opérationnels :

- a) Renforcer l'accès et la qualité des prises en charge
- b) Développer la coordination des acteurs
- c) Soutenir la démographie médicale

a) Le diagnostic précoce optimise la prise en charge et améliore l'efficacité des thérapeutiques. Il est centré sur 2 actions : la détection précoce et le dépistage pour lequel les médecins traitants sont des acteurs clés. Le parcours de soins du patient rapidement établi et formalisé est également un axe majeur de la prise en charge.

b) La qualité des pratiques et les recommandations professionnelles sont des axes essentiels autour desquels tous les professionnels de santé, y compris le médecin traitant doivent adhérer. Les référentiels de l'Inca et d'ONCOLOR sont des supports régulièrement travaillés et diffusés.

c) Il est à prévoir une réorganisation de l'offre de soins, notamment pour les primo prescriptions de chimiothérapie, compte tenu des résultats des conformités et des besoins de la population lorraine. Enfin il est nécessaire d'établir une coordination entre tous les acteurs et surtout une lisibilité des informations et modalités d'organisation des soins pour les patients.

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

I. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU VOLET

Compositions groupes expert.

Le groupe expert associe différents professionnels de santé de la Région. La composition du groupe est ainsi représentative de l'ensemble des professions concernées étant amenées à intervenir dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation à domicile et ce pour l'ensemble des 4 départements :

Directeurs d'établissement sanitaire siège d'HAD
Médecins coordonnateurs, Cadres de santé ou Infirmiers coordonnateurs d'HAD
Directeurs d'établissement et service médicaux sociaux (EHPAD et SSIAD)
Représentants des fédérations des établissements de santé,
- Représentants des URPS et ordre des professionnels de santé
Représentants d'EHPAD et de SSIAD
Représentants de réseau soins palliatifs
Représentants des associations d'usager

Dates de réunion :

14 avril 2011 : Groupe expert HAD

- Présentation du contexte réglementaire et des premiers éléments de cadrage nationaux (guide DGS sur l'élaboration du Projet Régional de Santé) et régionaux
Bilan de situation des HAD en Région Lorraine
Identification avec le groupe expert des points forts et des points faibles (principales difficultés rencontrées au développement des HAD)
Identification des réflexions à mener sur la base d'un diagnostic partagé afin d'établir les premières grandes orientations de travail.

Dans l'intervalle :

Travail de concertation des chefs de projets avec des représentants des structures et avec les autres chefs de projet des volets SROS PRS pour coordination et articulation dans l'organisation des filières de soins et de prise en charge.

- **17 juin 2011** : Groupe expert

Perspectives de systèmes d'information communs et de télémédecine en HAD
Intervention de Jean Louis Fuchs, chef de projet systèmes d'information à l'ARS
Présentation de l'expérimentation HADAN sur l'enregistrement du sommeil à domicile par l'HADAN

II. CONTEXTE

Rappel de la Définition et de la finalité de l' HAD

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Sa finalité est de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux, continus et nécessairement coordonnés. Elle doit permettre au patient qui le désire et/ou l'accepte un retour et /ou un maintien à domicile dans des conditions de soins optimales, et de sécurité maximale.

Références Réglementaires :

2 Les textes et cadre réglementaire existants:

- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (et son complément) relative à l'HAD
- Circulaire DHOS/O/N°44 du 4 février 2004 relative à l'HAD
- Circulaire N°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'HAD

HAD en Etablissement pour personnes âgées (EHPA(D)) :

- Décret N°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les EHPA(D)
- Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPA(D) modifié par les arrêtés du 25 avril 2007 et du 24 mars 2009
- Décret N° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD dans des EHPA(D)
- Circulaire N° DHOS/03/DGSA/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'HAD dans les EHPA(D)
- Réforme tarifaire : financement de l'HAD en tarification à l'activité à 100 % en janvier 2006
- Volet HAD du SROS 3 arrêté en mars 2006

Principal objectif : organiser le maillage territorial de la Région Lorraine dans le cadre du développement d'HAD Polyvalente.

L'évolution du cadre réglementaire:

- Publication de la loi HPST le 21 juillet 2009
- Publication du Décret du 18 mai 2010 sur l'élaboration du PRS - Programme Régional de santé (2011-2016) avant fin 2011

Le PRS est constitué de 3 éléments déclinés en 3 étapes :

- le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) publié en avril 2011: il fixe les priorités et les objectifs régionaux,
- Les schémas régionaux en matière de : prévention, d'organisation des soins SROS PRS (hospitalier et ambulatoire), d'organisation médico-sociale,
- Les programmes : PRGDR, PRAPS, programme télémédecine, PRIAC, programmes territoriaux de santé.
- Arrêté N° 2010-391 du 25 novembre 2010 de l'ARS de Lorraine portant des nouveaux territoires de santé aux 4 départements

Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sanitaires (IGAS) sur le fonctionnement des HAD est également paru en novembre 2010.

DIAGNOSTIC DETAILLE REGIONAL ET TERRITORIAL**Etat des lieux Régional et Territorial :**

En 2011 : 17 structures d'HAD ont été autorisées en Région Lorraine dont 16 sont actuellement en fonctionnement.

Bien que le nombre de structures ait été multiplié par deux en 6 ans : 16 en 2011 contre 8 en 2005 et 4 en 2001, des zones blanches persistent néanmoins sur l'ensemble du territoire en particulier en rural en raison des difficultés d'intervention sur des secteurs géographiques les plus éloignées du lieu d'implantation des HAD.

Bilan des implantations :

L'annexe opposable du SROS III déclinait le nombre d'implantations pour les territoires de santé Nord et SUD constitués chacun de 10 territoires de santé de proximité .

Pour le Nord de la région (les territoires de proximités N° 1 à 10), toutes les implantations prévues ont été autorisées dans le cadre d'HAD polyvalente.

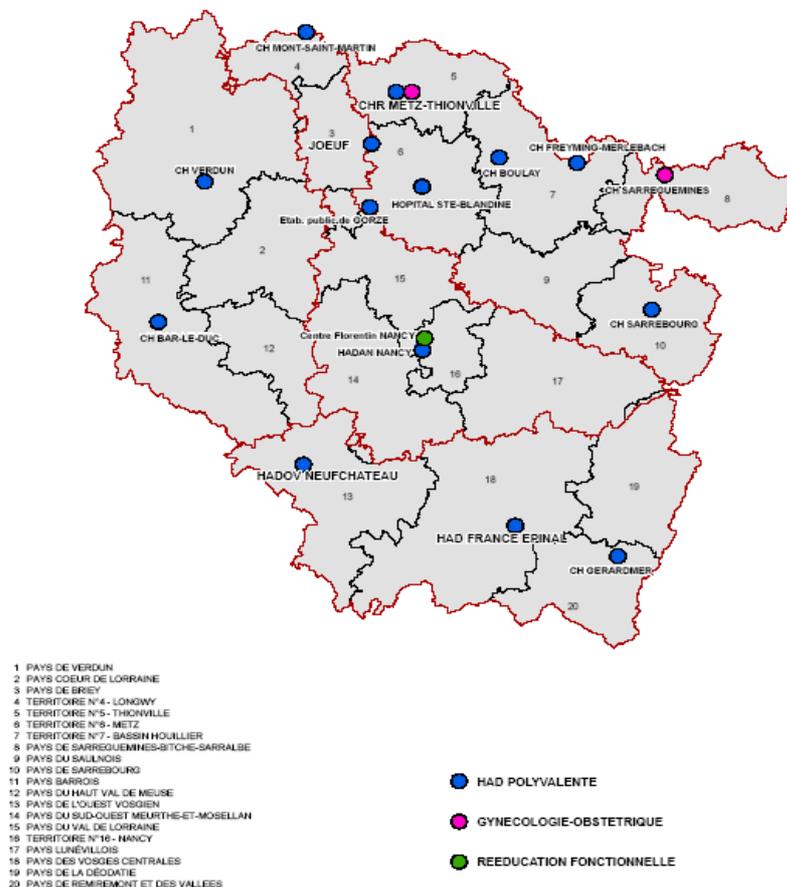
Quelques évolutions concernent les autorisations d'implantation prévues sur le territoire SUD. (les territoires de proximité N°11 à 20) : une structure a été autorisée sur le territoire de Lunéville mais n'est pas à ce jour installée. Cette installation fait l'objet d'une évolution actuellement en cours de discussion.

Concernant les territoires de Remiremont et ses Vallée et de la Déodatie : l' HAD de Gérardmer, initialement exclusivement obstétricale s'est développée en HAD polyvalente et a vocation à desservir ces deux territoires.

Territoire de sante de proximité	Implantation inscrite au SROS 3	Implantation autorisée en 2011	Structures autorisées	Implantation installée en 2011
1 Pays de Verdun	X	1	CH de Verdun	1
3 Pays de Briey	X	1	Association Hospitalière de Joëuf	1
4 Longwy	X	1	Association Alpha Santé	1
5 Thionville	X	1	CHR de Metz Thionville	1
6 Metz	X	1	HAD METZ (HPM) (avec une antenne à Remilly)	1
	X	1	Gorze	1
7 Bassin Houiller	X	2	CH de Boulay Freyming-Merlebach	2
8 Sarreguemines	X	1	CH de Sarreguemines	1
10 Sarrebourg	X	1	CH de Sarrebourg	1
NORD	8 à 10	10		10

Territoire de sante de proximité		Implantation inscrite au SROS 3	Implantation autorisée en 2011	Structures autorisées	Implantation installées en 2011
11	Pays du Barrois	1	1	CH de Bar le Duc avec antenne à Commercy	1 (avec antenne)
12	Haut du Val de Meuse				
13	Pays de l'Ouest Vosgiens	1	1	HADOV	1
14	Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	2	2	HAD OHS HADAN	1
15	Pays du Val de Lorraine				
16	Nancy				1
17	Pays Lunévillois	1	1	3 H Santé	
18	PaysVosges Centrales	1	1	Epinal (HAD France)	1
19	Pays de la Déodatie	1	0	Gérardmer (avec 2 antennes)	1
20	Pays de Remiremont	1	1		
SUD		8	7		6

HOSPITALISATION A DOMICILE LOCALISATION DES PLACES



©IGN - ARS Lorraine - Service Observation et Statistiques - Avril 2011

Taux d'équipement :

Le taux cible national fixé pour 2005 s'élevait à 13.3 places / 100 000 habitants.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SROS III, le taux d'équipement correspondant aux nombres de places prévues dans les demandes d'autorisation) en région Lorraine a pratiquement doublé en 5 ans :

2001 : 1.21 places/100 000 habitants

2004 : 2.16 places /100 000 habitants

2006 : 6.2 places /100 000 habitants

2010 : 11.75 places 100 000 habitants

Ce taux significatif d'une nette amélioration de l'accès à une prise en charge en HAD en région Lorraine reste néanmoins inférieur à la moyenne nationale.

		Nb places autorisées 2010	Population *	Tx Equipement 2010 100 000 /habitants
MEURTHE MOSELLE	et	84	731 053	11,49
MEUSE		35	195 460	17,91
MOSELLE		92	1 043 336	8,82
VOSGES		65	379 740	17,12
LORRAINE		276	2 349 590	11,75

Taux de recours :

Il permet d'évaluer le nombre de journée pour 10 000 habitants et constitue un indicateur de suivi. Ce taux vise à rendre compte du niveau de « consommation » de journées d'HAD.

		Nb places autorisées 2010	Population *	Tx Equipement 2010 100 000 /habitants
MEURTHE MOSELLE	et	27 229	731 053	372,46
MEUSE		8 348	195 460	427,09
MOSELLE		27 842	1 043 336	266,86
VOSGES		8 571	379 740	225,71
LORRAINE		71 990	2 349 590	306,40

Les 71 990 journées réalisées en Lorraine correspondent à une occupation annuelle de 197 places.

Activités Polyvalentes des HAD

Le SROS III fixait comme objectif principal le développement d'HAD Polyvalente sur l'ensemble de la région. C'est le cas pour toutes les nouvelles autorisations d'implantation qui ont été délivrées depuis 2006 mais également la majorité des structures d'HAD précédemment avec une autorisation d'activité spécifique (obstétrique ou soins palliatifs) qui ont évoluées vers une activité polyvalente ou sont en cours d'évolution.

Historiquement et suite à des restructurations hospitalières, des HAD spécifiques ont été développées sur certains territoires de proximité notamment suite à des fermetures de maternité où une prise en charge spécifique en obstétrique et néonatalogie a été organisée souvent adossée à des centres périnataux de proximité. Ce fut le cas pour le secteur de Bitche (territoire de proximité de Sarreguemines), le secteur de Gérardmer (territoire de proximité de Remiremont et de ses Vallées).

L'HAD de l'OHS du Centre Louis PIERQUIN effectue toujours une prise en charge exclusive en SSR principalement gériatrique et n'a pas évolué vers une prise en charge polyvalente.

Pour le CHR à Thionville, l'HAD soins palliatifs a été regroupée avec l'HAD obstétricale pour assurer une prise en charge polyvalente tout en maintenant ses précédentes activités.

Quelques indicateurs d'activités des HAD en Région Lorraine (source ePMSI 2009 -2010)

- sexe et âge de la population accueillie :

L'analyse du profil des patients met en évidence que les prises en charge en HAD concernent actuellement majoritairement les femmes à hauteur de 63 % , en particulier en raison du nombre de structures ayant une activité obstétricale.

La répartition par âge met en exergue que près de 32 % des prises en charge concerne la tranche d'âge des 18 -40 ans, 21 % les plus de 60 ans et 24 % les plus de 75 ans.

Moins de 2 % des séjours concernent des enfants et adolescents.

- Principaux de mode de prise en charge :

59 % des journées en HAD correspondent à 3 modes principaux de prise en charge (MPC) :

23 % pour des pansements complexes

20 % pour des soins palliatifs

16 % pour des traitements intra veineux hors chimiothérapie

	Territoire Nord	Territoire Sud	Lorraine	France
Nb journées	39 834	32 156	71 990	3 625 924
%	55,3%	44,7%		
Libellé en %				
MPC 09 pansements complexes	26%	19%	23%	20,1%
MPC 04 soins palliatifs	23%	16%	20%	25,8%
MPC 03 Traitement IV	16%	16%	16%	3,5%
MPC 14 soins de nursing	/	/	/	9,5%

Mode d'entrée

En moyenne, 2/3 des admissions en HAD en Lorraine proviennent d'une suite d'hospitalisation en court séjour. Seul 25 % relève d'une prise en charge immédiate depuis le domicile.
La prise en charge en EHPAD est très faible (2.3 %).

	Territoire Nord	Territoire Sud	Lorraine	France
Nb séjours	2 268	1 607	3 877	142 795
%	58,5%	41,5%		
Provenance en %				
Court séjour	62,5%	66,9%	65,8%	67,4%
Domicile (hors EHPAD)	26,9%	22,0%	24,9%	28,4%
Moyen séjour	1,4%	9,9%	5,0%	2,5%
EHPAD	3,4%	0,7%	2,3%	0,7%

Mode de sortie :

Les données mettent principalement en exergue un repli de près d'un tiers des prises en charge en HAD sur une structure hospitalière et un taux de décès de plus de 10% en HAD en relation avec l'activité de soins palliatifs.

	Territoire Nord	Territoire Sud	Lorraine	France
Nb séjours	2 268	1 607	3 877	142 795
%	58,5%	41,5%		
Destination en %				
Court séjour	27,8%	35,5%	31,0%	28,8%
Domicile (hors EHPAD et SSIAD)	55,7%	49,%	53,0%	59,4%
Décès	10,6%	10,4%	10,5%	8,6%
EHPAD	3,0%	0,5%	2,0%	0,5%
Domicile + SSIAD	1,0%	3,3%	2,0%	0,9%
Moyen séjour	0,7%	0,4%	0,5%	1,2%

Points forts et points faibles :**Points forts :**

Le développement en Région Lorraine d'HAD polyvalente avec sur certains territoires l'installation d'antenne.

L'évolution des HAD spécifiques en HAD en polyvalente (Obstétrique) et réorientation des HAD obstétricale sur les prises en charges pathologiques

Points faibles :

Une couverture des territoires inégale.

Le manque de connaissance des HAD tant par la population que par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers avec en corollaire des difficultés de montée en charge des HAD.

Un taux d'intervention en EHPAD très faible.

De faible densité de professionnels de santé médicaux (médecins généralistes et spécialistes, sages femmes) et paramédicaux (notamment Infirmier, sage-femme et masseur kinésithérapeute) principalement dans le département de la Meuse et des Vosges ce qui constitue un frein au développement des interventions en l'HAD à distance de leur site d'implantation.

Difficultés de recrutement d'aides soignantes.

L'organisation de la continuité des soins médicaux qui repose sur le médecin traitant.

Estimation des besoins :

La région Lorraine reste sous équipée au regard du taux cible national malgré une amélioration significative ces 6 dernières années. Le département de la Moselle reste aujourd'hui au regard de la densité de sa population, le département le moins équipé.

La couverture du territoire Lorrain est actuellement imparfaite et en raison de persistance de zones blanches et de périmètres géographiques d'intervention méritant d'être révisés dans le cadre d'un partenariat entre structures pour permettre une optimisation du maillage du territoire.

Les besoins en termes de professionnels de santé sur certains territoires doivent conduire à la mise en place de dispositifs adaptés dans le cadre de partenariats effectifs et formalisés entre les structures existantes et les professionnels de santé (médicaux et para médicaux) d'activités spécialisées portées par des structures polyvalentes ...

III : PREMIERES ORIENTATIONS DE TRAVAIL :

Objectif général : Améliorer l'accès aux soins

Objectifs opérationnels :

- Optimiser le maillage territorial (zone urbaine/zone rurale) :
 - en formalisant des partenariats entre structures d'HAD existantes mais aussi avec les professionnels de santé médicaux et para médicaux libéraux
 - en révisant certaines zones géographiques d'intervention
- Organiser des campagnes d'information et de communications par les structures d'HAD :
 - auprès des professionnels de santé
 - auprès des structures et services d'aide au maintien à domicile (SSIAD...)
- Actions d'informations animées par l'ARS auprès des EHPAD pour promouvoir le développement de l'HAD en EHPAD
- Développer le périmètre d'intervention des HAD avec des prises en charge plus spécialisées nécessitant le recours à des compétences spécifiques (à articuler avec les autres volets du SROS PRS)
 - En pédiatrie : travail en lien avec les services de pédiatrie et pédiatres de ville pour permettre les prises en charge de certaines pathologies et maladies chroniques
 - En obstétrique et néonatalogie : pour les besoins en prise en charge ante et post partum pathologique
 - En soins de suite et de réadaptation auprès des personnes présentant des handicaps lourds en sortie d'hospitalisation complète en réadaptation fonctionnelle
 - En cancérologie : chimiothérapies au domicile

Objectif général : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Objectifs opérationnels :

- Mutualiser la continuité des soins médicaux (médecin coordonnateur) entre les HAD
- Développer des systèmes d'informations partagés et outils de télémédecine
 - Dossier informatisé permettant l'accès de différents acteurs (HAD, hospitalier, libéraux, EHPAD, SSIAD...)
 - Accès à un répertoire partagé apportant des informations sur la prise en charge en HAD
 - Création d'un outil commun de demande d'admission
 - Promouvoir l'utilisation des outils de télémédecine (à décliner dans le programme régional de télémédecine)

Objectif général : Améliorer l'efficience

Objectifs opérationnels :

- Favoriser la coordination des HAD avec les soins et services ambulatoires dans un objectif d'organisation des filières de soins et de prise en charge afin notamment de développer l'accès direct à une prise en charge HAD (depuis le domicile et établissements médico sociaux) et dans le cadre d'un objectif de prévention afin d'éviter le cas échéant les replis en structures hospitalières

- Inscrire les HAD dans l'organisation des filières de soins :
 - clarifier les missions de l' HAD par rapport aux soins ambulatoires et aux SSIAD
 - fluidifier le parcours de soins

- Anticipation du relais lors des séjours en hospitalisation complète à organiser

TRANSFUSION SANGUINE

I. CONTEXTE :

a. Contexte réglementaire :

- Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV "conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, la néonatalogie et à la réanimation néonatale" du code de la santé publique (livre VII, titre 1er, chapitre II, section III, troisième partie : Décrets)
- Arrêté du 24 avril 2002 portant homologation du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produit et échantillons issus du sang humains
- Arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale
- Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du code de la santé publique
- Décret n°2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'E FS et à l'hémovigilance et modifiant le CSP
- Circulaire DHOS/P2 no 2007-239 du 14 juin 2007 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n°2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang et modifiant le CSP.
- Arrêté du 30 octobre 2007 relatif aux conditions d'autorisations des dépôts de sang pris en application des articles R.1221-20-1 et R.1221-20-3
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant le modèle type de convention entre un établissement de santé et l'établissement de transfusion sanguine référent pour l'établissement d'un dépôt de sang;
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant la liste des matériels des dépôts de sang prévue à l'article R.1221-20-4;
- Arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang.
- Recommandations et préconisations du groupe de travail EFS DGS DGOS n°2 du 5 janvier 2011

b. SROS PRS :

- thématique structurant l'offre de soins (obstétrique, chirurgie, service des urgences)
- partie non opposable du SROS
- précède l'élaboration du SOTS

c. Les PSL :

PSL	Lieu de stockage	Conditions de stockage	Durée de vie
CGR	EFS ou ES	+4°	41 jours
Plaquettes	EFS uniquement	+20° (en agitation constante)	5 jours
Plasma	EFS ou ES	-25°	1 an

PSL = Produit Sanguin Labile, produit d'origine humaine provenant d'un don, à respecter.

d. Les dépôts de sang :

Type d'ES 2009	ES Transfuseurs	Nbre de dépôts	Delivrance	Urgence +/- Relais
ES publics	24	16	8	6
ES PSPH	16	5	1	3
ES privés	13	5		6
Hôpital militaire	1	1		1
TOTAUX	54	25	9	16

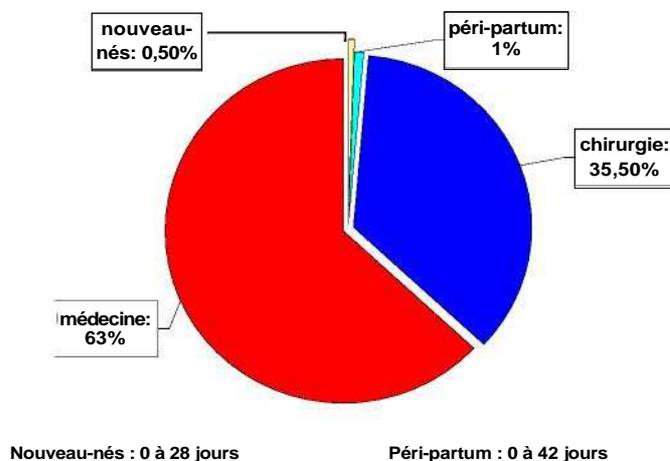
• 3 critères pour avoir un dépôt au sein d'un ES :

- ✓ Eloignement géographique d'un site transfusionnel de 30 minutes

Et / ou

- ✓ Activités MCO potentiellement hémorragiques (fonction du volume et du type de PSL consommés)
- ✓ Notification dans le projet d'établissement

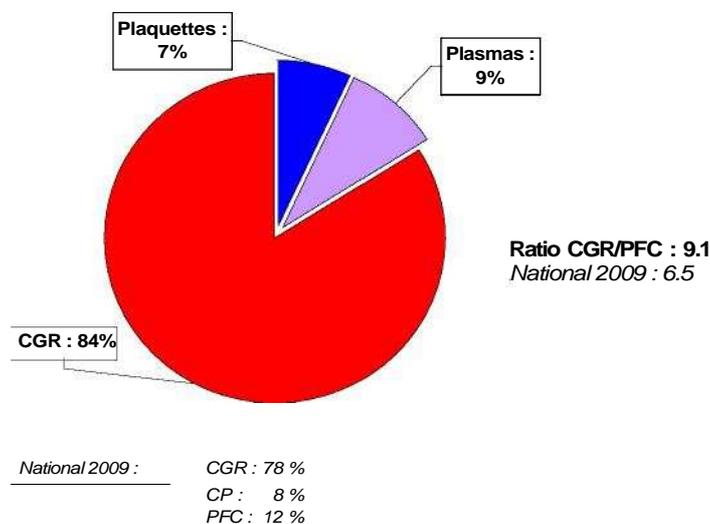
PSL TRANSFUSES PAR SECTEUR D'ACTIVITE
Lorraine - année 2010



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

PSL TRANSFUSES PAR CATEGORIE DE PSL
Lorraine - Année 2010 (PSL transfusés : 106 438)



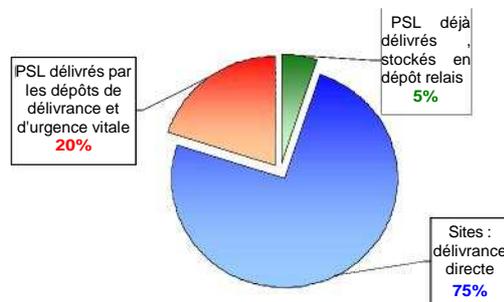
Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

- 3 types de dépôts de sang :
 - ✓ Dépôt de délivrance :
 - Avoir **sur le site** au sein de l'établissement de santé un laboratoire pouvant réaliser les IHR (le DD d'un ES ne délivre que pour son ES)
 - Groupes A/B/O et AB
 - Personnel : responsable (médecin ou pharmacien) doit avoir la formation D3T ou DUTS ou capacité transfusionnelle et chaque technicien doit avoir eu la formation de 35 h par un organisme agréé
 - Informatisation en lien par Format Pivot avec EFS

- ✓ Dépôt d'urgence :
 - Groupes O
 - Personnel : responsable (médecin ou pharmacien) doit avoir bénéficié la formation de 35 h par un organisme agréé.
- ✓ Dépôt urgence et relais :
 - CGR déjà délivré nominativement par l'EFS (délai 3 jours, durée de validité des RAI : Recherche des Agglutinines irrégulières)
 - Personnel : formation de 35 h des responsables (médecin ou pharmacien)
 - Informatisation en lien avec l'EFS (Format Pivot)

REPARTITION DE LA DELIVRANCE PAR LES SITES ET 25 DEPOTS LORRAINE 2010



Un site ou un dépôt toujours à 10 minutes d'un ES avec maternité, service de chirurgie ou d'urgence

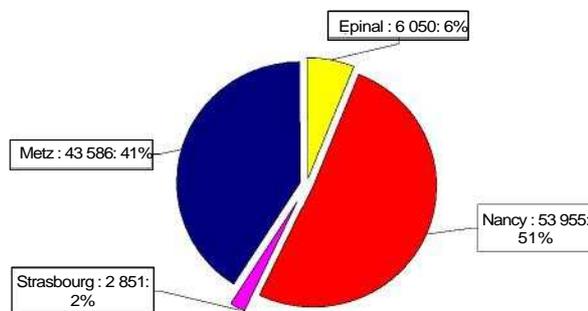
Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

II. ETAT DES LIEUX au 31 DECEMBRE 2010 :

- a. 4 sites transfusionnels EFS : délivrance et distribution
Dont 3 avec IHR

DISTRIBUTION et DELIVRANCE DES PSL PAR SITE TRANSFUSIONNEL - Année 2010



La distribution / délivrance ne correspond pas forcément aux territoires de santé (ex : Briey / site de Metz)

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

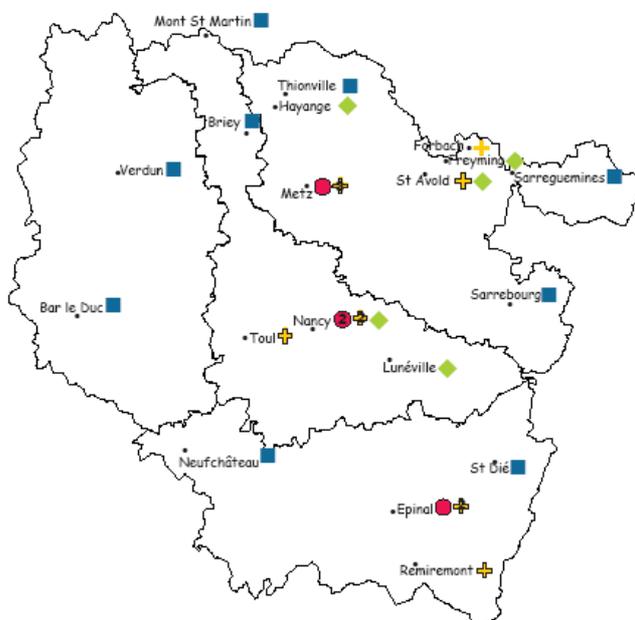
- b. 25 dépôts de sang en Lorraine dont un dépendant du service des armées :
- 9 DD
 - 11 DU
 - 5 DR

CARTE 2

**SROS
Région Lorraine**

Volet transfusion sanguine

**Distribution et délivrance des P.S.L.
en région Lorraine
(Etat 2010)**



- Sites Transfusionnels Distributeurs
- Dépôts de délivrance
- ⊕ Dépôts d'urgence
- ◆ Dépôts d'urgence et relais

Cellule Régionale d'Hémovigilance - ARS de Lorraine - 09 mai 2011

- c. Consommation / besoins :

- 54 ES transfuseurs
 - C'est en médecine que l'on transfuse le plus (63%)
 - Concentration de la consommation sur le sillon Epinal Nancy Metz Thionville
 - Tous les dépôts devant être informatisés le sont
 - Le personnel est formé selon les décrets- et arrêtés sus-cités
- NB : un responsable de dépôt de Délivrance n'est pas inscrit à l'Ordre des Médecins*
- Tous les ES en Lorraine ont la possibilité d'avoir un PSL dans les 10 minutes

REPARTITION DES PATIENTS TRANSFUSES Lorraine Année 2010

19 467 Patients
5,46 PSL / patient



Péri-partum : 0 à 42 jours

Nouveau-nés : 0 à 28 jours

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

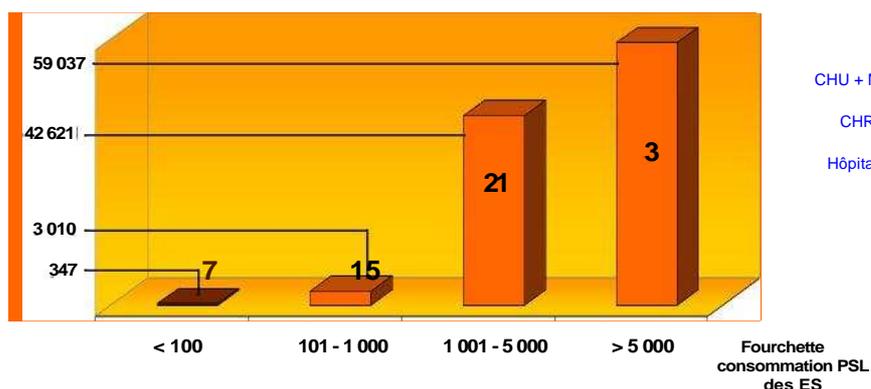
9 mai 2011

NOMBRE D'ES PAR VOLUME DE CONSOMMATION

46 Entités juridiques (54 ES transfuseurs) en Lorraine

Total PSL commandés

Nombre d'ES



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

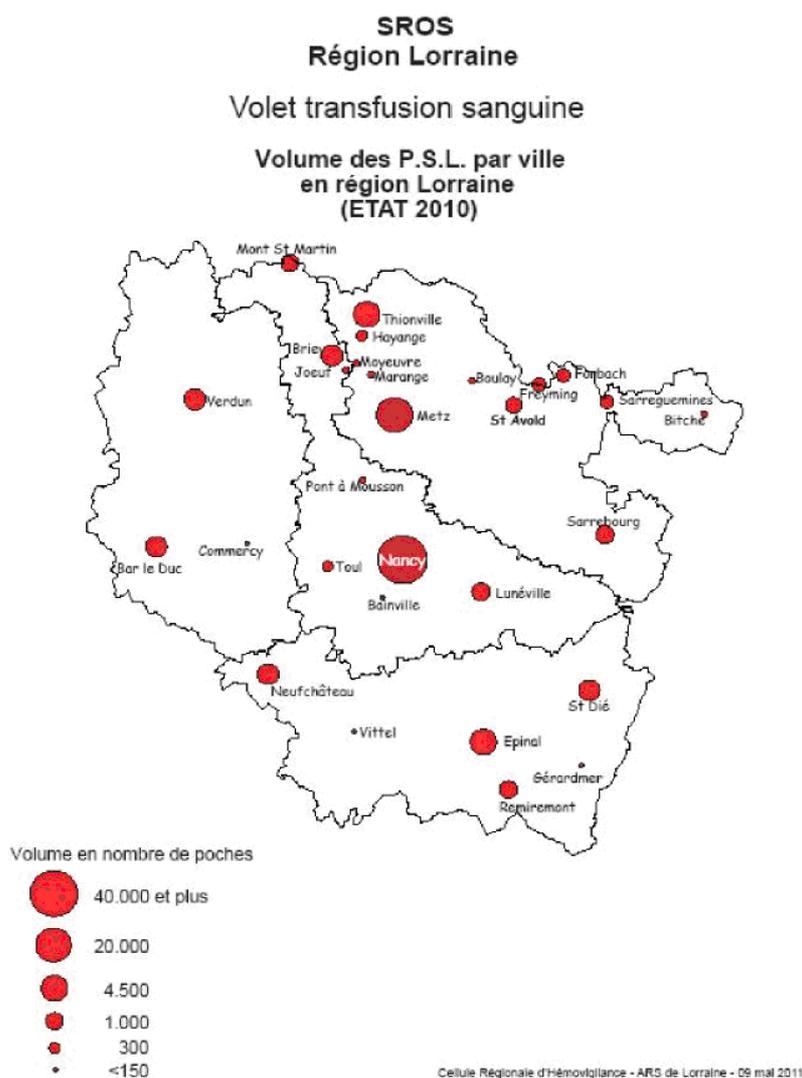
INFORMATISATION DES DEPOTS

Type de dépôt	Nbre	Informatisation Format-Pivot
Dépôt Délivrance	9	9
DU et Relais	5	5
(DU	11	9)
Tous dépôts	25	23

Rappel : l'informatisation des dépôts d'urgence n'est pas obligatoire

Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Vir y-Babel

9 mai 2011

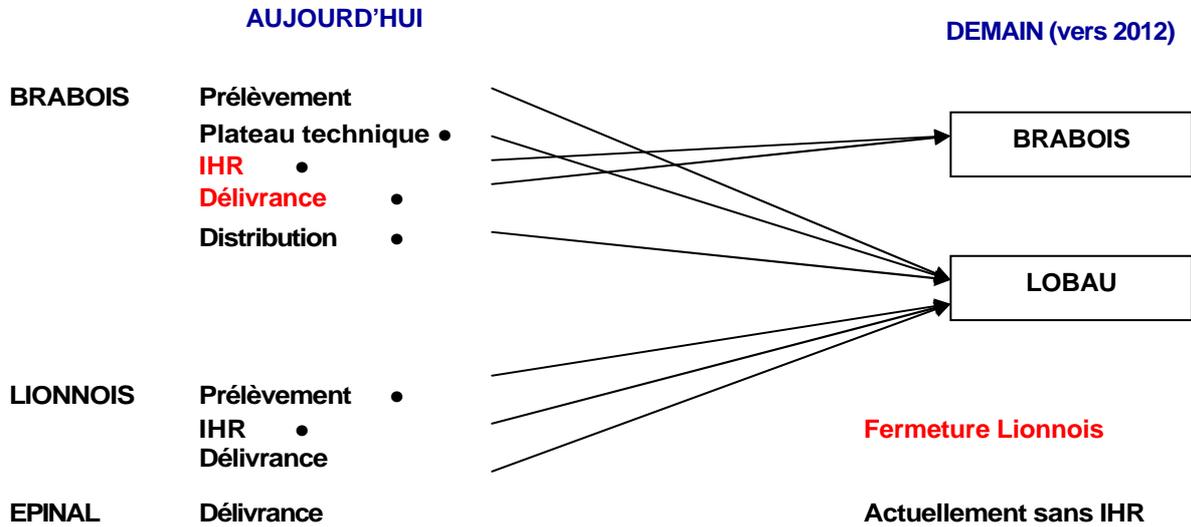


III. Les problématiques liées :

- aux restructurations de l'offre (bassin houiller)
- aux regroupements de laboratoires suite à l'ordonnance de la biologie médicale
- au déménagement d'un site de l'EFS (de Lionnois à Lobau)

EVOLUTION SROS SOTS

Les sites transfusionnels



Cellule Régionale d'Hémovigilance de Lorraine - Dr F. Viry-Babel - 9 mai 2011