



Projet Régional de Santé 2012-2017

— «Ensemble pour la santé
des lorrains»

Préambule

1 les principes d'action

1.1 Les trois facettes d'un Projet Régional de Santé

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

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

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

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

1.2 Le renouvellement des concepts

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Qui fait quoi ? Le nécessaire partage des responsabilités

1.3.1 Le rôle essentiel de l'ARS

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

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

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

1.3.2 Mais l'ARS ne peut pas tout

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

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

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

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

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

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

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

1.4 La nécessaire priorisation des actions

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

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

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

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

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

1.5 La volonté d'agir sur tous les leviers

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

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

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

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

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

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

1.6 Une évolution de la pratique des professionnels

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

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

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

1.7 La responsabilité de la mise en œuvre du PRS

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

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

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

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

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

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

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

Jean-François BENEVISE
Directeur Général de L'ARS Lorraine

REMERCIEMENTS

A vous tous,

Usagers,

Elus

Professionnels de santé

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

Professionnels de l'action médico-sociale

Représentants des partenaires institutionnels

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

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

SOMMAIRE

I. LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)	
Présentation du PSRS	3
Le diagnostic régional	6
Les priorités de la région Lorraine	15
L'organisation de l'évaluation et du suivi du PRS	38
II. LES SCHEMAS D'ORGANISATION	
Introduction	
II.1. Les thématiques transversales.....	
Introduction	2
Addictologie	3
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	26
Chirurgie dentaire	36
Prise en charge des Enfants/Adolescents.....	45
Maladies chroniques.....	60
Prise en charge des Personnes âgées/Personnes handicapées	70
Psychiatrie	189
II.2. Le Schéma Régional de Prévention (SRP)	
Introduction	2
Prévention et Promotion de la Santé.....	3
Vagusan	99
II.3. Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)	
II.4. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS)	
Introduction	2
L'offre de soins Ambulatoire.....	3
L'offre de soins Hospitalière	52
II.5. Annexes	
II.5.a. Annexes relatives aux thématiques transversales	
II.5.b. Annexes relatives au SRP.....	
II.5.c. Annexes relatives SROMS	
II.5.d. Annexes relatives au SROS-PRS	
II.5.e. Tableaux des objectifs opérationnels priorités.....	

III. LES PROGRAMMES.....

Introduction.....

III.1. PRAPS

III.2. Programme relatif au développement de la Télémédecine

III.3. PRIAC

III.4. PRGDR

GLOSSAIRE.....