

I. LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)

PREAMBULE

L'Agence Régionale de Santé de Lorraine, nouvelle autorité publique créée en avril 2010 sur la base de l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST), s'est vu confier le soin d'unifier un ensemble de démarches stratégiques préexistantes en faveur de la santé.

La mission de l'ARS est de piloter le système de santé, de définir et de mettre en œuvre la politique de santé publique dans la région en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités régionales, territoriales et des besoins de santé de la population.

Dans cette perspective, la loi dote les ARS d'un nouvel outil de planification et de régulation de la politique de santé : le Projet Régional de Santé (PRS).

Ce document de référence, défini par le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010, décrit la stratégie, l'organisation du système de santé et les plans d'actions prévus par l'ARS pour les cinq prochaines années sur ses champs de compétences : la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, l'accompagnement médico-social.

Il est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs du champ de la santé, des usagers et en articulation avec les autres politiques publiques, dans un souci de transparence et d'efficacité. Il est en effet arrêté par le Directeur Général de l'ARS sur avis du Préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux ainsi que de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Le PRS a pour ambition d'apporter une réponse globale, transversale, évolutive et efficiente aux problématiques de santé observées sur les territoires lorrains. Dans ce projet, il s'agit notamment de décloisonner les secteurs, d'adapter l'offre aux besoins des citoyens en respectant leurs droits, d'optimiser l'allocation de ressources et, enfin, d'organiser un suivi et une évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé.

Si le PRS est avant tout un outil régional, il est néanmoins conçu en tenant compte du cadre national :

- il s'inscrit dans les orientations nationales établies ou en cours de révision :
 - la 1^{ère} loi de santé publique du 9 août 2004 en cours de révision
 - la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005
 - le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2010-2013 signé entre l'Etat et l'ARS Lorraine le 8 février 2011
 - le contrat 2010-2013 Etat/UNCAM
 - les plans nationaux de santé
- il se conforme aux dispositions financières prévues dans les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité Sociale (respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie-ONDAM - fixé à 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012)
- il contribue aux trois priorités nationales transversales retenues par le Comité National de Pilotage des ARS :
 - améliorer l'espérance de vie en bonne santé
 - promouvoir l'égalité devant la santé
 - développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient.

Cette nouvelle approche de la santé déclinée au plan national et régional doit se concrétiser au niveau infrarégional au sein même des territoires de santé.

Aussi, une réflexion liminaire a conduit l'ARS de Lorraine à redéfinir le cadre de sa politique en arrêtant quatre territoires de santé en adéquation avec la logique transversale à ses champs d'action. Ils correspondent aux périmètres des départements de la Meuse, de la Meurthe et Moselle, de la Moselle et des Vosges permettant d'assurer une cohérence avec l'action des partenaires de l'ARS particulièrement les collectivités territoriales, les conseils généraux dans le champ médico-social et les préfets de département pour la veille et la sécurité sanitaire.

Ces territoires sont l'espace de définition juridique de l'action de l'ARS et les lieux d'exercice privilégiés de la démocratie sanitaire. Chacun est en effet doté d'une conférence de territoire, nouvellement installée, qui participera à l'émergence des futurs projets territoriaux de santé en cohérence avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique.

En deçà de ce cadre d'action formel, il s'agit d'organiser et structurer le niveau de soins de premier recours, porte d'entrée du système de santé, pour en assurer un égal accès sur l'ensemble du territoire lorrain. C'est là le cœur de l'action de l'ARS, portée par les animateurs territoriaux. Ces derniers ont le soin de coordonner l'ensemble des professionnels de santé, les structures et les services de proximité. Cette organisation doit permettre de répondre au plus près des besoins de nos concitoyens, notamment les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, en lien avec les collectivités.

Au-delà, il convient de structurer les activités de recours pour l'ensemble des équipements médico-sociaux et sanitaires dans le cadre régional et sur l'axe central du sillon Thionville-Metz-Nancy-Epinal. L'ambition est de mutualiser les ressources, valoriser les pôles d'excellence afin de rendre notre région plus attractive auprès des jeunes professionnels.

L'objet du présent document est d'exposer le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui est la première des trois composantes du Projet Régional de Santé lorrain. Le PSRS fixe à partir d'un diagnostic régional de santé le cadre général de la politique de l'ARS à travers des priorités et des objectifs pluriannuels stratégiques propres à la Lorraine.

Deux autres composantes viendront compléter le PSRS de façon plus opérationnelle conformément aux termes du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010. Il s'agit des schémas régionaux et des programmes d'application de ces schémas.

Présentation du PSRS

Le PSRS fixe le cadre stratégique transversal à tous les secteurs de la santé pour lesquels l'ARS est compétente. Placé au centre du PRS, il doit répondre aux enjeux d'une profonde transformation de l'action publique en faveur de la santé. C'est pourquoi, au regard d'un diagnostic régional, il identifie les priorités d'action de l'ARS ainsi que les objectifs stratégiques fixés en matière de prévention ; accès aux établissements, professionnels et services de santé ; réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ; qualité et efficacité des prises en charge ; respect des droits des usagers.

Les priorités ainsi définies ont vocation à être déclinées dans les schémas régionaux sectoriels que sont :

- le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) avec deux parties : ambulatoire et hospitalière,
- le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS),
- le Schéma Régional de Prévention (SRP).

ainsi que dans les programmes :

- le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS),
- le Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR),
- le programme de développement de la télémédecine,
- les Programmes Territoriaux de Santé (PTS).

Le diagnostic régional s'appuie sur :

- une évaluation des besoins de santé et de leur évolution tenant compte de la situation démographique, de l'état de santé de la population, des données sur les risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé et des données régionales en matière de santé et de handicap,
- une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Cette réflexion doit être conduite en coordination avec les autres politiques intervenant dans le domaine de la santé notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'organisation du suivi et de l'évaluation du PRS doit être pensée en amont du processus de mise en œuvre du PRS. L'ARS définit dans son PSRS les moyens lui permettant d'apprécier les effets de sa politique et l'atteinte de ses objectifs.

L'ensemble des points énoncés ci-avant, diagnostic régional, priorités régionales et objectifs stratégiques associés, suivi et évaluation du PRS, structure le présent document.

La méthode de conception du PSRS en région Lorraine

Pour orienter, coordonner et réaliser les travaux d'élaboration du PSRS, l'Agence Régionale de Santé de Lorraine a mis en place une architecture de projet : un comité de pilotage, un comité de consultation, une équipe projet et des groupes de travail essentiellement internes. Les acteurs de santé institutionnels, professionnels et les usagers ont été associés à la réflexion par l'intermédiaire d'un comité de consultation et la participation aux groupes.

Le diagnostic et les propositions de priorités ont été soumis à la concertation au sein des instances de la démocratie sanitaire instaurées par la loi HPST : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conférences de territoire et les deux commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI pour l'une et dans le domaine médico-social pour l'autre.

L'approche nouvelle initiée par la loi HPST a nécessité de développer un diagnostic global et transversal aux différents champs de compétences de l'ARS, focalisé sur le parcours de santé et d'accompagnement de la personne aux différents âges de la vie.

Cette approche rompt la méthodologie traditionnelle qui aurait conduit à dresser un bilan détaillé des actions de prévention menées dans le cadre des plans de santé publique des années antérieures ainsi que de l'organisation des soins ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux. On retrouvera cette démarche dans les travaux des différents schémas qui constituent la seconde étape de l'élaboration du PRS.

Ces notions de transversalité et de parcours de santé ont été étudiées sur cinq domaines thématiques :

- Le Handicap et vieillissement,
- Les Maladies chroniques,
- La Santé mentale,
- La Périnatalité, l'enfance et l'adolescence,
- Les Risques sanitaires.

Parallèlement, un état des lieux de la santé des lorrains a été réalisé avec la contribution de l'ORSAS de Lorraine, ainsi qu'une analyse de l'offre portant sur les champs ambulatoire, et hospitalier. La Lorraine ayant des frontières communes avec la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg, un focus a été réalisé sur l'offre transfrontalière.

L'analyse de l'ensemble de ces éléments a conduit, d'une part, à identifier les grandes problématiques de l'état de santé des lorrains et d'autre part, à apprécier la déclinaison des orientations de la loi en termes d'accès aux professionnels de santé, de qualité et d'efficacité de l'organisation de nos services.

Chaque groupe de travail a prolongé son diagnostic en proposant, sur son domaine, des priorités d'actions déclinées en objectifs et des mesures de coordination avec les autres politiques de santé. Ces propositions ont contribué, après synthèse, à la définition des priorités et des objectifs stratégiques structurant le PSRS, éléments soumis à la concertation.

Les objectifs stratégiques associés aux priorités ont été construits selon une arborescence à deux niveaux : les objectifs généraux et les objectifs spécifiques. En effet, chaque priorité du PSRS a été déclinée en objectifs généraux et chaque objectif général a été dissocié en objectifs spécifiques correspondant aux différents aspects de santé qu'il recouvre et/ou aux différents groupes de population concernés.

Dans le cadre des schémas et des programmes d'actions, des objectifs opérationnels viendront compléter cette arborescence d'objectifs. Ces objectifs opérationnels correspondent aux actions qui seront menées pour atteindre chaque objectif spécifique.

Le PSRS comprend les modalités d'évaluation du PRS en s'appuyant sur une gouvernance incluant les partenaires extérieurs.

Les mesures de coordination avec les différentes politiques de santé seront définies dans le cadre des objectifs opérationnels des schémas d'organisation.

Le diagnostic régional

Le présent diagnostic s'appuie sur les chiffres et analyses issus de « l'Atlas de la santé des lorrains » fournis par l'ORSAS Lorraine, daté de septembre 2010. Les données relatives à la population et à la structure économique de la région proviennent de l'Insee.

Une partie des données, fondées sur des estimations provisoires ou des projections, est susceptible d'évoluer et donc de modifier la valeur de certains indicateurs contenus dans ce document.

Des disparités géo-démographiques

a. Une région frontalière, inégalement peuplée

Au 1^{er} janvier 2008, la Lorraine compte 2 346 361 habitants, répartis très inégalement sur les quatre départements qui composent la région. Les départements de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle sont les plus peuplés, avec respectivement 1 042 230 et 729 768 habitants. Dans ces deux départements, fortement urbanisés, les densités de population sont très supérieures à la densité moyenne régionale (99 habitants au km²). La Moselle compte 167 habitants au km², la Meurthe-et-Moselle en compte 139.

Les départements des Vosges et de la Meuse sont les moins peuplés, avec respectivement 380 145 et 194 218 habitants. Dans ces deux départements, plus ruraux, les densités de population sont très inférieures à la moyenne régionale, avec 65 habitants au km² dans les Vosges et 31 dans la Meuse.

Indépendamment de ce découpage administratif, une part importante de la population lorraine est concentrée autour du « sillon lorrain », qui s'étend du massif des Vosges au sud, à la frontière luxembourgeoise au nord, sur un tracé passant par Épinal, Nancy, Metz et Thionville.

b. Un renouveau démographique faible et contrasté

Après la stagnation observée durant la décennie 90, la population lorraine croît à nouveau au rythme annuel moyen de 0,16% sur la période 1999-2007, soit une augmentation d'environ 3700 habitants par an. Ce rebond démographique n'est pas dû à une hausse du solde naturel – écart entre naissances et décès - égal à 0,3% - puisque ce dernier est stable depuis le début des années 90. Il résulte uniquement d'une amélioration relative du solde migratoire -écart entre le nombre de personnes qui se sont installées en Lorraine et le nombre de personnes qui en sont sorties sur une période donnée - qui passe de -0,3% sur la période 1990-1999 à -0,1% sur la période 1999-2007. Cette remontée relative du solde migratoire est corrélée au développement du marché du travail luxembourgeois qui a pour effet de maintenir voire attirer la population active en Lorraine et de développer l'emploi frontalier. Cette reprise démographique est toutefois très inférieure à celle observée au niveau national. Sur la même période (1999-2007), le rythme annuel moyen de croissance de la population française est égal à 0,7%. Ce différentiel de dynamisme démographique est davantage imputable au solde migratoire (+0,3% au niveau national contre -0,1% en Lorraine) qu'au solde naturel (+0,4% contre 0,3% en Lorraine).

Avec la modification du solde migratoire au cours de cette dernière décennie, les exercices de projection de population ont été fortement modifiés. Au début des années 2000, dans les scénarii retenus, la population lorraine diminuait dès 2011. Avec la remontée du solde migratoire, le retournement démographique ne devrait se produire qu'après 2021. Mais là encore, les choses sont susceptibles d'évoluer sous l'effet des mutations économiques du territoire lorrain, et notamment du renforcement ou non du travail frontalier à destination du Luxembourg.

Au niveau départemental, les évolutions démographiques récentes (période 1999-2007) sont contrastées. Le département des Vosges est le seul département lorrain dans lequel la population est en baisse, de 0,2% sur la période 1999-2008. Les plus fortes baisses de population sont concentrées dans l'ouest et le sud du département.

Parmi les autres départements, la Meurthe-et-Moselle affiche la croissance démographique la plus élevée, avec une hausse de 2,2% de sa population entre 1999 et 2008. En Moselle, l'évolution démographique est de 1,8%, mais avec de forts contrastes infra-départementaux : autour de Thionville, la population augmente du fait du développement du travail frontalier ; dans le bassin houiller, la population diminue notamment du fait de la fermeture des Houillères du Bassin de Lorraine. Enfin, la Meuse semble tourner la page du déclin démographique avec une hausse de 1,1% sur la période 1999-2007. Dans ce département, les dynamiques de populations sont également extrêmement diverses, le nord bénéficiant de l'attractivité frontalière vers la Belgique. De façon générale, la Meuse affiche un clivage Est-Ouest important, l'Est porté par une hausse de population alors que l'Ouest continue de voir sa population diminuer.

A l'horizon 2021, la population devrait continuer de croître dans trois départements lorrains. Seules les Vosges, où la baisse démographique est déjà amorcée, devrait voir sa population baisser dans la décennie prochaine.

c. Un vieillissement de la population

Quel que soit le scénario démographique retenu, la population française est vieillissante. Ces constats sont également valables pour la Lorraine dans des proportions pour l'instant comparables au niveau national mais les écarts devraient se creuser à l'horizon 2030.

Au 1^{er} janvier 2008, 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% France entière. Cet écart défavorable à la Lorraine devrait aller en s'amplifiant : en 2030, la part des lorrains âgés de moins de 20 ans serait de 21,1%, soit 1,5 point de moins qu'au niveau national. Toutefois, cette tendance pourrait être contenue par un renforcement de l'attractivité des pôles universitaires de Metz et de Nancy, ce dernier comptant actuellement 45 000 étudiants (5^{ème} rang français).

Au 1^{er} janvier 2008, plus d'un lorrain sur cinq (21,6%) est âgé de 60 ans ou plus, contre 21,7% au niveau national. Pourtant, la Lorraine est une région qui vieillira plus rapidement que l'ensemble des régions françaises. Ainsi, en projection à l'horizon 2030, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteront près de 31% de la population totale en Lorraine, contre 29,3% en France métropolitaine. De même, 8,4% des lorrains sont âgés de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2008, contre 8,6% au niveau national. D'ici à 2030, la population de cette classe d'âge devrait augmenter de plus de 60% en Lorraine. Ainsi, en 2030, plus d'un lorrain sur huit sera âgé de 75 ans et plus.

Une région confrontée à ses difficultés économiques et sociales

Une économie frappée par la crise ...

En 2009, plus des deux tiers (68,7%) de la valeur ajoutée produite en Lorraine provient du secteur des services, marchands ou non. Depuis deux décennies, la structure de l'économie régionale tend à converger vers le niveau national, avec toutefois quelques différences en lien avec le passé industriel de la région. Ainsi, la part des services marchands dans la valeur ajoutée reste significativement en deçà du niveau national. A l'inverse, avec notamment le maintien d'activités dans la sidérurgie et la construction automobile, l'industrie représente encore 15,8% de la richesse produite en Lorraine, soit 3,3 points de plus qu'en moyenne nationale. Le poids du secteur industriel se mesure également au travers de sa part dans l'emploi total : au 31 décembre 2008, 17,9% de la population active occupée lorraine travaille dans l'industrie contre 13,9% pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Depuis le début des années 2000, l'économie régionale peine à créer des emplois. En effet, entre 2000 et 2006, la Lorraine est l'une des rares régions françaises à avoir enregistré une baisse du nombre de ses emplois salariés avec 8 900 postes en moins. Cette diminution de l'emploi salarié est imputable aux pertes d'emploi dans l'industrie, excédant les créations dans le secteur tertiaire ou la construction.

L'économie lorraine a très fortement souffert de la crise économique qui a débuté en 2008. Ainsi, en 2009, l'emploi salarié régional recule de 2,8% soit une perte de 14 000 emplois en un an seulement, dont plus de la moitié dans l'industrie. La crise économique mondiale frappe durement l'économie lorraine, du fait de son exposition forte à la demande des entreprises allemandes. Avec la crise, les exportations, notamment vers l'Allemagne, se sont effondrées, le chômage a grimpé en flèche. Au commencement de la crise (juin 2008), le taux de chômage lorrain est de 7,5% contre 7,2% au niveau national. Deux ans plus tard, le taux de chômage lorrain est repassé au dessus de la barre des 10% et l'écart avec le niveau national (9,3%) s'est creusé. En juin 2008, 28 000 lorrains étaient à la recherche d'un emploi depuis plus d'un an ; deux ans plus tard, ils sont plus de 50 000.

Ce faible dynamisme est toutefois partiellement compensé par le fort développement du travail frontalier induit par la croissance de l'économie luxembourgeoise. La Lorraine compte environ 100 000 travailleurs frontaliers dont près des trois quarts travaillent au Grand Duché. Les besoins de main d'œuvre du Luxembourg expliquent en grande partie l'amélioration relative du solde migratoire de la région entre 1999 et 2007.

... aux conséquences sociales encore mal évaluées

A défaut de bénéficier du recul suffisant pour mesurer les effets de la crise sur la pauvreté en Lorraine, il est plus que probable que la crise ait amplifié les phénomènes et constats existants. En 2007, le taux de pauvreté lorrain était supérieur au taux français : 13,9% contre 13,4%. Le niveau de bas revenus (1^{er} décile) lorrain était de 6540 € proche du national (6573 €). Fin 2008, le taux de bénéficiaires du RMI en Lorraine est de 6,1% (pour 100 ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 59 ans), taux proche du niveau national (6%). Avec cependant des différences départementales : la Meurthe-et-Moselle détient le taux de RMI le plus élevé (7,3%), suivie par la Meuse (6,5%), les Vosges (5,6%) et la Moselle (5,4%). Fin 2009, le taux d'allocataires du minimum vieillesse (régime général) en Lorraine est inférieur au taux national : 2,3 % contre 3,1%. Enfin, concernant l'accès à la santé des plus défavorisés, le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire est de 5,1% en Lorraine (données 2009) contre 5,7% au niveau national.

Des risques sanitaires et environnementaux diversifiés

La présence de risques est diversifiée et quantitativement inégale selon les départements lorrains. Outre ceux liés aux axes de transport, existent des risques relatifs :

- aux couloirs d'inondations dans les vallées fluviales du sud vers le nord (Meuse, Moselle, Meurthe),
- aux complexes industriels majeurs implantés dans les départements de Moselle et de Meurthe-et-Moselle,
- à la centrale nucléaire de Cattenom au nord de la Moselle,
- aux zones d'effondrements miniers dans les bassins ferrifère, houiller et salifère,
- et à la présence d'armes chimiques anciennes (1^{ère} guerre mondiale) dans le nord de la région.

En matière de santé environnementale, des spécificités régionales ont été mises en lumière. Dans les massifs vosgiens, des risques sont liés à la présence d'eaux impropres à la consommation car agressives et à la présence de radon, substance radioactive, également présente dans les bassins ferrifère et houiller. Deux tiers des captages d'eau en Lorraine disposent d'un périmètre de protection alors que l'objectif affiché est de sécuriser la totalité des points de captage. La qualité de l'air extérieur est en général bonne même s'il subsiste des dépassements de valeurs limites à proximité de certains secteurs industriels et routiers. En revanche, la qualité de l'air dans l'habitat reste une préoccupation en Lorraine, région dans laquelle 4% de la population vit dans un logement potentiellement indigne ; avec une préoccupation forte pour les intoxications au monoxyde de carbone.

En ce qui concerne le risque sanitaire lié au travail, 15,7 % des salariés lorrains sont ou seront exposés à un ou plusieurs facteurs cancérogènes au cours de leur activité professionnelle (source : enquête Sumer 2003). La Lorraine est la 4^{ème} région concernée par la gestion, le traitement et la requalification de sols pollués et des friches industrielles.

Des indicateurs de l'état de santé défavorables par rapport au national

Une espérance de vie qui augmente tout en restant inférieure au niveau national

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en Lorraine est de 76,3 ans pour les hommes et de 83,1 ans pour les femmes. Sa progression s'inscrit dans la tendance nationale, sans toutefois parvenir à combler son retard. Elle reste inférieure de 1,2 an à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes. La Lorraine reste parmi les régions françaises où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible ; elle occupe le 17^{ème} rang pour les hommes et le 20^{ème} pour les femmes. Les écarts avec les régions françaises les mieux classées (Rhône-Alpes, Ile de France) sont supérieurs à 2 ans, laissant entrevoir des améliorations encore possibles.

L'élévation de l'espérance de vie est liée à la réduction de la mortalité à tous les âges de la vie. Concernant la mortalité infantile, sur la période 2005-2007, le taux de mortalité annuel moyen en Lorraine est de 4,4 pour mille naissances, contre 3,7 au niveau national. Ainsi, malgré la baisse tendancielle de la mortalité infantile, la Lorraine affiche toujours des résultats en deçà des résultats nationaux.

Une surmortalité notamment prématurée (avant 65 ans)

En Lorraine, sur la période 2005-2007, le taux comparatif annuel de mortalité est égal à 836 pour 100 000 habitants en Lorraine alors qu'il est de 750 en France. Cette « surmortalité » est significative pour l'ensemble des territoires de santé de proximité, à l'exception de celui de Nancy où le taux de mortalité est légèrement inférieur à celui enregistré nationalement.

Dans certains territoires de santé de proximité, les niveaux de mortalité élevés nécessitent des actions ciblées, à l'instar du Saulnois qui détient le taux de mortalité le plus élevé de Lorraine avec 985 décès pour 100 000 habitants. Dans une moindre mesure, d'autres territoires comme le Bassin Houiller, Sarreguemines-Bitche ou le Val de Lorraine présentent une surmortalité significative relativement au niveau national, mais également régional. Les maladies chroniques sont les principales causes de cette surmortalité, tumeurs et maladies circulatoires sont responsables de près de six décès sur dix (57,6%).

Dans la région, la mortalité prématurée (avant 65 ans) a reculé de près de 15% entre les périodes 1995-1997 et 2005-2007. Cette baisse, plus sensible chez les hommes que chez les femmes, suit la tendance observée au niveau national. Toutefois, le taux de mortalité prématurée en Lorraine reste supérieur au niveau national. Entre 2005 et 2007, le taux comparatif de mortalité prématurée est de 202 pour 100 000 habitants en Lorraine contre 187 en France métropolitaine. Du fait de comportements à risque plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, la mortalité prématurée représente 28% des décès masculins contre 14% des décès féminins. La mortalité prématurée serait pour moitié évitable, soit par changement des comportements individuels, soit par le développement d'actions de prévention et de dépistage.

Une offre de santé inégalement répartie

a. Une offre de soins ambulatoire inférieure au niveau national et inégalement répartie

En Lorraine, l'offre de soins ambulatoire est fragilisée. Un déficit global est constaté sur certains territoires. Il s'accroît au regard des perspectives démographiques de certaines professions.

Les médecins généralistes libéraux :

Au 31 décembre 2009, en Lorraine, le nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (106,6) est inférieur à celui de la France (111,3). On constate de fortes disparités de densité entre les départements.

Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 31/12/2009					
Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
121,9	86,7	102,5	98,7	106,6	111,3

Source : DREES, ADELI

Les densités les plus élevées sont observées en ville. Le territoire de Nancy et de son agglomération enregistre la plus forte densité avec 152,7 généralistes pour 100 000 habitants. Celle du territoire de Metz est également relativement élevée : 117,5.

Les densités sont plus faibles dans les territoires à dominante rurale tels que la Meuse du Nord (81,4 pour 100 000), ou le Cœur de Lorraine (Saint-Mihiel, 88,3). Elles sont également basses dans les territoires ayant un passé minier. On dénombre ainsi 85,7 médecins pour 100 000 habitants dans le Bassin Houiller et 87 dans le Bassin de Briey.

L'étude de la pyramide des âges des médecins généralistes révèle que 40% d'entre eux ont plus de 55 ans. Dans le rapport de l'ONDPS 2006-2007, une estimation fait état de 700 départs potentiels en retraite d'ici à 2015. Les remplacements sont loin d'être assurés, étant donné que près d'un médecin généraliste jeune diplômé ne fait pas le choix de s'installer en cabinet. Ces éléments combinés laissent entrevoir très prochainement des inadéquations accrues entre besoin et offre. Cette inadéquation sera d'autant plus forte sur les territoires déjà actuellement peu dotés en médecins.

Les médecins spécialistes libéraux

Au 31 décembre 2009, la Lorraine compte 64 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants contre 68,2 en France.

Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 31/12/2009					
Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
83,6	30,5	62,7	47,4	64	88,2

Les plus fortes concentrations se trouvent sur le territoire de Nancy : 155,4 pour 100 000 habitants et dans une moindre mesure sur celui de Metz et de son agglomération : 91,5. A l'opposé, la présence des médecins spécialistes libéraux est très faible dans les territoires à dominante rurale. Par exemple, on compte seulement 4 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans le Cœur de Lorraine (Saint-Mihiel) et 6,8 pour 100 000 dans le Saulnois.

La pyramide des âges des médecins spécialistes est elle aussi préoccupante : 53% d'entre eux ont plus de 55 ans. Un rapport du comité régional de l'ONDPS, daté d'octobre 2007, indique que près de la moitié des médecins spécialistes formés à Nancy ne s'installent pas dans la région. Ces éléments concourent à fragiliser à terme l'offre de soins en médecine spécialisée.

Les autres professionnels de santé libéraux

S'agissant des autres professionnels de santé libéraux (chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...), leurs densités en Lorraine sont, elles aussi, inférieures à la moyenne nationale.

L'écart le plus important concerne les masseurs kinésithérapeutes. Leur densité est égale à 58,4 pour 100 000 en Lorraine contre 86 en France. Le département le plus pourvu est la Meurthe et Moselle avec 65,5 (84,7 pour le territoire de Nancy et son agglomération), celui le moins pourvu est la Meuse avec 48 (34 pour le pays du haut de val de Meuse).

En Lorraine, la densité des chirurgiens dentistes est de 57,9 pour 100 000, elle est située en dessous du niveau national : 60,7. Elle varie fortement d'un département à l'autre.

La Meurthe et Moselle possède une densité 2 fois plus élevée que la Meuse, 67,7 contre 33,6, avec une densité qui s'élève à 91,6 sur le territoire de Nancy et son agglomération.

Le nombre d'infirmiers pour 100 000 lorrains est de 102,5, en dessous du niveau national : 119,7, avec des écarts infrarégionaux importants, à titre d'exemple citons le pays de Sarrebourg : 163 et le pays du bassin de Briey : 70,1. Le territoire de santé le plus doté est la Moselle : 117,9, celui le moins doté les Vosges avec 83,2 infirmiers pour 100 000 habitants.

b. Une offre de soins hospitalière abondante concentrée sur le sillon lorrain

La Lorraine apparaît aujourd'hui comme une région globalement sur-dotée avec une offre sanitaire insuffisamment diversifiée. Marquée par un fort passé industriel, l'offre hospitalière lorraine doit nécessairement évoluer tant dans son dimensionnement que dans sa nature.

En 2009, le taux d'équipement en lits et places en MCO est égal à 4,37 pour 1000 habitants contre 3,86 en métropole.

Certaines disciplines et prises en charge sont territorialement doublonnées, au risque de nuire à la lisibilité des filières et à la performance globale de l'offre de soins. Par ailleurs, des plateaux techniques se révèlent surdimensionnés et imparfaitement optimisés.

L'offre hospitalière de second recours est concentrée autour du sillon lorrain avec un CHRU à Nancy et un CHR à Metz-Thionville, ces deux établissements s'étant récemment engagés au sein d'une Communauté Hospitalière de Territoire.

L'offre hospitalière « périphérique » au sillon lorrain présente des configurations diverses.

Le département des Vosges est équipé de 4 centres hospitaliers généraux MCO et d'une offre privée essentiellement positionnée sur le secteur d'Epinal. Par ailleurs, les Vosges sont maillées par 11 ex-hôpitaux locaux, établissements sans plateau technique et développant une offre médico-sociale importante.

La Moselle possède une offre sanitaire relativement dense, essentiellement structurée autour de deux axes : d'une part, la zone de Metz-Thionville et, d'autre part, la Moselle Est comprenant le bassin houiller et Sarreguemines. Ce dernier territoire, compte tenu de son équipement historique, présente un fort besoin de restructuration. Le département de Moselle est également exposé à l'attractivité des établissements de l'Alsace et d'Allemagne. En Meuse l'offre de soins MCO est portée par 5 établissements de santé dont 2 CH généraux et une clinique privée. Une coopération public/privé est constituée sur le territoire de Bar-le-Duc.

La Meurthe-et-Moselle dispose d'une offre MCO importante, essentiellement concentrée sur l'agglomération nancéienne et avec des plateaux techniques très modernes. Le département se caractérise également par le positionnement de plusieurs établissements de recours régional voire interrégional ; au nord, une forte coopération franco-belge est en cours de déploiement.

En Soins de Suite et Réadaptation (SSR), le taux d'équipement en lits et places est de 1,6 pour 1000 habitants équivalent à celui de la métropole : 1,69. Cependant, l'offre en SSR est très inégalement répartie sur le territoire lorrain : le taux d'équipement varie de 1,46 en Meuse à 2,22 dans les Vosges, le taux en Moselle étant de 1,78 et en Meurthe et Moselle de 1,95. Certaines structures situées en Meurthe et Moselle disposent d'un rayonnement régional.

On identifie une problématique de l'aval SSR.

La mise en œuvre d'une offre partiellement spécialisée en SSR et la fluidité des filières constituent des enjeux importants.

Dans un contexte de nécessaire résorption des déficits et d'évolution des modalités de financement, l'offre hospitalière lorraine doit gagner en efficacité (existence d'indicateurs de performance peu favorables) :

- certains établissements présentent des durées moyennes de séjour (DMS) longues et des taux d'occupation faibles,
- certains blocs opératoires et équipements matériels lourds sont sous-utilisés,
- les alternatives à l'hospitalisation sont insuffisamment développées (Hospitalisation à Domicile, Hospitalisation de Jour, chirurgie ambulatoire),
- des filières de soins gériatriques restent à développer et à optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de plus de 75 ans).

Enfin, une meilleure articulation de l'offre hospitalière avec la médecine de ville et les structures médico-sociales reste à promouvoir.

Concernant la démographie médicale, au 1/1/2010 les effectifs à l'hôpital public sont de 306 généralistes soit 14 % des effectifs Lorrains contre 15 % en France métropolitaine et pour les spécialistes de 1306 soit 39% contre 36% des effectifs en France métropolitaine.

Certaines spécialités présentent, tous secteurs confondus, un taux de médecins pour 100 000 habitants beaucoup plus faible que le taux national. C'est le cas en particulier pour le secteur public pour les spécialités : anatomie et cytologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, ophtalmologie et biologie médicale qui présentent des taux pour 100 000 habitants faibles et en écart de plus de 15 points par rapport au national.

c. Une offre de soins médico-sociale globalement abondante, diversifiée et inégalement répartie

L'offre médico-sociale en Lorraine est abondante et inégalement répartie sur le territoire.

Concernant la prise en charge des personnes âgées :

En Lorraine, les taux d'équipements sont supérieurs à ceux du niveau national à l'exception des services de soins infirmiers à domicile malgré une politique lorraine volontariste de création de places sur la période 2006/2009 : 1141 places. De même l'offre en structures médicalisées a été renforcée par le financement de 1747 places d'EHPAD sur la période 2006/2009. On observe néanmoins d'importantes disparités départementales. Par exemple, s'agissant des structures d'hébergement, au 1^{er} janvier 2010, le taux d'équipement dans les Vosges s'élève à 157,8 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans (taux régional : 126,5 et taux national : 121,7) alors que la Moselle affiche un taux de 110,9.

La Lorraine s'est engagée dans la mise en œuvre des mesures du plan Alzheimer: unités spécialisées, Pôle d'Activités et des Soins Adaptés (PASA), Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) renforcé, une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) expérimentale.

La région possède des services de maintien à domicile et coordination maillant correctement le territoire.

Des réseaux gérontologiques sont présents en Meurthe et Moselle, Moselle et Meuse.

Concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap :

Le taux d'équipement (pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) des établissements lorrains pour enfants (10,9 lits et places installés au 01/01/2010 - STATISS) est supérieur au taux national (9,1). Il présente cependant des disparités entre départements et types de déficiences. Le taux Meurthe et mosellan s'élève à 12,8 (en raison de la présence d'établissements à recrutement régional, voire extrarégional) tandis que celui des Vosges est le plus bas de la région : 9,34.

Pour l'accueil des adultes handicapés, la Lorraine possède des taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et en Etablissements et Services d'Aides par le Travail (ESAT) supérieurs à la moyenne nationale et des taux inférieurs en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et Foyer de vie. Là encore il existe des disparités territoriales. On observe une grande concentration de l'offre sur les grandes agglomérations de Nancy, Metz, Epinal et sur le bassin houiller. Les Vosges centrales, le Lunévillois et le Saulnois sont des territoires bien pourvus. Les territoires les plus déficitaires sont le sud ouest de la Meurthe et Moselle, Sarreguemines, Briey, Remiremont et la Déodatie.

A noter également la persistance d'accueil de personnes handicapées en Belgique (164 personnes en 2008), mettant en évidence une problématique de prise en charge en Lorraine.

Deux besoins régionaux sont identifiés sur le champ du handicap :

- l'équipement doit mieux répondre aux besoins spécifiques (enfants avec troubles du comportement, autistes, cérébrrolésés, handicap psychique, vieillissement des personnes handicapées) ainsi qu'aux choix de vie (accompagnement à domicile),
- les mutualisations et les coopérations entre les structures doivent être développées, aussi bien pour les adultes que pour les enfants.

La consommation de soins

En Lorraine les dépenses assurance maladie 2010 du régime général se répartissent de la façon suivante :

- Soins de ville : 44,3%
- Etablissements : 45,2%
- Médico-social : 10,4%

La Lorraine présente une consommation de soins élevée si on la rapporte aux autres régions françaises. La consommation moyenne par personne est supérieure de 7% à la moyenne nationale en soins de ville et en soins hospitaliers.

Consommations observée en 2007 standardisée et rapportée à la population Insee

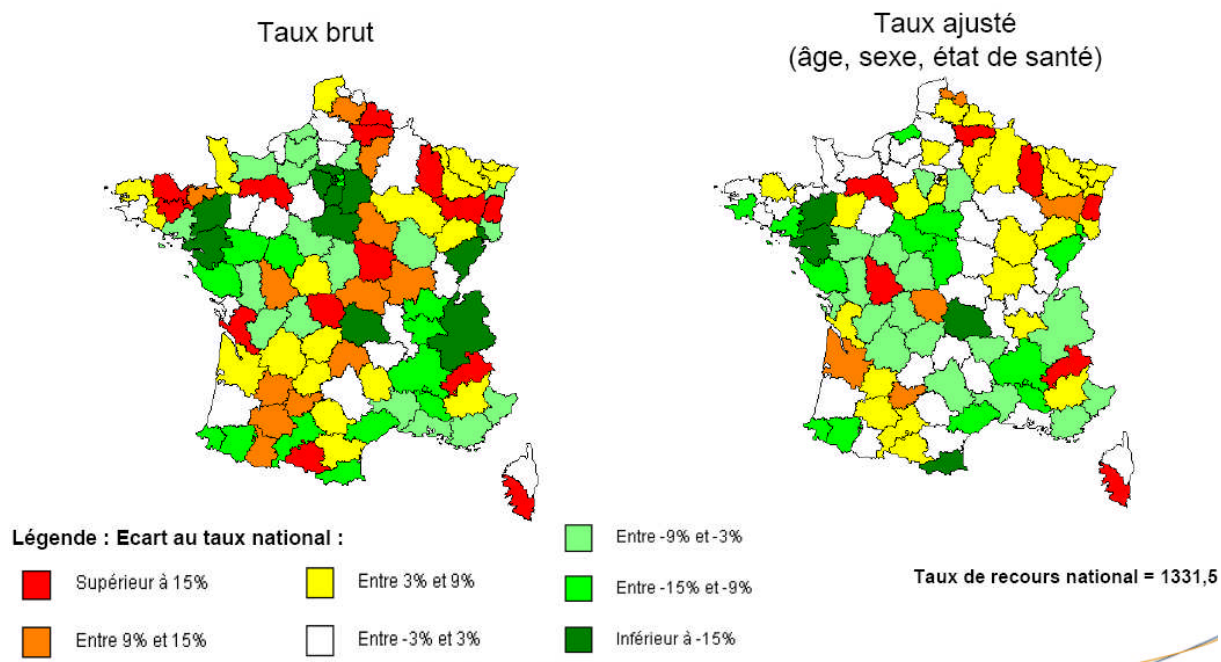
	Lorraine	France Métropolitaine	Ecart
soins de ville	1026 €	960€	6,9%
soins hospitaliers de court séjour tous régimes	676 €	632€	7%

Source : soins de ville hors honoraire des cliniques privées - SNIRAM, CNAMTS, INSEE
Soins hospitalier - PMSI, INSEE

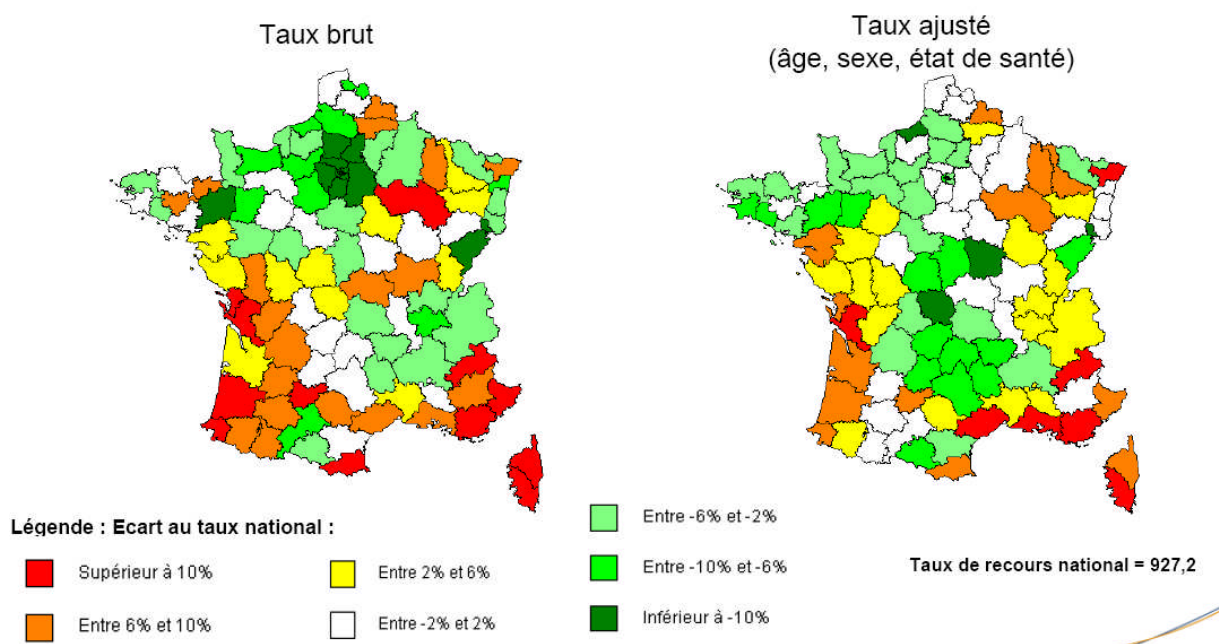
Le constat sur la disparité de la consommation au niveau des régions et des territoires peut être expliqué en partie par l'état de santé de la population appréhendé par la mortalité. La région Lorraine comme la Picardie et le Nord Pas de Calais a, à la fois une forte consommation hospitalière et un taux de mortalité élevé.

Cependant le niveau de consommation lorrain demeure plus élevé que la moyenne même en tenant compte du taux de mortalité.

Taux de recours médecine (hors techniques interventionnelles)



Taux de recours chirurgie (GHM en C)



Les priorités de la région Lorraine

Le projet stratégique régional de santé identifie des priorités qui vont structurer l'ensemble de l'action de l'ARS et qui se déclineront dans les schémas d'organisation sectoriels (prévention et promotion de la santé ; organisation des soins ambulatoires et hospitaliers ; organisation des accompagnements et soins médico-sociaux) ainsi que dans les programmes d'actions spécifiques.

Ces priorités résultent des grandes caractéristiques de l'organisation du système de santé lorrain au regard des besoins identifiés et, en particulier, de l'état de santé de la population. Elles ne sont pas pour autant exhaustives de l'ensemble des problématiques recensées qui pourront par ailleurs et en complément ressortir d'un diagnostic plus affiné et décliné sur chacun des champs d'action spécifique.

Elles sont également définies dans le cadre des orientations générales de la loi et des perspectives d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, d'amélioration de l'accès aux soins et du développement de la qualité et de l'efficacité du système de santé.

Ainsi, les éléments marquants du diagnostic de la région lorraine sont :

- Un niveau de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale dans les 4 territoires de santé. Les principales causes évitables sont représentées par les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires et les suicides.
- Une concentration de l'offre de soins ambulatoire, hospitalière et médico-sociale sur un axe Thionville, Metz, Nancy susceptible d'engendrer des difficultés en termes d'égal accès aux soins, notamment dans les zones plus rurales qui connaissent une démographie des professionnels de santé plus faible.
- Le vieillissement de la population lorraine et le souci de développer des réponses de prises en charge en meilleure adéquation aux besoins nécessitent une réflexion spécifique sur l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
- Une offre de soins hospitalière et médico-sociale satisfaisante au regard de l'importance de l'équipement, mais dont l'adéquation aux besoins spécifiques identifiés est à ajuster. La qualité et l'efficacité des prises en charge sont également à développer.

C'est autour de ces quatre constats que sont définies les priorités d'action du PSRS, sans hiérarchisation de l'ampleur ou de la sévérité de chacune des problématiques.

L'ARS de Lorraine a donc retenu quatre priorités régionales :

- Priorité 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en lorraine : les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et le suicide.
- Priorité 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS.
- Priorité 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Priorité 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficace. *Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment ».*

Priorité régionale 1

Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine : les tumeurs, les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires et le suicide

Sur la période 2005-2007, près de 21 000 personnes décèdent annuellement en Lorraine. Parmi les principales causes de mortalité figurent les tumeurs et les maladies circulatoires, responsables de près de 60% des décès (57,6%). Ensuite viennent les maladies respiratoires qui sont à l'origine de plus de 7% des décès, avec des taux de mortalité élevés dans les TSP du Saulnois et du Bassin Houiller, notamment.

Depuis 2004, les tumeurs constituent la première cause de mortalité régionale avec près de 6200 décès. Elles devancent les maladies circulatoires qui sont responsables annuellement de près de 5800 décès. Toutefois, ces dernières restent au premier rang régional pour le nombre de déclarations en ALD et en nombre d'hospitalisations.

La Lorraine fait partie des régions françaises dans lesquelles la mortalité par tumeurs et maladies circulatoires est significativement plus élevée qu'au niveau national et ce, à structures d'âge et de sexe égales. Le taux de mortalité régional par tumeur maligne est 238 décès pour 100 000 habitants, contre 220 en France métropolitaine.

Pour les maladies de l'appareil circulatoire, les taux sont respectivement de 236 et 210 pour 100 000 habitants. Tumeurs et maladies circulatoires sont également les principales causes de mortalité prématurée, c'est-à-dire celle survenant avant l'âge de 65 ans.

De plus, avant 65 ans, le suicide est une cause importante de décès, avec une prévalence plus forte dans les territoires ruraux. Depuis les années 2000, le taux de décès par suicide en Lorraine augmente, contrairement à la tendance nationale. Le suicide touche en majorité les hommes de la tranche d'âge 45-54 ans.

Objectif général n° 1

Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires

Objectif spécifique 1-1

Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de l'Assurance Maladie

L'examen de l'état de santé des lorrains met en évidence une augmentation de la part des maladies chroniques dans l'ensemble des causes de mortalité. Cette augmentation résulte en partie du vieillissement de la population, de fait plus exposée à la survenance de pathologies chroniques. Elle est également imputable à l'amélioration de l'espérance de vie, associée à une forte diminution de la mortalité causée par les maladies infectieuses et à un allongement de la durée de vie des malades atteints de pathologies chroniques.

Un besoin fort se fait sentir de développer un système d'informations orienté autour du suivi des maladies chroniques en Lorraine et des personnes qui en sont atteintes. Actuellement, l'observation épidémiologique des maladies chroniques repose principalement sur le taux de déclaration en Affection de Longue Durée (ALD), le taux d'hospitalisation, ainsi que le taux de mortalité.

L'indicateur relatif aux ALD est entaché de biais car les pratiques de déclaration ne sont pas homogènes.

La prise en charge des maladies chroniques ne relève pas uniquement des soins fournis en établissement de santé, mais est également dévolue pour une part importante à la médecine ambulatoire. Aussi, le taux d'hospitalisation, à lui seul, est insuffisant pour décrire de façon complète l'activité de soins autour des maladies chroniques.

Enfin, il n'existe pas d'indicateur permettant de mesurer l'allongement de l'espérance de vie pour ces malades.

Il convient donc de construire un système d'information couvrant l'ensemble du champ de la santé, ambulatoire et hospitalier, afin de mieux appréhender la morbidité associée aux maladies chroniques. Cela passera par un renforcement de l'exploitation du PMSI et des données de l'Assurance Maladie.

Objectif spécifique 1-2

Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle

La mortalité prématurée correspond à la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. Le taux de mortalité prématurée lorrain est de 202 pour 100 000 habitants contre 187 au niveau national, soit significativement supérieur au niveau national. Sur la période 2005-2007, plus de 4300 lorrains décèdent annuellement avant l'âge de 65 ans, dont environ la moitié de pathologies considérées comme évitables.

Ce caractère évitable peut résulter d'une modification des comportements individuels, notamment en lien avec le tabagisme et l'abus d'alcool, ou de l'organisation de campagnes collectives de dépistage ou de prévention.

En 2009, l'obésité touche près de 18% des adultes en Lorraine. Des actions devront être menées pour promouvoir une alimentation saine et la pratique régulière de l'activité physique. Elles devraient contribuer à la réduction de l'obésité et des pathologies associées telles que le diabète ou les maladies neuro-cardiovasculaires.

Les facteurs de risque d'origine professionnelle doivent également être identifiés et faire l'objet d'actions de prévention afin d'éviter le développement de pathologies liées à certaines expositions. Le plan santé au travail définit des actions que l'ARS intégrera dans ses actions.

Objectif spécifique 1-3

Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique

Parmi les principales causes de mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), le suicide représente plus d'un décès sur cinq (21,9%) par an sur la période 2005-2007. La prévalence du suicide est significativement plus élevée dans la Meuse et les Vosges. Dans ces deux départements, près d'un décès prématuré évitable sur quatre, lié à des comportements individuels, a pour cause le suicide, contre moins d'un sur cinq (19,6%) en Moselle. Il conviendra donc de développer ou de renforcer les actions de prévention ou de repérage afin de détecter et prévenir les comportements suicidaires et ce, en lien avec d'autres partenaires notamment en milieu professionnel, en milieu scolaire ou dans l'environnement des personnes âgées.

Objectif spécifique 1-4

Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité

Afin d'améliorer l'espérance de vie des personnes, certaines pathologies doivent être dépistées. C'est le cas pour les tumeurs, l'hypertension artérielle, ou le diabète par exemple.

Ce dernier, responsable de près de 1500 décès par an, dont la prévalence est à corrélérer à celle des maladies circulatoires en Lorraine, doit pouvoir être dépisté.

Il est donc nécessaire de développer des actions de dépistage des pathologies responsables des principales causes de décès, mais aussi des pathologies associées éventuelles.

Pour le cancer, des campagnes de dépistage organisé pour le cancer du sein et le cancer colorectal sont effectuées sur les quatre territoires de santé. L'accent devra être mis sur la promotion de ces campagnes de dépistages organisé. En effet, concernant le cancer du sein, le taux de participation au dépistage organisé en Lorraine est près de 4 points inférieur au taux moyen observé au niveau national en 2009.

Objectif spécifique 1-5

Développer l'éducation thérapeutique

La Haute Autorité de Santé encourage le développement de l'éducation thérapeutique, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. La finalité étant que le patient atteint d'une maladie chronique soit acteur de sa santé, devienne plus autonome, identifie et élimine les comportements à risque, développe les bons réflexes en cas de crise aigüe de la maladie.

Les retours d'expérience soulignent que l'éducation thérapeutique influe positivement sur la durée de vie des malades, notamment ceux atteints de diabète ou de maladies cardio neuro vasculaires. En Lorraine, outre les programmes d'éducation thérapeutique développés par les services hospitaliers, de nombreux réseaux se sont développés pour coordonner les soins autour du patient et lui proposer un programme d'éducation thérapeutique.

Objectif spécifique 1-6

Sensibiliser les acteurs du 1^{er} recours à la prévention

Les actions de prévention restent à long terme le plus puissant levier pour faire baisser la mortalité, notamment prématurée. La prévention primaire, notamment en santé environnementale, doit être développée. Le diagnostic précoce est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'accroître les chances de guérison. Ainsi, les acteurs du premier recours sont un maillon indispensable dans la nécessaire information des patients et de leur sensibilisation aux actions de dépistage, organisé ou individuel.

Objectif général n° 2

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

Agir sur les principales causes de mortalité, notamment prématurées, nécessite d'agir à la fois en direction des professionnels de santé et des usagers.

L'usager, doit être un acteur éclairé de sa santé et positionné au centre du dispositif.

Les professionnels de santé doivent, outre le respect des bonnes pratiques, travailler en coordination avec les différents partenaires sur le champ de la santé.

Objectif spécifique 2-1

Développer l'information et la formation des usagers

Etre acteur de sa santé nécessite de disposer d'une information claire, lisible et accessible.

L'utilisateur doit pouvoir bénéficier de cette information qui lui permettra de donner son consentement éclairé dans le cadre du parcours de santé. Informer les usagers sur les conduites à adopter face une situation donnée, les former sur les dispositifs existants, permettront de renforcer leur adhésion aux protocoles et suivis proposés par les professionnels de santé.

Objectif spécifique 2-2

Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge

Le champ de la santé est en perpétuelle évolution. Il appartient aux professionnels de santé d'actualiser leurs connaissances selon les données de la science. Ainsi le respect des bonnes pratiques, du bon usage des soins et les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé et les Sociétés Savantes sont un élément essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des personnes.

Les tumeurs, maladies cardio-neuro-vasculaires ou pathologies en santé mentale doivent faire l'objet de formations adaptées auprès des professionnels de santé.

A titre d'exemple, une information-formation via les ordres professionnels, les URPS, les dispositifs de formation continue, pourra être organisée.

Objectif spécifique 2-3

Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social

Adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour de l'utilisateur, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

Cette coordination doit être clairement identifiée.

Objectif général n° 3

Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neurovasculaires, maladies respiratoires et suicide

Objectif spécifique 3-1

Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge

Il convient d'identifier et d'organiser des filières graduées de prise en charge. Ces filières permettent, sur un territoire donné, d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé.

Ces filières de prise en charge devront être formalisées dans le cadre du PRS en identifiant clairement les différents périmètres de prise en charge.

Pour exemple la filière AVC ou la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus devront être organisées.

Objectif spécifique 3-2

Conforter les pôles d'excellence en cancérologie et maladies cardio-neurovasculaires

En 15 ans, en Lorraine comme au niveau national, les taux de mortalité par tumeurs et maladies circulatoires ont reculé sous l'effet de plusieurs facteurs :

- modifications des comportements individuels (baisse de la consommation de tabac, baisse de la consommation d'alcool),
- mise en place de campagnes organisées de dépistage, ciblées sur des publics à risques (cancer du sein, cancer colorectal),
- progrès médicaux qui entraînent un allongement de l'espérance de vie des patients atteints de maladies chroniques.

Si l'accent doit être mis sur la prévention pour diminuer à long terme le nombre de nouveaux cas, il convient également de conforter dans leurs missions les pôles d'excellence régionaux, tant dans le domaine de la cancérologie que dans le traitement des maladies circulatoires.

Ceux-ci représentent un élément structurant des filières comme structures de recours.

Priorité régionale 2

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

La France est l'un des pays européens où l'espérance de vie est la plus élevée mais, malgré une politique nationale d'accès aux soins pour tous, les inégalités sociales de santé sont les plus importantes.

Selon la Banque de données en santé publique, le terme d'inégalités de santé est employé pour désigner les différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé.

Ces inégalités peuvent se construire dès l'enfance, puis s'installer voire s'aggraver au fil du temps. Elles peuvent survenir à tout âge de la vie.

Les causes des inégalités de santé sont multiples et peuvent résulter de :

- difficultés d'accès à la prévention et aux soins,
- difficultés d'ordre socio-économiques,
- habitudes de vie (nutrition, exercice physique...),
- conditions environnementales (habitat, milieu de travail,...),
- comportements dits à risque (alcool, tabac, toxicomanie, infections sexuellement transmissibles...).

Parmi elles l'accès à la prévention et aux soins joue un rôle majeur dans la constitution des inégalités sociales de santé.

Si la mobilisation du système de santé est essentielle dans la mise en place d'une stratégie visant à réduire les inégalités de santé, elle ne peut toutefois s'envisager que dans une dimension intersectorielle, au-delà du champ de la santé, en lien avec l'ensemble des politiques qui peuvent agir sur la réduction des inégalités économiques, sociales, éducatives, culturelles...

En Lorraine comme en France, les besoins de santé de la population sont aujourd'hui en augmentation compte tenu notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

Dans notre région, force est de constater que l'accès à la santé s'effectue de façon inégale selon les territoires ou selon les catégories populationnelles.

En effet, le diagnostic régional a mis en évidence des situations d'inégalités territoriales concernant l'état de santé des lorrains, la répartition des professionnels de santé et la distribution de l'offre de soins. Des territoires apparaissent plus fortement touchés par certaines pathologies (le nord-est de la lorraine pour les pathologies cardio-neuro-vasculaires, les territoires ruraux pour le suicide ...); la démographie de certains professionnels de santé se révèle préoccupante, à la fois au regard de leur densité mais aussi de leur répartition sur le territoire; la concentration de la moitié de la population régionale sur le sillon lorrain a entraîné une distribution de l'offre concentrée sur ce sillon, générant par là même une offre déficitaire sur quelques territoires.

En termes d'accès à la santé, les publics en difficulté se retrouvent plus éloignés du système de prévention et de soins posant ainsi la question du refus de soins, de l'accessibilité financière au dispositif de santé, de sa lisibilité et plus généralement du droit des usagers.

Pour répondre à ces problématiques, il nous faut donc construire, en adéquation avec les besoins des personnes, une offre de santé de qualité et accessible à tous.

Améliorer l'accès aux services de santé dans notre région exige tout d'abord d'adapter l'offre aux besoins de la population. Cette mise en adéquation sera recherchée sur les différents champs d'action de l'ARS, prévention, ambulatoire, sanitaire, médico-social, et en particulier sur l'offre de premier recours puisque cette dernière est la porte d'entrée du système de soins.

Cet exercice impose de prendre en compte, par territoire, la démographie des professionnels de santé, leurs conditions d'exercice, le développement de l'activité en secteur II au détriment du secteur I, les situations de refus et celles de discrimination.

Cette amélioration passe ensuite par la nécessaire articulation des politiques de santé avec les autres politiques publiques. Elle s'effectuera de façon privilégiée en proximité des personnes, le niveau local semblant le plus pertinent, par la conclusion de contrats locaux de santé, contribuant ainsi à réduire les inégalités d'accès.

Il importe également, au-delà de l'organisation mise en place, de permettre aux personnes d'adopter des comportements favorables à leur santé et d'exercer un plus grand contrôle sur les décisions et actions les affectant.

Il est donc nécessaire, pour progresser, de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé, en coordination avec les politiques publiques compétentes sur ce champ: santé scolaire et universitaire, santé au travail, PMI, cohésion sociale, ...et d'améliorer la coordination des professionnels dans le cadre du parcours de santé des personnes.

La question de l'accès aux soins des transfrontaliers appelle également des réponses adaptées. L'ARS intégrera dans ses réflexions sur l'offre de soins d'une part le principe de neutralité de prise en charge garanti, sous conditions, aux assurés, d'autre part les questions d'attractivité et d'équilibre médico-économique des établissements de santé.

Objectif général n° 4

Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes

L'état de santé des lorrains n'est pas homogène sur le territoire régional. Il est donc nécessaire de développer des actions de prévention et de promotion de la santé prioritairement d'une part sur les territoires où la population le nécessite, d'autre part à destination de certains publics qui sont éloignés du système de santé et de la prévention en particulier. Il s'agit ici de prendre en compte les besoins spécifiques des publics concernés et d'y apporter une réponse adaptée.

Objectif spécifique 4-1

Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et l'enfance

Ce champ concerne une population en devenir et généralement en bonne santé. Les actions d'éducation pour la santé et de prévention sont alors primordiales et réalisées en coordination étroite avec les politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la PMI.

Outre les actions de vaccination, des actions pourront être développées à destination des futures mères et jeunes mamans présentant une situation de vulnérabilité, mais aussi envers les enfants afin de repérer, identifier et orienter vers une prise en charge adaptée ceux qui le nécessitent.

Objectif spécifique 4-2

Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes

L'accès aux soins dans ces périodes de la vie où se consolide la santé est particulièrement important, d'autant plus que ces âges sont propices au développement des comportements à risque et notamment des conduites addictives.

En lien avec l'éducation nationale, les organismes de formation professionnelle, jeunesse et sport, et les collectivités territoriales, des actions de prévention commune devront être définies visant à réduire ces types de comportements. Elles porteront notamment sur les conduites à risque.

Par ailleurs le repérage et la prise en charge du mal-être psychologique et des troubles psychiques doivent être améliorés.

Objectif spécifique 4-3

Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales

Réduire les inégalités d'accès à la santé exige de se pencher sur la situation des populations en situation de vulnérabilité, voire en difficultés, afin de les aider à acquérir des comportements favorables à la santé.

La prévention constitue un outil primordial pour améliorer l'état de santé d'une population. Cependant, les effets des programmes de prévention ne sont pas homogènes pour tous les groupes de population car la capacité de tirer profit des messages de prévention apparaît elle aussi liée à l'appartenance à certaines catégories sociales. En tenir compte va permettre de ne pas accentuer les inégalités sociales de santé. Notamment, l'approche participative, qui permet l'implication des personnes en situation de vulnérabilité dans un changement de comportement vis-à-vis de leur propre santé, apparaît être une stratégie potentiellement pertinente. Il s'agira, dans un contexte de promotion de la santé, de renforcer les capacités de chacun, individuellement ou collectivement, à agir en vue de la préservation de son capital santé.

Des actions doivent être menées en lien avec les collectivités et administrations en charge de ces populations : CCAS et Conseils Généraux, services de la cohésion sociale, administration pénitentiaire...

Objectif spécifique 4-4

Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques

Des actions de prévention primaire et secondaire des maladies chroniques seront menées sur les différents territoires. Celles-ci seront adaptées aux pathologies présentées par la population. La déclinaison de ces actions au niveau territorial au plus proche des personnes, en particulier sur les territoires les plus défavorisés, est un enjeu majeur de réduction des inégalités d'accès à la santé.

Sur le champ des maladies d'origine professionnelles, un repérage précoce et des actions particulières doivent être menés de façon à lutter contre les risques liés aux activités professionnelles. En effet certaines catégories socioprofessionnelles sont plus exposées et nécessitent la mise en place d'actions ciblées en lien avec la santé au travail.

L'accès à un programme d'éducation thérapeutique doit être possible pour les maladies chroniques les plus fréquentes.

Objectif spécifique 4-5

Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veille et la sécurité sanitaire et environnementale

La Lorraine est marquée par la présence de risques environnementaux liés aux axes de transport, aux couloirs d'inondation dans les vallées fluviales, à la présence de complexes industriels majeurs, et à la présence de zones d'effondrement miniers. Certaines zones sont potentiellement exposées au radon.

La qualité des milieux de vie des personnes peut concourir aux inégalités de santé.

La population doit donc pouvoir bénéficier d'actions de prévention concernant les principaux facteurs de risque environnementaux.

Ces actions portent sur la surveillance de l'environnement, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, la prise en compte des objectifs sanitaires dans les politiques d'aménagement et d'équipement, la maîtrise des perturbations chroniques ou accidentelles des milieux de vie.

Une attention particulière devra être portée à la qualité des eaux et la protection des captages d'eau qui doivent continuer à être améliorées ainsi qu'à la lutte contre l'habitat indigne.

Enfin, en matière de Santé-Environnement, il convient de mettre en œuvre les actions prévues dans le Plan Régional Santé Environnement 2 2010-2014, actions déterminées pour chacun des 4 grands objectifs opérationnels d'ores et déjà définis :

- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé
- Réduire les risques pour la santé liés aux transports
- Informer et former aux risques santé-environnement
- Réaliser un état des lieux sur les points noirs environnementaux

Objectif spécifique 4-6

Promouvoir des actions de prévention dans le champ de la santé mentale

Sur ce champ, des actions doivent être menées en direction des adolescents, des jeunes adultes, et des personnes âgées. Le repérage des signes d'alerte des conduites suicidaires doit être développé, en renforçant notamment les actions de formation et d'information des professionnels au contact de la population.

Objectif général n° 5

Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre

Objectif spécifique 5-1

Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires

Selon la loi HPST, les soins de premier recours comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé.

La Lorraine présente des disparités territoriales dans la répartition de cette offre. En effet certaines zones sont pourvues de façon satisfaisante (sillon lorrain) alors que d'autres présentent, au regard de la démographie des professionnels de santé en particulier, une situation préoccupante (Meuse par exemple).

Il s'agit donc, pour veiller à l'équité territoriale et au regard des besoins locaux, de soutenir les zones en difficulté nécessitant d'être confortées concernant l'offre de soins ou médico-sociale. Des modalités particulières d'accompagnement pourront être envisagées pour les professionnels de santé par la création de maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé.

Afin de permettre l'accès de tous au système de santé l'accessibilité financière pour certaines personnes et l'accès aux soins des plus démunis, en particulier pour les personnes détentrices d'une carte CMU, doivent être étudiées.

Objectif spécifique 5-2

Structurer l'offre de second recours

Les soins de second recours, selon la loi HPST, se définissent par défaut comme étant les soins non couverts par l'offre de premier recours.

La Lorraine présente des disparités territoriales qui nécessitent d'organiser la gradation de l'offre de soins et médico-sociale.

Des modalités innovantes de prise en charge pourront être développées.

Pour faire face à la pénurie des professionnels de santé, dans le secteur ambulatoire ou hospitalier, de nouvelles modalités d'exercice doivent être pensées : consultations avancées ou équipes mobiles « hors les murs » sur le champ hospitalier, mutualisations des moyens entre établissements, développement de la télémédecine...

Objectif spécifique 5-3

Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés

Les personnes en perte d'autonomie sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès aux dispositifs de soins de droit commun. Les obstacles tiennent tant à l'éloignement des professionnels du domicile, de l'accessibilité des locaux, que de la nécessité d'accompagnement des personnes porteuses de certaines déficiences. Des réponses visant à faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun doivent être recherchées en lien avec les acteurs et les partenaires.

Par ailleurs, les publics en difficultés sociales sont souvent les plus éloignés du système de santé. Pour en favoriser l'accès, des modalités particulières doivent être développées au sein des établissements ou sur le champ ambulatoire.

Une attention particulière doit être portée aux personnes en rupture de droits ou ne bénéficiant pas de protection sociale complémentaire.

Objectif spécifique 5-4

Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste

La réduction des inégalités de santé passe par une coordination des acteurs, autour du médecin traitant, véritable pivot du parcours de santé du patient. C'est, en effet, le professionnel de santé le mieux placé, pour coordonner et organiser les soins autour de la personne, en lien avec les autres intervenants du système de santé.

Les filières de soins permettent, pour une population ou une pathologie donnée, d'améliorer la prise en charge des personnes, en organisant un parcours de santé sur les différents champs d'action de l'ARS : prévention, ambulatoire et hospitalier et médico-social. L'entrée et la sortie de la filière peuvent se faire à tous les niveaux, en fonction des besoins identifiés.

Les filières de soins permettent de faciliter la coordination des acteurs intervenant autour de la personne.

Objectif spécifique 5-5

Optimiser l'organisation de la permanence des soins

La permanence des soins est un élément essentiel de l'organisation du système de soins. L'optimisation et l'efficacité du dispositif reposent sur la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoire et la permanence des soins en établissement de santé (dont les services d'urgences), et l'amélioration de l'utilisation de ce dispositif par les usagers.

L'organisation de la permanence des soins nécessitera, sur certains territoires, une réflexion sur des modalités particulières de réalisation (permanence des soins ambulatoire, et en établissement de santé.)

Objectif spécifique 5-6

Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires

L'évolution de la démographie des professionnels de santé est préoccupante dans notre région. Aussi est-il nécessaire de poursuivre la collaboration avec les universités et instituts de formation afin de réfléchir à des modalités d'exercice permettant d'inciter les jeunes professionnels à s'installer dans des zones déficitaires.

Objectif général n° 6

Informier et former les usagers

Objectif spécifique 6-1

Informier les usagers sur le système de santé et leurs droits

Améliorer l'accès de la population au système de santé implique de positionner l'utilisateur au centre du dispositif et faire en sorte qu'il soit un acteur éclairé de sa santé. Pour cela il est nécessaire de l'informer non seulement sur l'organisation du système de santé mais aussi sur les droits qu'il possède. Il s'agira par exemple d'informer les patients de la qualité et sécurité des soins, des tarifs pratiqués par les médecins, ou encore de l'interdiction du refus de soins. Cette information doit être délivrée de façon compréhensible et lisible par tous, y compris les publics les plus fragiles.

Objectif spécifique 6-2

Former les usagers au bon usage du système de santé

Les usagers sont les « utilisateurs » du système de santé. Afin de solliciter ce système à bon escient, il est nécessaire qu'ils puissent appréhender, outre la connaissance du dispositif (les urgences par exemple), le fonctionnement de celui-ci.

De plus les usagers, en particulier les publics vulnérables, peuvent méconnaître le besoin de soins ou être rebutés parfois par un dispositif ou une organisation un peu complexe. Une attention particulière doit pouvoir leur être portée par les professionnels de santé afin d'adapter les modalités de prise en charge de ces personnes.

Priorité régionale 3

Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Dans une société en pleine mutation, avec un vieillissement de la population croissant et une précarité dans l'emploi plus importante, les solidarités environnementales et familiales sont plus difficilement mobilisables, les solidarités collectives sont sous une forte contrainte financière et encore trop souvent orientées sur des prises en charge en institution. D'une manière générale, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap expriment le souhait de rester à domicile ou dans leur famille avec un accompagnement adapté, dans le respect de leur dignité et de leur choix de vie.

Ces volontés sont reprises dans différents dispositifs réglementaires visant à :

- la scolarisation d'enfants handicapés associant le secteur médico-éducatif au projet personnalisé de scolarisation en milieu ordinaire.
- l'insertion des personnes handicapées dans le monde du travail, en favorisant la fluidité des parcours entre les milieux protégé et ordinaire.
- au maintien des personnes âgées à domicile en organisant la coordination des professionnels de santé et des aidants autour du projet de vie de la personne.

L'autonomie d'une personne dépend de ses capacités à réaliser des actes de la vie quotidienne dans l'environnement dans lequel elle vit. Le secteur médico-social accompagne, aujourd'hui en France, plus de 2,2 millions de personnes. Près d'1,2 million de personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA ; 486000 d'entre elles sont hébergées en établissements ou dans des unités de soins de longue durée. Pour les personnes en situation de handicap, 850000 sont bénéficiaires de l'AAH dont les deux-tiers ont un taux de handicap supérieur à 80% et 170000 enfants bénéficient d'une AEEH (ex-AES) dont 50% ont un taux d'incapacité permanente d'au moins 50%.

Le dénombrement des personnes handicapées reste imprécis et oblige à des extrapolations issues de données plus générales.

L'approche épidémiologique :

- Le taux de prévalence de handicap de l'enfant est de 2,0% (source CNTHRI) incluant les déficiences ou handicaps modérément sévères ; en Lorraine, on peut estimer le nombre de nouveaux enfants handicapés à 540 cas par an.
- Le régime général a dénombré 241000 personnes atteintes de « Maladie d'Alzheimer et autres démences » bénéficiaires d'une ALD, soit 7428 personnes en Lorraine.

L'approche par la compensation financière :

Les dispositifs de compensation financière (données CAF) apportent un éclairage. En Lorraine 41704 personnes percevaient une APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) au 1/1/2009 soit un taux de 213,5‰ personnes de 75 ans et plus (France 205,0). De grands écarts existaient selon les départements lorrains Meurthe-et-Moselle : 247,0, Meuse : 179,7, Moselle : 202,5 et Vosges : 199,1.

Pour les adultes handicapés, la Lorraine dénombrait 37709 bénéficiaires de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) au 31/12/2009 avec des disparités importantes entre départements, Meurthe-et-Moselle : 22,8, Meuse : 26,1, Moselle : 24,7 et Vosges : 28,7 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

En région Lorraine une AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) est attribuée à 4315 jeunes handicapés fin 2009 soit un taux de 0,76% (100 jeunes de moins de 20 ans (France 1,01%). Des écarts existaient également entre les départements lorrains : Meurthe et Moselle : 0,84% ; Meuse : 0,61% ; Moselle : 0,69% et Vosges : 0,85%.

L'approche par l'offre médico-sociale :

En Lorraine, 6231 places sont autorisées (FINESS au 1/1/2010) dans les établissements et services pour enfants handicapés dont 6157 installées auxquelles s'ajoutent pour les adultes, 2412 places financées en totalité ou partie par l'Assurance Maladie. Néanmoins :

- 358 enfants sont en attente de places dont 271 en SESSAD,
- 328 jeunes adultes étaient sans solution de placement (MDPH-septembre 2009) en structures pour adultes et maintenus en établissements pour enfants.

Globalement, au regard des taux d'équipement nationaux, la Lorraine apparaît correctement équipée en places pour personnes âgées ou handicapées, toutefois des disparités territoriales existent et seront accentués par l'évolution démographique.

Le contexte démographique :

En Lorraine, les projections de population (2006-2021) réalisées par l'INSEE estiment la diminution des 0 à 20 ans à 7,0%. Cette variation n'induit pas en corollaire une diminution de la population des jeunes handicapés. Les principaux territoires concernés sont le pays de Remiremont et des vallées (-14,4%), le bassin houiller (-13,9%), le pays de l'ouest vosgien (-11,9%) et les pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe (-11,8%).

Ces projections réalisées sur la tranche d'âge 20 à 59 ans montrent également une diminution de 5,3% et concernent principalement les pays de l'ouest vosgien (-16,3%), pays de Remiremont et des vallées (-16,3%), le bassin houiller (-14,0%) et les pays du barrois (-12,8%).

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'INSEE, devrait augmenter (période 2006-2021) de 20,5%, voire doubler si on limite l'observation aux personnes de 85 ans et plus. Globalement cette évolution sera marquée dans les territoires mosellans. En Moselle l'évolution des 75 ans et plus atteindra (+27,8%) et (+122,5%) pour les 85 ans et plus, pour les autres départements les taux évolueront respectivement en Meurthe-et-Moselle (+16,9) et (+89,8%), en Meuse (+9,5%) et (+86,5%) et dans le département des Vosges (+17,2%) et (+81,2%).

Les objectifs généraux arrêtés dans le cadre de la politique régionale de santé s'articulent autour du renforcement de trois axes d'actions, les deux premiers visent d'une manière générale les personnes âgées ou en situation de handicap dans des actions de prévention et de coordination du parcours de santé, le troisième axe concerne principalement l'accès au dispositif de droit commun.

Objectif général n° 7

Développer des actions de prévention ciblée

Objectif spécifique 7-1

Prévenir les causes évitables

Lorsqu'elles ne sont pas congénitales, les principales causes évitables de handicap restent les risques routiers, les accidents du travail et les risques domestiques.

Ces causes accidentelles doivent faire l'objet d'actions adaptées aux populations âgées ou handicapées concernant leur hygiène de vie (par exemple concernant l'activité physique, les chutes, la dénutrition, la déshydratation, les soins dentaires, la prévention des maladies chroniques ...).

Les actions de prévention primaires sont à mener soit dans le cadre de campagnes nationales, soit en association avec les partenaires institutionnels locaux, mais également avec l'entourage de chaque personne.

Objectif spécifique 7-2

Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge

Lorsqu'il n'est pas décelé à la naissance ou dans les premiers mois par les services de néonatalogie ou plus globalement dans les services hospitaliers, le repérage du handicap (ou polyhandicap) chez l'enfant est bien souvent lié à l'observation de symptômes par l'entourage familial, scolaire, périscolaire ou des services de la PMI. L'orientation de l'enfant auprès des professionnels de santé de l'enfance, en lien avec le médecin traitant, est le gage d'une prise en charge précoce de l'enfant.

La généralisation de la sensibilisation des professionnels de la petite enfance au repérage des déficiences et troubles chez les jeunes enfants favorisera le dépistage et la prise en charge précoce. Des actions précoces devront être menées pour éviter de compliquer la déficience par un handicap psychologique et un handicap social.

Cette action doit être prolongée par des objectifs visant à fluidifier les filières, d'une part en identifiant sur chacun des territoires les recours possibles, en s'engageant dans une démarche de réduction des délais entre le signalement et le premier rendez-vous, entre les premiers rendez-vous et le début de prise en charge ; d'autre part, en veillant à développer les passerelles entre les prises en charge ambulatoire-hospitalière et médico-sociale.

Objectif spécifique 7-3

Repérer et prévenir la souffrance psychologique

Les professionnels travaillant dans le milieu scolaire, du travail, ou autour des personnes âgées sont les premiers acteurs à sensibiliser au repérage de la souffrance psychologique et au risque de passage à l'acte suicidaire.

Ces actions favoriseront également le bien-être psychologique et la lutte contre l'isolement des personnes, elles permettront de mieux identifier les filières de recours par territoire.

Objectif spécifique 7-4

Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit

La prise en charge de personnes handicapées ou de personnes âgées à domicile, repose, en partie, sur des aidants familiaux. Ceux-ci sont souvent confrontés à l'isolement social et à l'épuisement physique et psychologique. Ils sont plus vulnérables aux pathologies somatiques et présentent une surmortalité. Une réflexion doit être conduite pour proposer des mesures d'aide et de soutien aux aidants, évitant ainsi l'épuisement de ces derniers.

Des actions spécifiques de lutte contre l'isolement et de formation doivent leur être proposées.

Objectif spécifique 7-5

Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie

Les chutes des personnes âgées, l'iatrogénie médicamenteuse et les problèmes liés à la nutrition restent importants chez les personnes âgées.

La sensibilisation de l'entourage, des professionnels de santé et des aidants aux risques engendrés permettraient de réduire de manière significative les hospitalisations sur une population déjà fragilisée.

Objectif spécifique 7-6

Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes

L'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage, envisagées ou non dans les actions concernant les maladies chroniques doit être adaptée aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Les actions éducatives doivent être concertées entre partenaires institutionnels pour renforcer leur efficacité auprès de chaque personne.

Objectif général n° 8

Favoriser la fluidité du parcours de santé de la personne en tenant compte de sa situation

Objectif spécifique 8-1

Elaborer et suivre le projet individuel

L'élaboration d'un projet de soins et de vie est une nécessité pour chaque personne âgée ou en situation de handicap, institutionnalisée ou non. Ce projet de soin doit s'inscrire d'une manière plus globale dans le projet de vie pour la personne âgée, ou projet personnalisé de scolarisation pour l'enfant handicapé, ou projet individuel d'insertion sociale pour l'adulte handicapé.

La réévaluation périodique de ce projet individuel permettra d'éclairer les décisions de la MDPH pour les personnes handicapées ou mieux accompagner la personne âgée dans une démarche active de soin. Chaque personne doit demeurer « acteur » de sa santé et non dépendante des soins.

Objectif spécifique 8-2

Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social

L'identification de filières de soins vise à améliorer la coordination des professionnels de la santé entre les différents champs ambulatoire, sanitaire ou médico-social.

Cet objectif vise à fluidifier le parcours de santé de la personne fragilisée en tenant compte de son environnement et de ses souhaits, à faciliter les sorties d'hospitalisation en organisant le suivi des structures d'aval, en mobilisant son entourage et éviter ainsi toute rupture de prise en charge. Exemples : organiser les bilans hospitaliers sur une journée afin d'éviter de multiples déplacements ; s'assurer de la présence d'aidants lors des retours d'hospitalisation.

Objectif spécifique 8-3

Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant

L'identification du pivot de la coordination des soins doit être confortée, y compris chez les personnes vivants régulièrement en institution. Ce rôle est dévolu au médecin choisi par la personne, bien souvent il s'agit du médecin généraliste mais il peut concerner le médecin en charge de manière habituelle de la personne âgée ou handicapée.

Ce médecin est bien souvent ancré sur un territoire de proximité, lieu de vie de la personne. Sa connaissance du parcours « ville-hôpital », des structures d'accompagnement et de soutien du secteur social et médico-social, ainsi que des autres professionnels de l'ambulatoire et des dispositifs de prévention sont autant d'atouts pour organiser le projet de soin de la personne, y compris celle vivant habituellement en institution.

Autour du médecin traitant, dans le champ des personnes âgées ou présentant une maladie d'Alzheimer, les réseaux et les MAIA sont un élément fort de la coordination.

Objectif spécifique 8-4

Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance

Une sensibilisation des professionnels de santé, voire des formations spécifiques sur la prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées doivent être envisagées. Les situations de poly pathologie ou de handicap associé sont relativement fréquentes chez les personnes pour accroître le niveau de vigilance des professionnels.

Celle-ci favorisera la prise en charge globale de la personne âgée ou handicapée et limitera les phénomènes de sur-handicap (social, par exemple).

Objectif général n° 9

Favoriser l'accès au dispositif de droit commun

Objectif spécifique 9-1

Accompagner l'intégration scolaire

Le regard de la société sur le handicap doit évoluer, l'intégration de l'enfant et l'adolescent handicapé dans le milieu ordinaire contribuera à ce changement. Cependant, la réussite de cette intégration passe par la mobilisation de l'ensemble des institutions et professionnels travaillant dans les domaines éducatif, social et médico-social.

Un rééquilibrage de l'offre médico-éducative, en lien avec nos partenaires des collectivités territoriales et de l'éducation nationale permettra une plus grande adéquation entre les projets individualisés et l'intégration sociale en milieu ordinaire de chaque enfant.

Objectif spécifique 9-2

Favoriser l'insertion professionnelle

L'insertion des travailleurs handicapés dans le milieu professionnel reste encore insuffisante, la crise économique et la montée du chômage ne doivent pas être un prétexte pour relâcher les efforts d'intégration des travailleurs en situation de handicap dans les entreprises.

L'insuffisance d'objectifs d'intégration en milieu ordinaire du travail engendre une « embolisation » des places offertes par le maintien de jeunes adultes dans des structures pour enfants et une difficulté pour eux d'accéder à une activité professionnelle.

Une réflexion est engagée par les gestionnaires de structures pour offrir aux personnes handicapées des formations leur permettant de plus grandes possibilités d'intégration en milieu professionnel.

Objectif spécifique 9-3

Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'inaptitude ou de reclassement professionnel

Le traitement précoce du reclassement de salariés porteurs de maladies invalidantes et se retrouvant dans des situations d'inaptitude à l'emploi est à prendre en compte le plus précocement possible. Ces situations peuvent entraîner à terme des ruptures de contrats de travail et une rupture de lien social.

Aujourd'hui les délais de traitement de la MDPH et d'évaluation réalisée par les centres de pré-orientation contribuent à éloigner le salarié du milieu du travail.

Des solutions innovantes (contrat de rééducation en entreprise par exemple) pour réduire les délais entre le dépistage précoce et la réinsertion socioprofessionnelle et/ou le maintien dans l'emploi sont à promouvoir.

Objectif spécifique 9-4

Viser la réhabilitation psycho-sociale

Les personnes souffrant de troubles du psychisme ont des difficultés à retrouver une habileté sociale sans un accompagnement et un soutien par les équipes de l'hospitalisation de jour ou de liaison du secteur psychiatrique. Ces difficultés constituent un handicap social.

La réussite de cette intégration dans le milieu ordinaire passe par un renforcement des actions sur chacun des secteurs.

Priorité régionale 4

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

D'un point de vue technique, l'organisation mondiale de la santé définit la qualité comme la « capacité à garantir à chacun, l'assortiment d'actes (...) lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, aux moindres risques iatrogéniques, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains (...) »¹

La notion de qualité recouvre les caractéristiques suivantes :

- L'efficacité en référence à un résultat attendu et sous entendu dans la recherche d'un bénéfice pour la personne,
- La sécurité, basée sur le principe de ne pas nuire, est la capacité d'empêcher ou d'éviter la survenue d'événements indésirables ou d'infections nosocomiales
- L'accessibilité en tant que facilité d'accès à la santé au bon moment
- L'efficience en référence à un usage optimal des ressources
- Le respect des droits de l'usager, sa participation aux choix thérapeutiques, le respect de sa dignité, de la confidentialité des informations le concernant.

¹ Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication n° 105, 82 p.

Conjuguée à l'amélioration générale des conditions de vie et de travail, la qualité de notre système de santé a contribué à améliorer le niveau global de santé, comme en témoigne l'augmentation de l'espérance de vie.

Toutefois, notre région, comparativement à d'autres régions, reste marquée par des indicateurs de santé moins favorables, ce qui constitue un défi pour l'action de l'ARS.

L'ambition du PRS est d'optimiser les ressources techniques et humaines disponibles pour accroître l'efficacité de l'action des acteurs de santé par davantage de coordination entre ville et hôpital, prévention et soins, soins et accompagnement médico-social. Il conviendra de définir à chaque étape du parcours de soins, le bon niveau de prise en charge pour répondre aux besoins identifiés et éviter les inéquations, les redondances. L'ensemble de ces actions doit concourir à la recherche de davantage d'efficacité.

Cette perspective sera développée en cohérence avec la stratégie d'amélioration de l'efficacité de santé poursuivie dans le programme régional de gestion du risque et en coordination avec l'assurance maladie.

Objectif général n° 10

Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés

Objectif spécifique 10-1

Améliorer la connaissance des besoins

L'ensemble des réflexions conduites sur les champs thématiques a fait apparaître cette nécessité d'approfondir la connaissance des besoins de santé afin de mieux cibler les actions et d'évaluer leur impact.

Le développement de la connaissance épidémiologique et des besoins des personnes doit se poursuivre par le recueil d'informations fiables et la construction d'outils de suivi centralisés pour un meilleur éclairage de l'action publique. A titre d'exemples :

- Dans le champ de la périnatalité et la petite enfance, peu d'informations sont disponibles sur le suivi et le devenir des grossesses à risques, des enfants nés prématurément. Les différentes données ne sont pas structurées à ce jour pour éclairer le suivi des nouveau-nés à risques sur les causes et les conséquences à moyen et long terme de leur prématurité. De même, le lien avec les données de la mère nécessite également d'être réalisé. L'exploitation généralisée et systématisée des certificats de naissance serait également une source d'informations indispensable à l'élaboration d'un suivi épidémiologique structuré.
- Dans le champ du handicap, l'amélioration de la connaissance est indispensable à une meilleure appréhension des besoins. Aujourd'hui, le nombre de personnes en situation de handicap est approché par les compensations financières allouées par les Conseils généraux de la région. Mais ces chiffres n'apportent aucun éclairage sur la nature du handicap, les modes de vie des personnes et leurs besoins pour construire les réponses adaptées dans un cadre territorial donné. L'effort doit porter sur le développement des outils et des systèmes d'information.
- Dans le champ du vieillissement, la connaissance des besoins des personnes âgées nécessite également d'être confortée pour apporter les réponses collectives les plus appropriées.

- En matière de veille et sécurité sanitaire, la connaissance des risques est le premier pilier de l'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire. Il s'agit d'abord d'améliorer la connaissance des risques sur la santé, liés à l'environnement, aux habitudes de vie et de consommation, aux conditions de travail sur la santé, et secondement d'encourager les investigations en lien avec les autres services (DREAL, DIRECCTE...). Dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement de deuxième génération, il s'agira d'établir une cartographie des différents risques auxquels sont exposées les populations.
- D'une manière générale, la connaissance des patients dits « inadéquats » pris en charge dans les structures sanitaires et médico-sociales doit être suivie pour favoriser l'émergence de réponses adaptées.

Objectif spécifique 10-2

Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées

Bien que la région affiche des taux d'équipement supérieurs au niveau national dans les champs MCO et médico-social, les prises en charge ne sont pas systématiquement adaptées aux besoins des personnes. Il convient de développer des réponses adaptées et graduées aux besoins spécifiques de certains publics que sont les personnes autistes, cérébro-lésées, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

La diversification de l'accompagnement des personnes handicapées et âgées doit être réalisée de manière privilégiée dans le cadre de leur lieu de vie habituel plutôt qu'en institution. Dans cette optique, le développement de service d'éducation spéciale et de soins à domicile pour les enfants, de SAMSAH pour les adultes doit être privilégié.

Des prises en charge innovantes adaptées à la situation des personnes devront être développées, en mobilisant les compétences actuelles des différents acteurs de santé avec davantage de modularité pour mieux correspondre au projet individuel de la personne.

Objectif spécifique 10-3

Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins

Le souci de mobiliser le bon niveau de compétences dans le cadre adapté conduit à mettre en œuvre plusieurs types d'actions au regard des constats portés sur le dispositif de santé lorrain qui reste organisé sur la prise en charge institutionnelle. Il s'agit en particulier :

De développer les alternatives à l'hospitalisation complète pour une meilleure adéquation des moyens mobilisés au besoin des personnes. L'hospitalisation de jour, la chirurgie ambulatoire nécessitent d'être davantage offertes en termes de prise en charge et restent insuffisamment développées dans la région. Le recours aux services médico-sociaux à domicile est également apprécié en ce sens.

Limiter les inadéquations de prises en charge :

Dans le champ médico-social, l'orientation des personnes handicapées doit se tourner vers le service ou l'établissement qui, compte tenu de ses compétences, est en capacité de développer au mieux leur projet individualisé.

Cela s'illustre également par la réduction du maintien de jeunes adultes en établissements pour enfants dans l'attente d'une place en structure adaptée, par la réduction des orientations hors région en favorisant les réponses de proximité.

Cet objectif s'illustre tout autant dans le champ sanitaire par le maintien en hospitalisation de court et moyen séjour de personnes relevant de prises en charge médico-sociales. Cela nécessite d'en améliorer le repérage et de développer des réponses en meilleure adéquation aux besoins identifiés dans le respect des choix de vie exprimés.

Cet objectif sera par ailleurs décliné dans le programme de gestion de risque avec les partenaires de l'assurance maladie.

L'adaptation de l'offre de prise en charge résultant de cet objectif conduit à la recombinaison des équipements et services actuels. La faiblesse des taux d'occupation de certains services de MCO ou structures médico-sociales imposent leur adaptation aux besoins de la population desservie.

Objectif général n° 11

Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes

Objectif spécifique 11-1

Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé

Dans une organisation du système de santé encore trop cloisonnée, une réponse territoriale doit être organisée en rapprochant l'ensemble des professionnels de santé.

La place et le rôle des réseaux ont tout leur sens dans la réalisation de cet objectif qui vise tant à décroiser les disciplines médicales, ville et hôpital, préventif et curatif, que d'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.

Cet enjeu fort de l'ARS de Lorraine se traduit d'ores et déjà par l'identification au sein de son organisation d'animateurs territoriaux qui ont la mission de rapprocher les professionnels des différents champs, de les faire se connaître, de les coordonner et d'accompagner la construction d'un projet territorial commun en référence aux besoins de la population.

Objectif spécifique 11-2

Développer les filières de prises en charge

Cet objectif vise à replacer le patient au cœur du système de santé et à assurer sa prise en charge dans la continuité, la cohérence, la globalité de ses besoins et la mobilisation du bon niveau de compétence aux différentes étapes du parcours.

Pour exemple, dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance, une identification et une promotion de la filière d'accompagnement à la naissance mobilisant les professionnels de santé libéraux (médecin traitant, sage-femme, PMI) est à conforter en lien avec les maternités afin de sécuriser le suivi des grossesses et des naissances.

De même pour les personnes âgées, il apparaît nécessaire de renforcer la coordination des acteurs de la filière gériatrique et décroiser les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Objectif spécifique 11-3

Veiller à une prise en charge globale de la personne

Quel que soit le dispositif mobilisé, la personne doit être prise en charge dans sa globalité.

Les professionnels de santé doivent prendre en compte les besoins de la personne dans ses aspects sociaux et environnementaux et mobiliser les acteurs de proximité en ce sens.

Cet impératif s'apprécie tout particulièrement lors des sorties d'hospitalisation ; la prise en charge sécurisée à domicile par un service médico-social ou de soins à domicile doit prendre en compte l'environnement social de la personne.

Objectif général n° 12

Développer la culture qualité en recherchant l'efficience

Objectif spécifique : 12-1

Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles

L'élaboration et la diffusion des référentiels de bonnes pratiques de soins et de suivi doivent être généralisées conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'accent doit être mis sur la formation continue des professionnels de santé tant en ville qu'en établissements de santé, en particulier à l'égard de pratiques innovantes (bon usage des médicaments, innovations thérapeutiques)

Les usagers doivent, eux aussi, être sensibilisés et formés à la connaissance de ces référentiels pour un meilleur usage des dispositifs et un repérage éclairé dans le parcours de santé.

La qualité des programmes et interventions en éducation pour la santé passe par l'acquisition, le maintien et le développement des compétences des intervenants professionnels ou bénévoles.

Objectif spécifique : 12-2

Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

La bientraitance est une démarche collective des professionnels de santé à l'égard des besoins de la personne et de ses choix.

L'amélioration de la connaissance de certaines pathologies concourt également à une meilleure adéquation des comportements et des relations : maladie d'Alzheimer et apparentées, des pathologies d'ordre psychiatrique génératrices de troubles du comportement.

L'interrogation régulière des pratiques professionnelles, la formation des professionnels, les échanges avec les familles et les aidants doivent être développés dans cette perspective.

Objectif spécifique 12-3 :

Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à :

Améliorer la connaissance des établissements :

Il s'agit de développer les outils de connaissance de l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux et les indicateurs de suivi de l'activité des acteurs de prévention.

Les plaintes, rapports d'évaluation et d'accréditation des établissements et services sanitaires et médico-sociaux sont également des sources précieuses d'information relatives à la qualité qui y est développée.

La recherche de l'amélioration de la performance des organisations participe à l'objectif de réduction des déficits. En 2010 les déficits cumulés des établissements sanitaires de la région lorraine, bien qu'en baisse pour la première fois depuis 2006, atteignent 79M€ dont 59M€ pour les établissements publics. En collaboration avec l'ANAP, l'ARS conduit une démarche performance visant à l'amélioration de l'organisation interne des établissements portant sur les organisations médicales, médico techniques (Blocs opératoires, stérilisation, laboratoires), ainsi que les systèmes d'information...

Cette démarche initiée dans le champ sanitaire doit être développée dans le champ médico-social par l'utilisation et la simplification des indicateurs médico-économiques existants, permettant d'optimiser les ressources déployées au vu des constats de très grandes disparités de moyens entre établissements.

La contractualisation avec les acteurs de santé sur la base d'une annexe performance du contrat CPOM et le suivi à partir d'indicateurs spécifiques seront effectués.

Objectif spécifique 12-4

Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire

Sur le champ de la veille et sécurité sanitaire, la recherche de qualité s'illustre par :

- l'homogénéité régionale de l'organisation de la veille et de l'alerte.
L'ARS dispose d'une plateforme centralisant la réception de l'ensemble des signaux relatifs :
 - aux maladies transmissibles : les maladies à déclaration obligatoire y sont signalées par les professionnels de santé libéraux ou institutionnels (rougeole, méningite, SIDA, tuberculose...), ainsi que tous les cas groupés de pathologies contagieuses (coqueluche, scarlatine...)
 - aux maladies liées à une activité de soins : ensemble des signalements d'infections nosocomiales,
 - aux facteurs de risques environnementaux concernant l'eau, les pollutions, la qualité de l'air, exposition à des produits chimiques,
 - à des risques naturels : inondations...

En outre la CIRE Lorraine-Alsace (Cellule de l'InVS en REgion) fournit aux ARS les compétences et les outils, en engageant l'INVS. Elle apporte une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire.

De la qualité de traitement de ces signaux dépend la réactivité des mesures de protection des personnes ou de prise en charge. L'efficacité de cette organisation est un enjeu majeur pour l'ARS.

- la définition de procédures de gestion et alertes.
Il s'agit de disposer d'un réseau et de procédures d'observation et de surveillance réactifs et précis des risques infectieux et environnementaux, ainsi que de protocoles de gestion des crises.

Il convient plus particulièrement de décliner des plans d'urgence sanitaire et de crise en cohérence régionale et zonale, y compris la planification NRBC, et de promouvoir la culture de signalement et de gestion de crise auprès des établissements sanitaires et médicaux-sociaux et des professionnels de santé.

Il s'agit également de développer des actions de prévention et de contrôle des différents risques par la mise en œuvre de plans d'inspection et de contrôle,

- l'information et la formation des professionnels de santé et de la population doivent être développées à l'égard de la réalisation de certains risques. Il est indispensable d'apporter des éclairages sur l'existence et l'impact réel des différents risques en causes.

L'accent devra être également porté sur la communication, en particulier en situation de crise de manière à relayer le bon niveau de risque permettant d'associer les médias et le public in fine à une gestion collective des risques par des comportements en adéquation.

Objectif spécifique 12-5

Développer une démarche qualité

Les établissements de santé et médicaux sociaux, de même que tous les professionnels de santé, y compris ceux du champ de la prévention et de la promotion de la santé, sont invités à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de leur pratique, en s'appuyant sur les référentiels émis par la HAS, les préconisations des sociétés savantes. Cette démarche doit également intégrer les objectifs d'organisation interne et externe prévue dans le projet régional de santé et ses schémas, lesquels seront contractualisés par avenant dans les CPOM des établissements ou par des conventions.

Les établissements devront également mettre en place une démarche d'évaluation interne et de certification des dispositifs afin d'analyser les écarts et de contribuer ainsi à l'efficacité des organisations et des pratiques.

L'organisation des évaluations et du suivi du PRS

L'évaluation de la politique régionale de santé est intégrée au projet régional de santé. Elle permet de poser un regard critique sur les impacts des actions envisagées mais également d'assurer un suivi permanent des plans d'actions.

Les modalités d'organisation

Le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé a décrit notamment le calendrier et le périmètre de cette évaluation :

- Concernant le contenu du PRS l'art R. 1434-1 indique « **le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé** ».
- Concernant le contenu du PSRS l'art R. 1434-2 précise « **5° L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé** ».

Chaque type d'évaluation comporte des objectifs spécifiques, et est encadré par un cahier des charges ou lettre de mission. Le périmètre et les modalités pratiques, choix des opérateurs notamment, seront néanmoins précisés lors du lancement ces missions par la direction générale de l'ARS.

Bien que l'évaluation définitive n'intervienne qu'à l'échéance du PRS, une évaluation intermédiaire sera engagée à mi-parcours afin de s'assurer de la mise en œuvre effective des priorités arrêtées dans le plan stratégique régional de santé et des plans d'actions issus des schémas d'organisation et de prévention. L'évaluation portera également sur la mise en œuvre du suivi et du respect des échéanciers.

Cette évaluation sera confiée à une équipe restreinte composée d'agents de l'ARS et coordonnée par la Direction de la stratégie.

L'objectif attendu vise à vérifier le début d'exécution du PRS, l'efficacité du dispositif de suivi et de communication aux partenaires institutionnels et usagers et à remédier aux freins tant internes qu'externes.

L'évaluation définitive interrogera sur les résultats des actions mises en œuvre ainsi que les moyens déployés. Elle précisera également l'intérêt de prolonger les actions sur le futur PRS et identifiera des axes d'évolution.

L'objectif général est de progresser par l'expérience acquise en s'attachant plus particulièrement aux aspects qualitatifs.

Cette évaluation pourra être confiée soit à une équipe interne à l'ARS, soit élargie à des partenaires extérieurs pour garantir une plus grande objectivité des observations et des jugements, soit à un évaluateur externe.

Un suivi permanent complètera également le dispositif afin de dresser les bilans réguliers de la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Ils seront présentés, par le Directeur général de l'Agence, au moins deux fois par an au Conseil de surveillance de l'Agence et au moins une fois par an à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Ces situations permettront également l'information des partenaires institutionnels réunis au sein du Comité de consultation, ainsi que plus largement des usagers par le biais de lettres d'informations sur le site intranet de l'ARS.

Ce suivi sera assuré par la Direction de la stratégie qui s'appuiera sur un réseau de Correspondants de chacune des Directions de l'Agence. Ce réseau aura également en charge le suivi des plans d'action et indicateurs issus du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens entre l'Etat et l'ARS de Lorraine.

La gouvernance de l'évaluation

L'art. L. 1432-2 dispose que :

- **« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique ».**
- **« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique ».**

La mise en œuvre régionale des objectifs stratégiques repose sur la mobilisation de tous les acteurs des dispositifs de santé de la région lorraine. Aussi, la gouvernance de l'évaluation s'appuiera sur l'organisation mise en place pour l'élaboration du Projet régional de santé.

Le comité de consultation est composé d'une quarantaine de membres représentant les partenaires institutionnels tels que l'Assurance maladie, les représentants de l'éducation nationale, les professionnels de santé, le social et médico-social, et les usagers. Ce comité donnera un avis, sur propositions du Directeur Général de l'ARS, sur le cahier des charges, les questions évaluatives, ainsi que sur la stratégie de mise en œuvre de l'évaluation et le choix des évaluateurs.

Le groupe projet, sous la responsabilité de la Direction de la stratégie, est composé de représentants des divers services de l'agence. Il est chargé de finaliser le cahier des charges et le questionnaire évaluatif, en fonction de la stratégie retenue pour l'évaluation, et des évolutions réglementaires. Il coordonnera l'analyse des travaux et validera le rapport d'évaluation.

Les équipes d'évaluateurs mettront en œuvre les cahiers des charges, mèneront les entretiens relatifs aux questions évaluatives et analyseront l'impact et l'appropriation de la politique régionale de santé.

Les résultats attendus de l'évaluation

Les résultats attendus visent à l'amélioration de la connaissance et de l'efficacité des dispositifs de santé. Cette évaluation permettra également de rendre compte des actions menées aux partenaires institutionnelles de la région, mais surtout aux usagers.

Les préconisations issues de cette évaluation, ainsi que toutes les observations de la CRSA et du Conseil de surveillance enrichiront le futur Projet régional de santé.

GLOSSAIRE

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
AEEH :	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES :	Allocation d'Education Spéciale
ALD :	Affection de Longue Durée
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la performance
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
CIRE :	Cellule de l'InVS en REgion
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRSA :	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
DIRECCTE :	Direction Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DRIRE :	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT :	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
HAS :	Haute Autorité de Santé
Loi HPST :	loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NRBC :	nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques
ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PASA :	Pôle d'Activités et des Soins Adaptés
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRGDR :	Programme Régional de Gestion Du Risque
PRIAC :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS :	Projet Régional de Santé
PRSE :	Plan Régional Santé Environnement
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
PST :	Plan Santé au Travail
PTS :	Programmes Territoriaux de Santé
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SESSAD :	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-social
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP :	Schéma Régional de Prévention
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR :	Soins de suite et réadaptation
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcée
URPS :	Unions Régionales des Professionnels de Santé
VSS :	Veille et Sécurité Sanitaire

ANNEXE

ANNEXE Contribution aux objectifs de santé et attendus du décret

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Prévention	Amélioration accès	Réduction inégalités en matière de soins	Qualité efficience des prises en charge	Respect du droit des usagers	Coordination avec les autres politiques de santé
Priorité régionale 1 Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine							
Objectif général n°1 Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires							
	1.1 Compléter et développer l'observation des maladies chroniques en Lorraine à partir des données du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de l'Assurance	X					
	1.2 Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation) et les facteurs de risque d'origine professionnelle	X					X
	1.3 Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique	X					X
	1.4 Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité	X					
	1.5 Développer l'éducation thérapeutique	X					
	1.6 Sensibiliser les acteurs du 1er recours à la prévention	X					
Objectif général n°2 Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide							
	2.1 Développer l'information et la formation des usagers				X	X	
	2.2 Diffuser les bonnes pratiques de prise en charge				X		
	2.3 Coordonner les acteurs de santé à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant les acteurs du champ ambulatoire et du champ médico-social				X		
Objectif général n°3 Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neurovasculaires, maladies respiratoires et suicide							
	3.1 Définir les périmètres de chacun des niveaux de prise en charge				X		
	3.2 Conforter les pôles d'excellence en oncologie et maladies cardio-neurovasculaires				X		
Priorité régionale 2 Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS							
Objectif général n°4 Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes							
	4.1 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et l'enfance	X		X			X
	4.2 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des adolescents et des jeunes adultes	X		X			X
	4.3 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales	X		X			X
	4.4 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques	X		X			X
	4.5 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la veilles et la sécurité sanitaire et environnementale	X		X			X
	4.6 Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la santé mentale	X		X			X
Objectif général n°5 Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre							
	5.1 Soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires		X	X			
	5.2 Structurer l'offre de second recours		X	X			
	5.3 Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficultés			X			X
	5.4 Identifier des filières de soins coordonnées et graduées autour du médecin généraliste		X	X			
	5.5 Optimiser l'organisation de la permanence des soins		X	X	X		
	5.6 Anticiper les difficultés futures en lien avec les partenaires			X			X
Objectif général n°6 Informer et former les usagers							
	6.1 Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits			X		X	
	6.2 Former les usagers au bon usage du système de santé			X		X	
Priorité régionale 3 Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap							
Objectif général n°7 Développer des actions de prévention ciblées							
	7.1 Prévenir les causes évitables	X					X
	7.2 Améliorer le dépistage du handicap de l'enfant et la fluidité de la prise en charge	X					X
	7.3 Repérer et prévenir la souffrance psychologique	X					X
	7.4 Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit	X					
	7.5 Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d'autonomie	X					
	7.6 Développer des actions d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes	X					X
Objectif général n°8 Favoriser la fluidité du parcours de soin des personnes en tenant compte de leur situation individuelle							
	8.1 Elaborer et suivre le projet individuel					X	X
	8.2 Améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social				X		
	8.3 Identifier des filières de prise en charge coordonnées autour du médecin traitant				X		
	8.4 Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance				X		
Objectif général n°9 Favoriser l'accès au dispositif de droit commun							
	9.1 Accompagner l'intégration scolaire	X				X	X
	9.2 Favoriser l'insertion professionnelle	X				X	
	9.3 Promouvoir des solutions innovantes pour les travailleurs en situation d'invalidité ou de reclassement professionnel				X	X	X
	9.4 Viser la réhabilitation psycho-sociale				X		
Priorité régionale 4 Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »							
Objectif général n°10 Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés							
	10.1 Améliorer la connaissance des besoins		X		X		X
	10.2 Adapter et diversifier l'offre dédiée aux personnes âgées et handicapées		X		X		
	10.3 Adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage des soins		X		X		
Objectif général n°11 Améliorer le parcours de soins et de vie des personnes							
	11.1 Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé		X				
	11.2 Développer les filières de prises en charge		X				
	11.3 Veiller à une prise en charge globale de la personne				X	X	X
Objectif général n°12 Développer la culture qualité en recherchant l'efficience							
	12.1 Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques professionnelles				X		
	12.2 Promouvoir la culture de la bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux				X	X	
	12.3 Développer une politique régionale de la performance des établissements et promouvoir des outils destinés à Améliorer la connaissance des établissements La recherche de l'amélioration de la performance des organisations La contractualisation avec les acteurs de santé		X		X		
	12.4 Renforcer l'efficacité du dispositif de veilles et sécurité sanitaire				X		X
	12.5 Développer la démarche qualité				X	X	X